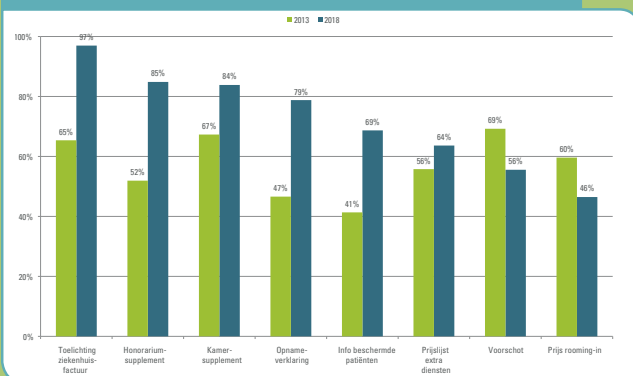


Actie patiëntenrechten 2018

Tussen 2013 en 2018 hebben de ziekenhuiswebsites een grote vooruitgang geboekt op gebied van financiële transparantie en informeren over patiëntenrechten. Er blijven nog een aantal verbeterpunten en pijnpunten die aangepakt moeten worden.

Figuur 1: Evolutie van de aanwezigheid van indicatoren financiële informatie op ziekenhuiswebsites in België



IMA-studie wijkgezondheidscentra

Een studie van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), die een actualisatie vormt van de KCE-studie van 2008, bevestigt dat de wijkgezondheidscentra voor de ziekteverzekering niet duurder zijn dan de huisarts in solo- of groepspraktijk. Ze kosten meer in de eerste lijn, maar minder in de tweede lijn (ziekenhuizen, woonzorgcentra, geneesmiddelen, ...). Wijkgezondheidscentra scoren voor een aantal kwaliteitsindicatoren beter.

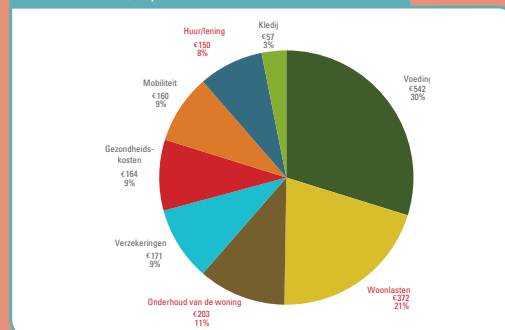
Administratiekosten ziekenfondsen

De ziekenfondsen beheren een complexe materie tegen een vrij lage kostprijs. De administratiekosten bedragen 3% van de uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ten opzichte van de privéverzekeringsondernemingen (hun werkingskosten bedragen 22 tot 23% van de premies) blijken de ziekenfondsen echt goedkoop. In vergelijking met enkele buurlanden met een vergelijkbaar gezondheidszorgstelsel, is de relatieve omvang van de administratiekosten ten opzichte van de uitgaven niet overdreven.

Pensioen en levenskwaliteit

Een studie van Énéo geeft ook een aandachtspunt aan voor CM: de ziektekosten die de gepensioneerden na terugbetaling door hun ziekenfonds uit eigen zak moeten betalen, vormen een aanzienlijk bedrag: ongeveer 164 euro per maand.

Figuur 6: Uitgabenstructuur voor alle huishoudens (gemiddelde)



De organisatie en financiering van een kwaliteitsvolle, toegankelijke, betaalbare en menswaardige zorg blijft voor CM een continue betrachting en bron van studiewerk. Wij belichten in dit nummer verschillende aspecten hiervan op het vlak van de eerste lijn, de ziekenhuizen, de ziekenfondsen en dit maal de gepensioneerde burger.

Een studie van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) toont aan dat de wijkgezondheidscentra voor de ziekteverzekering niet duurder zijn dan de huisarts in solo- of groepspraktijk. Ze kosten meer in de eerste lijn, maar minder in de tweede lijn (ziekenhuizen, woonzorgcentra, geneesmiddelen, ...). Wijkgezondheidscentra scoren voor een aantal kwaliteits-indicatoren beter. Zo is de dekkingsgraad voor griepvaccinatie bij oudere patiënten hoger, en ook voor borstkanker- en baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen behalen de wijkgezondheidscentra goede resultaten. Artsen in wijkgezondheidscentra schrijven minder antibiotica voor en nemen vaker hun toevlucht tot goedkope varianten van geneesmiddelen. Maar de betaling per forfait is op zich onvoldoende om het model efficiënt te houden. Zo is er nood aan een duidelijk juridisch statuut en een betere taakomschrijving en feedback van de diensten die moeten geleverd worden. Het is belangrijk om de werking kritisch tegen het licht te houden en over aanpassingen te durven nadenken.

Eén van de patiëntenrechten is het recht op voorafgaandelijke financiële informatie bij een geplande opname in het ziekenhuis. Een studie naar aanleiding van de Europese dag van de patiëntenrechten analyseert de 99 ziekenhuiswebsites van ons land. Hoe informeren ziekenhuizen via hun websites anno 2018 over de financiële gevolgen van een opname? In 2013 werd al eens een dergelijke analyse gemaakt, waardoor het mogelijk was om de evolutie hiervan in kaart te brengen. Voor de meeste ziekenhuizen is het een courante praktijk geworden om op hun website te informeren over de ziekenhuisfactuur en de kameren honorariumsupplementen, de opnameverklaring op te nemen, de patiëntenrechten op te sommen en uit te leggen, en te informeren over de ombudsdienst. Een andere positieve evolutie is de intrede van de kostenraming op de ziekenhuiswebsites. Dit begint in Vlaanderen een redelijk gangbare praktijk te worden. Een kostenraming is uiteraard een handig middel om op voorhand een idee te krijgen over de financiële gevolgen van een bepaalde ingreep. Een pijnpunt is dat patiënten op Waalse en Brusselse ziekenhuiswebsites vaak minder geïnformeerd worden over de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname en hun patiëntenrechten dan op Vlaamse ziekenhuiswebsites. Uiteraard stopt het hier niet bij. De dialoog tussen patiënt en arts blijft cruciaal. Informatie aanbieden op de website kan deze dialoog niet vervangen.

De ziekenfondsen zijn zeker niet zo duur als sommigen wel eens te verstaan geven. Zij beheren een complexe materie tegen een vrij lage kostprijs. Een studie leert ons dat de administratiekosten die de overheid toekent 3% bedragen van de uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ten opzichte van de privé-verzekeringsondernemingen (hun werkingskosten bedragen 22 tot 23%) blijken de ziekenfondsen echt goedkoop. In vergelijking met enkele buurlanden met een vergelijkbaar gezondheidszorgstelsel als het onze, is de relatieve omvang van de administratiekosten ten opzichte van de uitgaven niet overdreven. Het aantal gerechtigden, rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming, personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en het aantal medische verstrekkingen dat getarifeerd en gecontroleerd moet worden, nemen immers almaar toe. Ook de wetgeving is complexer geworden. Maatregelen zoals de invoering van de maximumfactuur (MAF), de inhaalpremie voor personen in invaliditeit, de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en de invoering van het statuut chronische aandoening, zorgen voor een betere individuele bescherming. Maar tegelijk geeft dit extra werk aan de ziekenfondsen om zowel de rechthebbenden te detecteren als de betrokken leden op te volgen en te begeleiden. Het ziekenfonds speelt ook een belangrijke rol in het verstrekken van informatie en advies en in het verlenen van diensten aan de leden, alsook in de begeleiding van de leden op gezondheidsvlak. En die rol zal enkel toenemen want het aanleren van gezondheidsvaardigheden (health literacy) wordt steeds belangrijker, zeker in een digitale wereld.

Ten slotte komt een studie aan bod van Enéo, onze Franstalige sociale beweging voor ouderen, die een analyse maakte in hoeverre het pensioen volstaat om een kwaliteitsvol leven te leiden. Het pensioen bij de ondervraagden lag gemiddeld op 1.600 euro per maand, voor 56% ligt het tussen de 1.000 en 1.750 euro per maand. Gemiddeld 40% van het pensioenbedrag gaat naar wonen, 30% naar voeding. De uitgaven voor gezondheidszorg vertegenwoordigen gemiddeld 9% of 164 euro per maand. Remgelden en supplementen in de zorg wegen zwaar op kleine pensioenen. 32% van de ondervraagde gepensioneerden meldt financiële moeilijkheden. Er is blijvende aandacht nodig voor een degelijk pensioen voor iedereen als belangrijke component van onze sociale zekerheid. Dit is een randvoorwaarde voor een kwaliteitsvol leven.

Michiel Callens
Directeur Studiedienst

Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België

Tien jaar later, een update van de studie van het KCE van 2008.

Giulia Camilotti et Pauline van Cutsem (Onderzoek & Ontwikkeling – CM), Tonio Di Zinno (IMA- Intermutualistisch Agentschap), Michel Boutsen, Anne-Françoise Pirson en Katrien Vervoort (Service Etudes Solidaris-Mutualités Socialistes)

Samenvatting

Tien jaar na een eerste studie van het federaal Kenniscentrum (KCE)¹, maakte het Intermutualistisch Agentschap (IMA) een nieuwe vergelijking van de kostprijs en kwaliteit van de zorg tussen de twee stelsels voor eerstelijnszorg in België: het stelsel per prestatie en de forfaitair gefinancierde eerstelijnszorgcentra, vaak forfaitair gefinancierde wijkgezondheidscentra genoemd. Vervolgens werd ook de spreiding van die resultaten tussen de verschillende wijkgezondheidscentra bestudeerd. Hieruit blijkt dat het forfaitair systeem goed werkt voor de aspecten kosten, kwaliteit en toegankelijkheid en in die zin zijn plaats in ons gezondheidsstelsel heeft. De analyse toonde ook soms grote onderlinge verschillen tussen wijkgezondheidscentra, vooral inzake de gerealiseerde besparingen in de tweede lijn. Dit bewijst dat de financieringswijze op zich geen voldoende garantie biedt voor de vastgestelde goede resultaten en dat grondigere analyses nodig zijn.

Sleutelwoorden: wijkgezondheidscentra, prestatiefinanciering, kwaliteit, toegankelijkheid, eerstelijnszorg

1. Inleiding

Dit artikel is gebaseerd op de samenvatting van het IMA-rapport (2017)² en is opgebouwd als volgt:

Eerst worden de actualiteit en de evoluties in de sector van de forfaitaire eerstelijnscentra uiteengezet om te tonen waarom het IMA de studie van het KCE van 2008 wou updaten (punt 2.1.). Dan worden de onderzoeksvragen voor deze nieuwe studie voorgesteld (punt 2.2.) en wordt de lezer herinnerd aan de huidige werking en realiteit in de forfaitaire centra (punt 2.3.).

Ten tweede stellen wij de gebruikte gegevens en methodologie voor om deze studie te maken (punt 3). De populatie die in de forfaitaire centra verzorgd wordt, heeft een ander profiel dan de patiënten die zich per prestatie laten verzorgen: de populatie in de forfaitaire centra is jonger en kwetsbaarder dan de

algemene bevolking in België. Elke verzekerde die zich in het forfaitaire stelsel laat verzorgen, werd gepaard aan een verzekerde met een zo gelijkaardig mogelijk socio-economisch profiel die zich per prestatie laat verzorgen, om zo hun uitgaven te kunnen vergelijken. Ook een derde steekproef van patiënten, welke de Belgische populatie vertegenwoordigen die zich per prestatie laat verzorgen, werd geanalyseerd om een vergelijkingspunt te houden tussen de algemene bevolking die per prestatie wordt verzorgd en de populatie met een specifiek profiel die als controlegroep voor deze studie dient. Deze paringsmethode maakt zeker een goede vergelijking mogelijk, maar een aantal scheeftrekkingen maken duidelijk dat de uitgevoerde studie ook een aantal grenzen heeft. Deze worden nader gedetailleerd in punt 4.

- 1 KCE Reports 85B (2008), Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/de-twee-financieringssystemen-van-de-huisarts-kosten-evenveel-en-geven-dezelfde-zorgkwaliteit>
- 2 Intermutualistisch Agentschap (2017), Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Een update - http://ima-aim.be/IMG/pdf/samenvatting_ima_studie_medische_huizen.pdf

In punt 5 worden de resultaten inzake kostprijs voor de ziekteverzekering en deze inzake de kwaliteit voorgesteld. Ook zijn een mogelijk uitstel van zorg en een verschil in morbiditeit onderzocht tussen de gepaarde populaties en de representatieve steekproef van de populatie die per prestatie wordt verzorgd.

Om de diversiteit in werking en organisatievormen bij de zogenaamde wijkgezondheidscentra aan te tonen, werden ook de verschillen inzake uitgaven per patiënt tussen de steekproef per prestatie en per forfait uitgesplitst volgens de verschillende karakteristieken van de centra (leeftijd, gewest waar ze gevestigd zijn, federatie waartoe ze behoren).

Punt 6 herinnert aan de verschillende conclusies omtrent kostprijs, kwaliteit en toegankelijkheid in de studie en in punt 7 wordt gewezen op de aanbevelingen van het IMA om de werking van de forfaitaire sector te optimaliseren en de positieve resultaten die in deze studie zijn vastgesteld, duurzaam te maken.

2. Werking van de forfaitaire centra en context

Wij beschrijven hier de werking en de evolutie van de sector van de wijkgezondheidscentra om de context van de studie van het IMA aan te geven.

2.1. Context van de studie

In België bestaan er twee manieren om de eerstelijnszorg te financieren. De eerste manier is de prestatiefinanciering. Hierin is de grote meerderheid van de zorgverstrekkers actief is. De tweede manier is de forfaitaire financiering, momenteel mogelijk voor de financiering van huisartsgeneeskunde, verpleegkundige zorgen en kinesitherapie.

In de prestatiefinanciering wordt de zorgverstrekker per prestatie vergoed, waarvan het bedrag is vastgelegd in de nomenclatuur. Verzorging in het forfaitaire systeem vereist een inschrijving. Het eerstelijnscentrum krijgt dan een vast bedrag per ingeschreven patiënt per maand, waarbij de verstrekker verantwoordelijk is voor de continuïteit van kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt.

Momenteel is 3,2%³ van de Belgische bevolking of zo'n 360.000 patiënten ingeschreven in 'een medisch huis', zijnde de centra die de forfaitaire betaling toepassen. In Vlaanderen staan tal van deze centra bekend onder de noemer 'wijkgezondheidscentra'. In 2008 maakte het Federaal Kenniscentrum voor de

Gezondheidszorg (KCE) een vergelijking van de kosten en de kwaliteit tussen beide systemen⁴. Het KCE kwam toen tot de conclusie dat de kosten en de kwaliteit in beide systemen gelijkwaardig zijn. Inzake kosten bleek dat het forfaitaire systeem meer kost in de eerstelijns, maar dat deze meerkost wordt uitgespaard in de tweedelijns (ziekenhuizen, geneesmiddelen, doorverwijzing naar specialisten, revalidatie, ...) waardoor de totale factuur voor de ziekteverzekering even hoog is. Wel scoren de forfaitaire praktijken beter inzake ziektepreventie en zijn ze financieel interessanter voor de patiënt (aangezien er geen eigen bijdrage is in de eerste lijn, minder prestaties in de tweedelijns en minder kosten voor geneesmiddelen).

De KCE-studie werd gemaakt op basis van cijfers van 2002, 2003 en 2004. Ondertussen is het forfaitaire betalingssysteem sterk geëvolueerd⁵: (1) het aantal centra en het aantal ingeschreven patiënten is tussen 2007 en 2016 meer dan verdubbeld, (2) deze sterke groei ging gepaard met een diversificatie van de sector, zowel inzake juridisch statuut als inzake de organisatie van de zorg, de geografische spreiding en het eventuele lidmaatschap bij een federatie, en (3) in mei 2013 werd een nieuwe financieringswijze ingevoerd waarbij sindsdien het forfaitbedrag voor elk centrum, binnen een globaal budget, jaarlijks bepaald wordt op basis van het risicoprofiel van zijn patiënten. Door deze evoluties vonden steeds meer betrokken actoren dat de studie van 2008 verouderd was.

Sindsdien liep het debat rond het forfaitaire betalingssysteem hoog op. Tijdens het begrotingsconclaaf van oktober 2016 werden besparingen opgelegd in de sector. Daarnaast werd een audit inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van de medische huizen besteld door het kabinet van de minister van Volksgezondheid met als doelstelling op basis daarvan het systeem te optimaliseren. In afwachting van de audit gold een moratorium op nieuwe centra, met uitzondering van de centra die reeds voor 8 oktober 2016 een dossier hadden ingediend bij het RIZIV. Ondertussen kunnen sinds juli 2017 ook die centra niet meer starten vanuit de motivatie dat het budget voor dat jaar is uitgeput. De conclusies van het auditrapport van de firma KPMG werden op 22 januari 2018 voorgesteld. Als gevolg van de resultaten van deze audit werd het moratorium opgeschort en werd een werkgroep met vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, zorgverleners die per prestatie werken en zorgverleners die forfaitair werken, opgericht bij het RIZIV om voorstellen voor een optimalisering van de sector te formuleren. Het auditrapport gaf de verschillende spelers echter geen geharmoniseerd zicht op de situatie van de sector. De debatten in de nationale pers woedden hevig verder.

De KCE-studie van 2008 werd uitgevoerd om het debat te 'depassionaliseren', het een objectieve en wetenschappelijke

3 Situatie op 30 juni 2016.

4 KCE Reports 85A (2008), Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Beschikbaar op <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/vergelijking-van-kost-en-kwaliteit-van-twee-financieringssystemen-voor-de-eerstel>

5 RIZIV, Gestandaardiseerd verslag, juni 2017.

basis te geven en na te gaan hoe de twee systemen op een rechtvaardige manier naast elkaar kunnen blijven bestaan. Vertrekkende van de hierboven beschreven context en bij gebrek aan recente gegevens, nam het Intermutualistisch Agentschap het initiatief om het KCE-onderzoek te actualiseren. Het is ook de bedoeling om op basis van dit onderzoek pistes aan te reiken voor de verdere optimalisering van het model van forfaitaire betaling.

2.2. Vraagstelling

Met dit onderzoek trachten we een antwoord te formuleren op de volgende drie vragen:

- Zijn de totale kosten gedragen door de verplichte ziekteverzekering voor patiënten die forfaitair worden verzorgd hoger of lager dan de kosten voor patiënten met vergelijkbare kenmerken die per prestatie worden behandeld?
- Hoe verhoudt zich de kwaliteit van de zorg aan patiënten die forfaitair worden verzorgd ten opzicht van de kwaliteit van de zorg aan patiënten die per prestatie worden verzorgd?
- Verschillen deze conclusies in functie van de kenmerken van forfaitaire centra (datum van oprichting, locatie, juridisch statuut, al dan niet aansluiting bij een federatie, ...)?

2.3. Beschrijving van het Belgische forfaitaire systeem

a) Werking

Het basisprincipe van het forfaitaire betalingsstelsel is dat de verstrekker niet betaald wordt per prestatie, maar per ingeschreven patiënt een vast maandelijks bedrag ontvangt waarmee de verstrekker verantwoordelijk is voor de continue en kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Momenteel kunnen voor de volgende verstrekkingen akkoorden voor forfaitaire betaling worden afgesloten: voor de huisartsgeneeskunde, voor kinesitherapie en voor verpleegkundige verzorging.

Een zorgverstreker die toetreedt tot een akkoord voor forfaitaire betaling kan in principe niet langer in de prestatiefinanciering werken. Om verzorgd te kunnen worden, moet de patiënt zich inschrijven in het wijkgezondheidscentrum en dit voor het geheel van de aangeboden disciplines.

Voor elke ingeschreven rechthebbende krijgt het centrum voor elk van de aangeboden disciplines een vast forfait per maand uitgekeerd door het ziekenfonds van de rechthebbende, ongeacht het aantal consultaties van de patiënt. Voor wat betreft de huisartsgeneeskunde dekt dit forfait ook het beheer van het Globaal Medisch Dossier van de rechthebbende. Voor de rechthebbende impliceert inschrijving in een wijkgezondheidscentrum dat hij zich voor de verzorging moet

richten tot het wijkgezondheidscentrum – de ziekteverzekering voorziet geen terugbetaling wanneer de patiënt een verstrekker buiten het centrum raadpleegt. Voor de ziekteverzekering zijn prestatiefinanciering en forfaitaire financiering met andere woorden mutueel exclusief, zowel in hoofde van de rechthebbende als in hoofde van de verstrekker.

Het grote merendeel van de centra werkt op multidisciplinaire wijze en biedt minstens twee disciplines aan. Naast ondersteunend personeel en vrijwilligers, maken vaak nog andere disciplines deel uit van de centra, zoals maatschappelijk werkers, psychologen, tandartsen en vroedvrouwen.

b) Financiering

- **Globaal budget:** De wijkgezondheidscentra werken binnen een vast globaal budget dat verdeeld wordt onder de verschillende centra aan de hand van een forfaitbedrag per patiënt. Tot 2013 was dit budget een rechtstreekse afgeleide van de budgetten in de prestatiefinanciering dat vermeerderd werd met 31% om rekening te houden met (1) de extra werklast voor de centra gezien hun sociaal-economisch zwakkere populatie, (2) de besparingen die de centra teweeg brengen in de tweedelijns en (3) structurele niet-gebruikers van de eerstelijnszorg (gevangenen, verzekerden die in het buitenland wonen, ...). Sinds 2013 is de band met het budget uit de prestatiefinanciering in principe doorgeknipt en worden er sectorspecifieke technische ramingen gemaakt. De globale enveloppe evolueert dus niet langer in functie van de groei van de uitgaven in de prestatiefinanciering en is daardoor meer stabiel en voorspelbaar.
- **Forfait per patiënt:** Vanaf mei 2013 wordt het forfaitbedrag voor elk centrum en voor elke discipline afzonderlijk berekend op basis van het risicoprofiel van haar patiënten. Dit risicoprofiel wordt berekend aan de hand van een 40-tal variabelen gebruikt bij het model van financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, waaronder leeftijd, geslacht, sociale status, aanwezigheid van handicap, belangrijke chronische ziekten en medische condities die veel zorg vragen. Een centrum met meer zorgbehoevende patiënten krijgt aldus gemiddeld op jaarbasis een hoger bedrag dan een centrum met minder zorgbehoevende patiënten.

c) Beschrijving van de sector

Centra⁶

- **Aantal:** Op 1 juli 2017 waren er in België in totaal 177 'medische huizen', zijnde groepen van zorgverstrekkers die de forfaitaire financiering toepassen. De sector kent een zeer sterke groei: de afgelopen tien jaar startten gemiddeld 10 nieuwe centra per jaar, wat resulteert in een verdubbeling van het aantal centra in diezelfde periode.
- **Geografische spreiding:** het gros van de centra is gelegen in Brussel (40%) en Wallonië (36%). In Vlaanderen zijn er 43

6 Riziv-gegevens, aangevuld door de auteurs.

centra (24%). Op provincieniveau zijn de meeste centra gelegen in Luik, Henegouwen en Oost-Vlaanderen. Medische huizen zijn vooral een stedelijk fenomeen, al neemt het aantal centra op het platteland toe.

- **Medisch aanbod:** Het overgrote deel van de centra (66%) biedt zowel huisartsgeneeskunde als verpleging als kinesitherapie aan. Vervolgens is het meest populaire aanbod de combinatie van huisartsgeneeskunde met verpleging (32%). Slechts één centrum biedt de combinatie van huisartsgeneeskunde met kinesitherapie aan. Tot slot zijn vier centra monodisciplinair, waarvan drie centra uitsluitend huisartsgeneeskunde aanbieden en één centrum uitsluitend verpleging.
- **Lidmaatschap bij federatie:** Bijna de helft van de wijkgezondheidscentra is aangesloten bij het Franstalige Fédération des Maisons Médicales (FMM, 85 centra). 37 centra zijn bij geen enkele federatie aangesloten. Hun aantal neemt in sneltempo toe. De Vlaamse Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC) vertegenwoordigt 29 centra. FEPRFO, ofwel de Federatie van Eerstelijns Praktijken met Forfaitaire Financiering, vertegenwoordigt 15 centra, verspreid over heel België. Geneeskunde voor het Volk (GVHV) verenigt tot slot 11 centra, eveneens verspreid over het ganse land.
- **Organisatiestructuur:** Meer dan 90% van de wijkgezondheidscentra heeft een vzw-structuur. 11 centra hebben een BVBA-statuut, één een CVBA-statuut (Coöperatieve Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid), één centrum is een feitelijke vereniging en twee centra zijn georganiseerd volgens de regels van het vrije beroep.

Patiënten⁷

- **Aantal:** op 30/6/2016 waren in totaal 360.343 personen aangesloten bij een wijkgezondheidscentrum. Dit komt overeen met 3,2% van de bevolking.
- **Profiel:** het profiel van deze mensen wijkt sterk af ten opzichte van het profiel van de totale bevolking:
 - **Meer verhoogde tegemoetkoming:** binnen de ziekteverzekering heeft 18% van de bevolking recht op verhoogde tegemoetkoming. Voor de personen die zijn aangesloten bij een wijkgezondheidscentrum loopt dit percentage op tot 43% voor het forfait huisarts en verpleging en tot 47% voor het forfait kinesitherapie. De forfaitaire praktijken hebben met andere woorden een publiek met een socio-economisch zwakker profiel.
 - **Een jongere bevolking:** 77% van de personen die zijn aangesloten bij de wijkgezondheidscentra is jonger dan 50 jaar, ten opzichte van 61% in de totale populatie rechthebbenden. Onder de rechthebbenden wijkgezondheidscentra zijn veel gezinnen met jonge kinderen.

- **Belangrijke regionale verschillen:** In Wallonië - en nog meer in Brussel - zijn er verhoudingsgewijs meer mensen aangesloten bij een wijkgezondheidscentrum dan in Vlaanderen. Van de 360.343 mensen die zijn ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum, wonen er 94.777 in Vlaanderen (26%), 130.205 in Wallonië (36%) en 134.026 in Brussel (37%). Deze verdeling hangt uiteraard sterk samen met de geografische spreiding van de centra.

3. Gegevens en methodologie

De methodologie die werd toegepast in de KCE-studie van 2008 werd zoveel mogelijk hernomen in de update door het IMA.

Om de kosten en de kwaliteit van de verstrekte zorg in de twee financieringswijzen correct te kunnen vergelijken, werden twee steekproeven van patiënten aan elkaar gepaard⁸:

- Steekproef 1 is representatief voor patiënten die forfaitair verzorgd worden. Zoals reeds eerder werd gesteld, wijkt dit profiel af van het gemiddelde profiel van de Belgische bevolking: de populatie behandeld in een forfaitaire praktijk is, algemeen gesteld, jonger en socio-economisch minder begoed dan de gemiddelde Belgische populatie, en is regionaal ook anders verdeeld (relatief meer in Brussel en Wallonië);
- Steekproef 2 werd paarsgewijs gekoppeld aan steekproef 1 zodat de personen die worden verzorgd per prestatie dezelfde kenmerken vertonen als de patiënten van steekproef 1. De kenmerken voor de koppeling zijn gekozen in functie van hun verwachte verband met de medische behoeften: leeftijdsklasse, geslacht, statistische sector (woonplaats), statuut (recht op verhoogde tegemoetkoming, invaliditeit en inkomensgarantie ouderen), zelfde jaar van overlijden/geboorte, regime (zelfstandige/algemene regeling).

Een derde steekproef werd gemaakt op basis van een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking. Deze wordt gebruikt om aan te tonen hoe en waarom de consumptie van de populatie die is ingeschreven in de forfaitaire gefinancierde praktijken afwijkt van de consumptie van de algemene bevolking.

Elke steekproef bevat ongeveer 50.000 patiënten van wie de consumptie drie jaar werd gevolgd (2012, 2013 en 2014).

⁷ Riziv, gestandaardiseerd verslag juni 2017.

⁸ Om de stevigheid van de gepaarde steekproef te testen, werd een alternatieve koppelmethode gehanteerd, op basis van propensity score matching. De bekomen resultaten inzake uitgaven per patiënt waren vergelijkbaar en dus werd enkel de eerste koppelmethode gebruikt.

Tabel 1: Overzicht van de belangrijkste eigenschappen van de populatie van de drie steekproeven

| Eigenschap | Steekproef 1: forfait | Steekproef 2: per prestatie, paarsgewijs gekoppeld | Steekproef 3: per prestatie, willekeurige steekproef |
|--|-----------------------|--|--|
| Gemiddelde leeftijd | 32,1 | 32,6 | 40,7 |
| Aandeel mannen | 48,6% | 48,6% | 48,6% |
| Aandeel personen met recht op verhoogde tegemoetkoming | 40,9% | 40,9% | 16,4% |
| Invaliditeit | 7,2% | 7,2% | 4,7% |
| Inkomensgarantie Ouderen | 1,2% | 1,2% | 1,1% |
| Algemene regeling | 96,7% | 96,7% | 89,6% |
| Meer dan 12 maanden werkloos | 6,83% | 6,85% | 4,46% |
| Totaal | 47.707 | 47.707 | 50.000 |

Voor ongeveer 5% van de populatie van de wijkgezondheidscentra werd geen paar gevonden in de prestatiefinanciering. Uit nadere analyse blijkt het om mensen te gaan met een zeer kwetsbaar socio-economisch profiel. Deze personen werden uit de steekproef gehaald. Deze oefening leidde echter niet tot een vertekening van de resultaten. Deze vaststelling toont echter wel aan dat de forfaitaire praktijken een bepaald segment van de bevolking bereiken die geen toegang vindt tot de traditionele huisartsenpraktijken.

De analyse werd gemaakt op basis van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap 2012-2014: bevolkingsgegevens, terugbetalingsgegevens gezondheidszorgen en geneesmiddelen.

4. Beperkingen van de studie

De gehanteerde methodologie brengt een aantal belangrijke beperkingen met zich mee. We onderscheiden twee soorten beperkingen.

4.1. Beperkingen in verband met de gegevens

1. Het meest recente jaar waarvoor het IMA gegevens heeft over alle prestaties is 2014. Het onderzoek laat ons dus niet toe om actuele conclusies te trekken over recente ontwikkelingen in de sector, met name de eventuele effecten

van de hervorming van de financiering in 2013 en de sterke groei en diversificatie van de sector de afgelopen jaren (oprichting van een nieuwe federatie in 2013, alsook steeds meer nieuwe centra die sinds 2014 werden geopend en bij geen enkele federatie aangesloten zijn enz.).

2. Het IMA heeft geen gegevens inzake de belangrijkste variabele die de zorgbehoefte van patiënten bepaalt, met name de pathologiegegevens. Het gebrek aan informatie over de gezondheidstoestand van de verzekerden is een belangrijke beperking in het onderzoek, want dit belet om de paarsgewijze koppeling op te bouwen vertrekkende van de morbiditeitsindicatoren, terwijl de morbiditeit wellicht een groot deel van de variatie inzake gezondheidskosten tussen patiënten verklaart. Het valt bijvoorbeeld niet uit te sluiten dat, ondanks de methodologie van paarsgewijze koppeling, de morbiditeit van de patiënten hoger is in steekproef 1 dan in steekproef 2. Zo konden we bijvoorbeeld vaststellen dat er in steekproef 1 zo'n 10 procent meer patiënten met diabetes zijn dan in steekproef 2 (zie resultaten kwaliteitsindicatoren).
3. Het ontbreekt ons ook aan informatie inzake comorbiditeiten, met name op het vlak van geestelijke gezondheid, die de tenlasteneming van bepaalde patiënten bijzonder complex en duur maken.
4. De vergelijking tussen beide systemen wordt gemaakt op basis van gemaakte kosten aan de hand van de beschikbare terugbetalingsgegevens. Dit geeft echter slechts een gedeeltelijk beeld van de kosten voor de patiënt en van de

sociale realiteit. Bovendien wordt een deel van de zorgen en de opname in de eerste lijn niet terugbetaald in de verplichte ziekteverzekering (mentale gezondheid, preventie en bevordering van gezondheid, permanente vorming, maatschappelijk werk ...).

4.2. Beperkingen in verband met de methodologie

1. De gebruikte methodologie van matching heeft als doel de socio-economische verschillen te verminderen tussen de patiënten die zijn ingeschreven in forfaitaire centra en de patiënten die per prestatie worden ingeschreven. De twee steekproeven vertonen soortgelijke profielen inzake andere kenmerken dan deze van matching (bv werkloosheidsgraad), wat wijst op een kwaliteitsvolle matching. Het valt echter niet uit te sluiten dat de waargenomen verschillen mee veroorzaakt worden door de effecten van andere niet-objectiveerbare socio-economische verschillen in onze gegevens.
2. Voor 5% van de populatie met forfait konden we geen vergelijkbare persoon in de populatie per prestatie vinden. Zelfs al doen bepaalde elementen ons denken dat dit de resultaten van de vergelijking van de uitgaven niet beïnvloedt, valt niet uit te sluiten dat dit de vergelijking van de kwaliteitsindicatoren wel zou kunnen vertekenen.
3. Het verkennend en beschrijvend gedeelte over de variabiliteit van uitgaven tussen wijkgezondheidscentra laat ons niet toe om de determinanten van deze variabiliteit te identificeren. Er is dus geen causale interpretatie van de resultaten mogelijk.
4. Het zorgverbruik bij de populatie uit de gepaarde steekproef per prestatie is ongeveer 8%⁹ lager dan bij de standaard steekproef per prestatie zodra men de invloed van bepaalde kenmerken zoals leeftijd, geslacht en VT-status controleert. Met deze mogelijke onderconsumptie zou rekening gehouden moeten worden bij de interpretaties en vergelijkingen die in deze studie worden gemaakt.

⁹ Analyse op basis van een standaardisering vertrekkende van de uitgaven van de patiënten uit de populatie per prestatie (steekproef 3), zie punt 3.

5. Resultaten

5.1. Vergelijking van de uitgaven voor de ziekteverzekering

Tabel 2: Vergelijking van de grote categorieën uitgaven (gegevens 2014), per patiënt, voor één jaar.

| Gemiddelde uitgaven, 2014 | Steekproeven | | |
|--|-----------------------|--|--|
| | Steekproef 1: forfait | Steekproef 2: per prestatie, paarsgewijs gekoppeld | Steekproef 3: per prestatie, willekeurige steekproef |
| Uitgaven van eerstelijnszorg | 381 € | 197 € | 279 € |
| Globaal Medisch Dossier | 32 € | 13 € | 16 € |
| Uitgaven buiten eerstelijnszorg | 1.661 € | 1.870 € | 2.143 € |
| - Gespecialiseerde ambulante geneeskunde | 181 € | 185 € | 187 € |
| - Paramedici, bandagisten, implantaten | 126 € | 134 € | 125 € |
| - Farmaceutische specialiteiten | 237 € | 258 € | 304 € |
| - klinische biologie en medische beeldvorming | 141 € | 138 € | 144 € |
| - Hospitalisatie, revalidatie, woonzorgcentra (RVT en ROB) | 869 € | 1030 € | 1237 € |
| - Dagziekenhuis | 46 € | 45 € | 50 € |
| - Dialyse | 27 € | 41€ | 38 € |
| - Andere | 33 € | 39 € | 58 € |
| Totale uitgaven | 2.074 € | 2.080 € | 2.438 € |

Totale uitgaven: Globaal genomen zijn de kosten voor de verplichte ziekteverzekering van de zorg verstrekt aan de patiënten die forfaitair worden behandeld, gelijkwaardig aan die van de zorg die wordt verstrekt aan de patiënten met dezelfde kenmerken die worden behandeld in de geneeskunde per prestatie (2.074 euro voor steekproef 1 met forfait tegenover 2.080 euro voor steekproef 2 met gepaarde prestatie. Het verschil van 6 euro tussen beide systemen is statistisch gezien niet significant).

De gemiddelde kosten van de patiënten van steekproef 3, zijnde een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking die verzorgd wordt in de prestatiefinanciering, zijn 364 euro hoger (2.438 euro). Dit is vooral te wijten aan het feit dat deze populatie gemiddeld ouder is.

Eerstelijnsuitgaven: De RIZIV-uitgaven voor wat betreft de eerstelijnszorg zijn 184 euro hoger voor de patiënten die in het

forfaitair systeem behandeld worden ten opzichte van de patiënten uit steekproef 2, het Globaal Medisch Dossier (GMD) niet in rekening gebracht (hetzij 381 euro tegenover 197 euro). Inclusief GMD bedraagt het verschil 203 euro. De gemiddelde kosten eerstelijnszorg van de patiënten van de standaard steekproef per prestatie zijn 102 euro lager dan de kosten van de patiënten uit het forfaitaire systeem. Deze verschillen kunnen aan verschillende factoren worden toegewezen, zoals met name besproken in punt 3 (onderzoek naar de hypothesen inzake vertekening van steekproef 2: onderconsumptie van zorg en hogere morbiditeit). Het is echter voornamelijk de methode van historische berekening van het forfait dat door zijn opbouw een belangrijk deel van deze meerkosten verklaart (het forfait werd berekend op basis van de gemiddelde overeenstemmende uitgaven in het systeem van de geneeskunde per prestatie vermeerderd met 31%). Daarnaast is het GMD veel minder verspreid in de praktijken per prestatie (42% van de patiënten), terwijl 100 % van de populatie van de forfaitaire praktijken is gedekt.

Niet-eerstelijnsuitgaven: De niet-eerstelijnsuitgaven in de verplichte ziekteverzekering voor de patiënten die worden behandeld in de forfaitaire praktijken zijn 209 euro lager dan die voor de patiënten met dezelfde kenmerken die worden behandeld in de geneeskunde per prestatie (1.661 euro tegenover 1.870 euro). De meerkost van de eerstelijns in de forfaitaire geneeskunde (203 euro) ten opzichte van de

geneeskunde per prestatie wordt dus volledig gecompenseerd door de besparingen (209 euro) in de niet-eerstelijnsuitgaven. De geregistreerde besparingen bevinden zich voornamelijk in de geïnstitutionaliseerde opname (hospitalisatie, revalidatie, woonzorgcentra), de uitgaven in de farmaceutische specialiteiten en de dialyse.

Deze resultaten liggen volledig in lijn met de resultaten van de KCE studie van 2008.

Deze analyse kan vervolledigd worden met informatie over de kostprijs die de patiënt zelf betaalt. Wij berekenden voor de drie steekproeven ook het gemiddeld remgeld dat de patiënt betaalde vóór en na toepassing van de Maximumfactuur (MAF) in 2014¹⁰.

Deze cijfers bevestigen de toegevoegde waarde van het forfaitaire systeem voor de patiënt. Het gemiddeld remgeld per patiënt vóór toepassing van de MAF in de gepaarde steekproef 'per prestatie' (104 euro) bedraagt 125% van die bij de steekproef 'per forfait' (83 euro). Na toepassing van de MAF bedraagt dit 122% (83 euro voor de gepaarde steekproef per prestatie en 68 euro voor de steekproef met forfait). In absolute termen is dit een verschil van respectievelijk 21 en 15 euro vóór en na de toepassing van de MAF voor forfaitair ingeschreven patiënten en patiënten ingeschreven per prestatie.

Tabel 3: Gemiddeld remgeld (RG) per patiënt vóór en na de MAF in 2014 voor de drie steekproeven uitgedrukt in euro

| Steekproef | N | % verzekerden met RG >0 | Gemiddeld RG vóór MAF | Gemiddeld RG na MAF |
|---|--------|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Forfait | 47.707 | 79 % | 83 € | 68 € |
| Per prestatie - paarsgewijs gekoppeld | 47.707 | 86 % | 104 € | 83 € |
| Per prestatie - willekeurige steekproef | 50.000 | 90 % | 148 € | 116 € |

5.2. Onderzoek naar de hypothesen inzake vertekening door sociale aspecten en morbiditeit

In deze studie stellen we vast dat steekproef 2, bestaande uit personen die per prestatie worden verzorgd en die een demografisch en socio-economisch profiel hebben dat soortgelijk is met de personen die forfaitair zijn ingeschreven, minder zorg gebruikt en minder zorgkosten heeft dan de algemene populatie die per prestatie wordt verzorgd (steekproef 3).

Het KCE¹¹ formuleerde reeds de hypothese dat deze lage

consumptie te wijten zou zijn aan onderconsumptie of aan uitstel van zorg bij deze meer kwetsbare bevolking. Indien dit het geval is, moet rekening worden gehouden met deze vertekening bij de analyse van het kostenverschil tussen de twee gepaarde steekproeven (steekproef 1 en steekproef 2). Een andere mogelijke vertekening betreft de verschillen inzake morbiditeit tussen de twee steekproeven. In deze studie onderzoeken we de hypothese of wijkgezondheidscentra al of

¹⁰ Deze analyse staat niet in de IMA-studie (2017)

¹¹ Rapport KCE 85bis, 2008, pp.78-79

niet ziekere patiënten aantrekken dan de prestatiefinanciering, waarbij alle andere kenmerken soortgelijk zijn.

Beide hypothesen werden onderzocht aan de hand van een indirecte standaardisatie: vertrekkende van de uitgaven van de algemene populatie per prestatie (steekproef 3), voorspellen we de uitgaven die de populatie uit steekproef 2 (gepaarde populatie per prestatie) zou moeten hebben, rekening houdend met de variabelen "leeftijd", "WIGW" (weduwe, invalide, gehandicapte, wees) en "geslacht".

Het blijkt dat, indien de gepaarde steekproef per prestatie (steekproef 2) dezelfde structuur zou hebben qua leeftijd, geslacht en verhouding van WIGW als de representatieve steekproef van de algemene populatie (steekproef 3), de verwachte uitgaven in de eerste lijn 266 euro zouden bedragen in plaats van de waargenomen 210 euro en in de tweede lijn 2.079 euro in plaats van de waargenomen 1.870 euro. De verzekerden per prestatie met eenzelfde profiel als de verzekerden met forfait verbruiken dus minder dan de populatie per prestatie wanneer wordt rekening gehouden met de verschillen inzake leeftijd, geslacht en al dan niet VT-statuut.

Op dezelfde wijze zou het percentage patiënten dat met insuline en hypoglycemiserende middelen wordt behandeld in de gepaarde populatie, eens gestandaardiseerd, 4,4% bedragen. Dit verschilt van de 5,4% die zonder standaardisatie wordt waargenomen. Bovendien is het percentage diabetespatiënten in de forfaitaire steekproef 6,0% (tegenover 5,4% in de gepaarde steekproef). In wijken waar de diabetesmorbiditeit hoger is dan deze van de algemene bevolking, trekken wijkgezondheidscentra dus meer patiënten met diabetes aan.

5.3. Resultaten per type wijkgezondheidscentrum

In haar studie van 2008 heeft het KCE verduidelijkt dat "we uit de waargenomen resultaten niet met zekerheid kunnen afleiden dat ze uitsluitend te wijten zijn aan het verschil in betalingswijzen tussen de twee geldende systemen in België. Andere kenmerken dan de betalingswijzen onderscheiden de twee systemen"¹². Het KCE vermeldde bijvoorbeeld de mogelijke impact van pluridisciplinaire en transdisciplinaire groepspraktijken in de forfaitaire centra of de invloed van de kernwaarden van federaties waaraan een groot aantal forfaitaire praktijken verbonden zijn.

Naast de analyse van de uitgaven en de kwaliteit probeerde deze studie dan ook een stap verder te gaan in de objectivering van deze hypothese. Terwijl we binnen de methodologie van matching blijven, kwantificeren we de heterogeniteit die er bestaat tussen de wijkgezondheidscentra in termen van uitgaven, verdeeld volgens verschillende kenmerken (de federatie waartoe men behoort, de regio, het jaar van opening

en het juridisch statuut). Voor elk van deze kenmerken observeren we heterogeniteit tussen centra.

Forfaitaire financiering en in het bijzonder het doordacht gebruik van de tweedelijnszorg lijkt in deze sector geen eenduidige realiteit: er bestaan belangrijke verschillen tussen centra volgens de verschillende kenmerken (de federatie waartoe men behoort, de regio waar men gevestigd is, de openingsdatum van de praktijk en het juridisch statuut).

Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Aan de hand van de gehanteerde methodologie is het onmogelijk te bevestigen in hoeverre de onderliggende kenmerken al of niet een verklarende factor zijn voor de vastgestelde verschillen. De correlaties die in de studie worden waargenomen kunnen niet geïnterpreteerd worden als causale verbanden, omdat verschillende factoren deze heterogeniteit kunnen rechtvaardigen en we deze in deze studie niet apart hebben kunnen isoleren.

5.4. Vergelijking van de kwaliteitsindicatoren

Voor het merendeel van de onderzochte kwaliteitsindicatoren scoren forfaitaire werkende praktijken beter dan de praktijken die per prestatie werken voor de verzorging van een gelijkaardige groep van patiënten. Toch is er in beide systemen nog een belangrijke marge voor verbetering in het licht van de nationale en internationale aanbevelingen.

In de volgende domeinen is de kwaliteit aanzienlijk beter in het systeem van forfaitaire financiering:

- Preventieve zorg
 - Baarmoederhalskankerscreening: er worden 5% meer patiënten binnen de doelgroep gescreend (55% tegenover 52%);
 - Borstkankerscreening: in de forfaitaire praktijken worden 15% meer vrouwen binnen de doelgroep gescreend (59% tegenover 52%). Bovendien worden deze vrouwen verhoudingsgewijs meer gescreend via de gratis mammotest dan via de diagnostische screening (28% tegenover 18%);
 - Griepvaccinatiegraad van 65-plussers: op jaarbasis ligt de bereikte populatie binnen de forfaitaire praktijken telkens 23 tot 28 procent hoger dan in de praktijken die per prestatie werken (van 61 tot 65% in de forfaitaire praktijken tegenover 49 tot 51% in de prestatiefinanciering).
- Gebruik en voorschrijven van geneesmiddelen:
 - Antibiotica: de patiënten uit de forfaitaire praktijken gebruiken zowel minder als betere antibiotica dan een gelijkaardige groep van patiënten uit de prestatiegeneeskunde. In 2013 gebruikte 34% van de

¹² Rapport KCE 85 bis, p.153.

patiënten in wijkgezondheidscentra minstens één antibioticum, ofwel 5%-punt minder dan een gelijkaardige groep van patiënten in de prestatiegeneeskunde. Bovendien wordt in wijkgezondheidscentra minder vaak gekozen voor het breedspectrumantibioticum amoxiclav ten opzichte van het te verkiezen antibioticum amoxicilline, met name 33% tegenover 44% in termen van dagdosissen en 40% tegenover 52% in termen van het aandeel behandelde patiënten.

- Goedkoop voorschrijven: in beide financieringssystemen wordt eenzelfde percentage van patiënten behandeld met geneesmiddelen op voorschrift, maar wel aan een gemiddeld lagere kost per behandelde patiënt in de forfaitaire financiering: 300 euro tegenover 337 euro in de prestatiefinanciering. In de forfaitaire financiering wordt vaker voor de goedkopere varianten van geneesmiddelen gekozen: voor wat betreft de cholesterolverlagers wordt het dure rosuvastatine (Crestor®) 29% minder voorgeschreven dan in de prestatiefinanciering (12% tegenover 17%).
- Indicatoren voor aangepastheid van de zorg:
 - Opvolging van patiënten met diabetes: voor een gelijkaardige groep van patiënten ligt het aandeel van patiënten met diabetes 10% hoger in de forfaitaire praktijken. De HbA1C-waardes in het bloed bij diabetici worden frequenter opgevolgd bij de patiënten van de wijkgezondheidscentra dan bij de patiënten in de prestatiefinanciering (bij 36% van de diabetici werd in 2013 minimum 3 maal de waardes gecontroleerd, tegenover 27% in de prestatiefinanciering). Tot slot krijgen oudere patiënten met diabetes (55-plus, risicogroep) vaker statines toegediend in wijkgezondheidscentra dan in de prestatiefinanciering (69% tegenover 60%). Er zijn dus in verhouding meer patiënten met diabetes in de wijkgezondheidscentra en ze worden over het algemeen beter opgevolgd.
 - Geestelijke gezondheidszorg: heel wat wijkgezondheidscentra zijn op allerlei manieren actief bezig met geestelijke gezondheidszorg. Tal van centra stellen een psycholoog te werk in het centrum, anderen zetten in op praktijkondersteuning inzake geestelijke gezondheidszorg, etc. Deze aanpak blijkt zich te vertalen in een lager gebruik van psychofarmaca onder de patiënten van de wijkgezondheidscentra: voor een gelijkaardige groep van patiënten ligt deze 5% lager voor antipsychotica en 7% lager voor antidepressiva. Vooral voor antidepressiva is er een significant verschil.

Het gebruik van de spoeddiensten is vergelijkbaar in de twee systemen: een zelfde percentage (één op vijf) patiënten doet jaarlijks beroep op de spoeddiensten van het ziekenhuis.

Op geen enkele indicator scoren de praktijken uit de forfaitaire geneeskunde minder dan de praktijken uit de prestatiegeneeskunde.

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met steekproef 3, zijnde een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking die verzorgd wordt in de prestatiefinanciering, zijn de resultaten verschillend, en dan met name voor borstkankerscreening en spoedopnames. Dit verschil is te wijten aan het afwijkende profiel van de patiënten van de wijkgezondheidscentra in vergelijking met de Belgische bevolking die verzorgd wordt in de prestatiefinanciering.

Tot slot is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat deze kwaliteitsanalyse gebonden is aan een reeks beperkingen.

1. Er wordt slechts een zeer partieel beeld gegeven van de zorgkwaliteit. We kunnen geen conclusies trekken op vlak van andere kwaliteitsdimensies, zoals patiënttevredenheid, structurele en organisatorische aspecten van de praktijk, de globale behandeling van de patiënten, etc.
2. Het IMA heeft geen zicht op de belangrijkste onderliggende variabele voor een correcte interpretatie voor bovenstaande resultaten, met name de morbiditeit van de patiënten. Zo kan een hoger antibioticagebruik in een bepaalde praktijk te wijten zijn aan het te frequent voorschrijven van antibiotica, maar ook aan het feit dat de praktijk meer zieke patiënten telt voor wie antibiotica aangewezen is. Hetzelfde kan gezegd worden voor bijvoorbeeld de tenlastenneming van geestelijke gezondheidsproblemen en het voorschrijven van psychofarmaca. Wij weten immers dat wijkgezondheidscentra om historische redenen een zware patiënteel op het vlak van geestelijke gezondheid erfd.
3. Voor heel wat van de bovenstaande kwaliteitsindicatoren heeft de arts niet zelf alle touwtjes in handen en heeft hij dus niet de volledige invloed op de resultaten van de kwaliteitsindicatoren (bv spoedopname, druk van patiënten om antibiotica of een bepaald geneesmiddel voor te schrijven, etc.).

6. Conclusies

Op basis van deze studie, die een actualisatie vormt van de KCE studie van 2008 en waarbij de toen toegepaste methodologie werd hernomen, kunnen we besluiten dat de conclusies die in 2008 werden gemaakt inzake kosten voor de gemeenschap en voor de patiënten, de kwaliteit en de toegankelijkheid, nog steeds geldig zijn.

Ten eerste, inzake kostenbeheersing merkt men dat de zorguitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering gelijkwaardig zijn in beide systemen: ze zijn hoger in de eerstelijns voor wat betreft de patiënten die verzorgd worden in het systeem van forfaitaire financiering, maar deze meeruitgaven worden integraal gecompenseerd door minder uitgaven in de tweedelijns.

De uitgaven van de ambulante tweedelijns (gespecialiseerde artsen, klinische biologie en ambulante medische beeldvorming,

dagziekenhuis, paramedici ...) zijn vergelijkbaar in de steekproeven van de testgroep en de controlegroep. De forfaitaire centra brengen echter besparingen teweeg op het niveau van de residentiële behandeling (hospitalisatie, institutionalisering van ouderen), geneesmiddelen, revalidatie en dialyse.

Daarom formuleren de auteurs van de IMA-studie de hypothese dat de globale en geïntegreerde aanpak die gehanteerd wordt door het merendeel van de forfaitaire praktijken zijn vruchten lijkt af te werpen in termen van tertiaire preventie (voorkomen dat de ziekte verergert of dat er complicaties optreden) en quaternaire preventie (voorkomen dat mensen afhankelijk worden van zorg). Zo wordt er bespaard in de ziekteverzekering door een betere echelonnering van de zorg: meer ambulante zorg en minder institutionalisering. Dit resultaat is vooral interessant omdat thematieken zoals echelonnering van de zorg, preventie en ondersteuning aan huis, centrale thema's zijn in de noodzakelijke aanpassing van ons gezondheidszorgsysteem aan de toekomstige uitdagingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronisch zieken. De forfaitaire praktijken vormen hier dus een belangrijke meerwaarde in de Belgische gezondheidszorg.

Bovendien zijn sinds de introductie van het nieuwe financieringssysteem in 2013 de uitgaven in het forfaitaire systeem stabiel en meer voorspelbaar geworden (zie theoretisch kader): de globale enveloppe evolueert niet langer infunctie van de groei van de uitgaven in de prestatiefinanciering. Het is vooral de indexatie van de prestaties alsook de case mix van de patiënten die een impact hebben op de gemiddelde kost per patiënt verzorgd in het forfaitaire systeem.

In tegenstelling tot de KCE-studie van 2008, werd in de IMA-studie **het verschil tussen de forfaitaire praktijken** slechts kort bestudeerd. De IMA-studie toont aan dat de loutere keuze voor de forfaitaire financieringswijze onvoldoende is om de goede resultaten die zijn vastgesteld betreffende het doordacht gebruik van de tweede lijn door het forfaitaire systeem te verzekeren. Er bestaan verschillen tussen de centra. Het globale resultaat van gelijkwaardige uitgaven tussen het systeem van financiering per prestatie en het forfaitaire systeem verschilt al naargelang bepaalde kenmerken van wijkgezondheidscentra, zoals de federatie waartoe men behoort, de regio van de vestiging, de datum van opening van de praktijk en het juridisch statuut. Mogelijk zijn er verschillende factoren die deze heterogeniteit kunnen verklaren, maar deze werden niet geanalyseerd in dit rapport. Bijkomende studies met andere onderzoeksmethoden zijn noodzakelijk om de impact van elke van deze mogelijke factoren correct te identificeren en te begrijpen welke de andere efficiëntiefactoren van het model zijn.

Voor wat betreft de onderzochte kwaliteitsindicatoren in deze studie is de kwaliteit van de zorg globaal genomen beter in de forfaitaire praktijken dan in de praktijken die werken in de prestatiefinanciering. Het verschil is het meest uitgesproken

voor die indicatoren waar de zorgverstreker zelf het meest rechtstreeks invloed op heeft: de dekkingsgraad van griepvaccinatie bij ouderen is beduidend beter, de artsen die forfaitair werken schrijven minder antibiotica voor en wanneer antibiotica wordt voorgeschreven maken ze in overeenstemming met de aanbevelingen een betere keuze (minder breedspectrum), en ze schrijven vaker goedkopere geneesmiddelen voor. Daarnaast zijn de resultaten over het algemeen beter voor preventieactiviteiten (baarmoederhals- en borstkankerscreening), de opvolging van patiënten met diabetes en de tenlasteneming van geestelijke gezondheidszorgproblemen (minder psychofarmaca). Wel blijken de patiënten uit de forfaitaire financiering in dezelfde mate beroep te doen op de spoeddiensten dan de patiënten uit de prestatiefinanciering. Voor geen enkel van de onderzochte kwaliteitsindicatoren scoorden de forfaitair werkende praktijken minder dan de per prestatie werkende praktijken. In beide systemen is er hoe dan ook nog marge voor verbetering.

Inzake toegankelijkheid van de zorg moet eerst en vooral eraan herinnerd worden dat de uitgaven ten laste van de patiënt lager zijn in het forfaitaire systeem: zij betalen geen remgeld in de eerste lijn en betalen ook minder remgeld en supplementen in de tweede lijn omdat ze minder van deze tweedelijnszorg gebruik maken. De cijfers tonen hier een gemiddelde besparing van 20% inzake het remgeld dat forfaitair ingeschreven patiënten betalen.

Bovendien geven ze minder uit aan geneesmiddelen door een hogere consumptie van goedkopere varianten van geneesmiddelen.

Ten tweede, de forfaitaire praktijken slagen erin een sociaal-economisch kwetsbaar publiek te bereiken dat niet of onvoldoende bereikt wordt door de traditionele huisartsenpraktijken. De forfaitaire praktijken hebben dus een belangrijke meerwaarde op vlak van toegankelijkheid van de zorg en de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid. Deze conclusie is gebaseerd op de volgende vaststellingen: (1) het afwijkende profiel van steekproef 1 (patiënten wijkgezondheidscentra) ten opzichte van steekproef 3 (aanzienlijk hogere proportie van patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming) en (2) het feit dat voor ongeveer 5% van de personen uit de steekproef van de wijkgezondheidscentra geen evenknie gevonden kon worden in de prestatiefinanciering wegens sociaal-economisch te kwetsbaar. Het onderzoek toont via indirecte standaardisatie ook aan dat we kunnen vermoeden dat dit kwetsbare patiëntenbestand blootgesteld wordt aan risico's van onderconsumptie of uitstel van zorg wanneer ze per prestatie wordt verzorgd.

Inzake risicoselectie toont het onderzoek aan dat, naast een aanzienlijke sociale kwetsbaarheid, het patiëntenbestand van steekproef 1 (forfait) ook een hogere morbiditeit lijkt te hebben dan het patiëntenbestand van steekproeven 3 (algemene bevolking) en 2 (populatie die per prestatie wordt verzorgd,

maar met een vergelijkbaar socio-demografische profiel als de populatie die forfaitair wordt verzorgd). Op basis hiervan besluiten we dat er geen systematische risicoselectie lijkt te bestaan van patiënten met een laag gezondheidsrisico bij de forfaitaire praktijken.

Op basis van deze studie kunnen we zo besluiten dat de forfaitair gefinancierde praktijken de zorg verlenen aan een zelfde kost voor de ziekteverzekering, maar aan een betere kwaliteit voor wat betreft de in dit rapport onderzochte indicatoren. Bovendien zijn de praktijken toegankelijker en goedkoper voor de patiënt. Het forfaitair gefinancierde systeem vormt dus een belangrijke meerwaarde in de Belgische eerstelijnszorg.

7. Aanbevelingen

Om de werking van de 'forfaitaire' sector te optimaliseren en zeker te zijn dat de vastgestelde positieve resultaten in de studie bestendigd worden, worden in de studie een reeks aanbevelingen voorgesteld. Wij stellen ze hieronder voor en voegen er bepaalde elementen aan toe welke uit de gekende evoluties uit de jongste maanden voortvloeien.

1. Erken de plek van de forfaitaire eerstelijnspraktijken in Belgische gezondheidssysteem. Op basis van deze studie kan worden gesteld dat deze praktijken een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg bieden aan eenzelfde kost voor de ziekteverzekering en dat het model opportuniteiten biedt in termen van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Hiermee beantwoordt het model aan een reeks belangrijke beleidsprioriteiten van de federale regering, zoals "de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid, het bevorderen van een sterkere eerstelijnszorg en meer samenwerking rond de patiënt in het licht van het opvangen van de stijgende zorgvraag van chronisch zieken en het bevorderen van een rationeel geneesmiddelengebruik met een bijzondere aandacht voor antibiotica"¹³.

Deze aanbeveling impliceert een vastberaden ondersteuning die verder gaat dan de ideologische debatten inzake 'prestatie versus forfait'. Om de leefbaarheid van de sector niet te ondergraven, moet deze erkenning gepaard gaan met een transversale visie op de budgetopmaak.

Dat betekent dat de boekhoudmethodes bij de begroting er rekening moeten mee houden dat prestatie- en forfaitaire financiering 'communicerende vaten' zijn en dat het beschikbare budget mee moet kunnen evolueren in functie

van het aantal patiënten en de aangeboden disciplines door de centra. Ook moet rekening worden gehouden met de vrije keuze van de patiënt om verzorgd te worden in het forfaitaire systeem dan wel in de prestatiefinanciering.

2. Maak werk van een verdere optimalisering van het financieringsmodel voor de forfaitaire betaling, om de kwaliteitsvolle en efficiënte werking van elk centrum te garanderen en eventuele risicoselectie te vermijden. Hiervoor wordt best op drie vlakken gewerkt:

- Een verdere verfijning van het regelgevend kader, met onder andere een definitie van een wijkgezondheidscentrum (tot hiertoe onbestaande) dat de waarden en sleutelconcepten van het model bekrachtigt zoals multidisciplinariteit, toegankelijkheid van de eerste lijn, een 'positieve en holistische visie op de gezondheid van de patiënt', de uitbouw van regelgeving omtrent zorgcontinuïteit (waaronder omkadering, maximaal toegelaten uitbesteding en de rol van activiteitenverslagen) en het inbouwen van antifraudematregelen;
- **Een verdere verfijning van de financiering,** opdat de financiering van elk centrum een zo goed mogelijke weergave vormt van de zorgnood van de patiënten die er verzorgd worden. Als eerste stap werkte de bevoegde Overeenkomstencommissie hiervoor reeds een zeer concreet voorstel van wijziging van Koninklijk Besluit¹⁴ uit. Dit besluit uitvoeren is een prioriteit. Op langere termijn, zou de integratie van de Belrai¹⁵ en ook het ACG-model¹⁶ twee gedetailleerde beoordelingsinstrumenten voor de gezondheidstoestand, ook een vernieuwende piste kunnen zijn om de financiering van de centra zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvereisten van de patiënten.
- **Het inbouwen van stimuli ter bevordering van de kwaliteit, doeltreffendheid en een sterke multidisciplinaire eerstelijnswerking:** de studie toont aan dat de forfaitaire betaling op zich niet volstaat om de vastgestelde positieve resultaten te bereiken; er zijn belangrijke verschillen tussen de centra waarbij, bijvoorbeeld, niet elk centrum globaal de vastgestelde besparing realiseert wat betreft tweedelijnszorg. Het zou belangrijk zijn om een systematische opvolging te voorzien op niveau van elk centrum van (1) de kwaliteit van de zorg, op basis van een reeks van kwaliteitsindicatoren en (2) de doeltreffendheid van de zorg, bijvoorbeeld via de gerealiseerde besparingen op de tweedelijnszorg. Op lange termijn zou een deel van het forfaitbedrag (bijvoorbeeld 10%) afhankelijk gemaakt kunnen worden van bovenstaande resultaten.

¹³ Regeerakkoord, 9 oktober 2014.

¹⁴ Koninklijk Besluit van 23 april 2013, tot uitvoering van artikel 52, par 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

¹⁵ Het piloot-project BelRAI, dat in 2006 door de FOD Volksgezondheid gelanceerd werd, maakt mogelijk om met een webapplicatie patiëntgegevens te registreren voor zorg thuis, in een instelling, bij acute hospitalisatie (Acute Care - AC), of in de palliatieve zorg om de zorgnoden van de patiënt zo goed mogelijk te kunnen inschatten.

¹⁶ <https://www.hopkinsacg.org/#about>

3. **Zorg voor een permanente evaluatie van de sector** om er zeker van te zijn dat het model zijn aangetoonde kwaliteit en performantie blijft behouden. Investeer daarnaast in bijkomend onderzoek om meer zicht te krijgen op de onderliggende succesfactoren van het model:
 - Eerder dan deze studie op periodieke basis te herhalen, kan ervoor gezorgd worden dat de wijkgezondheidscentra systematisch worden opgenomen in studies omtrent de performantie en de kwaliteit van de zorg, zoals het performantierapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (zie o.a. KCE – report 259C), de kwaliteitsindicatoren van de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie op niveau van het RIZIV en de analyses van het InterMutualistisch Agentschap.
 - Deze studie heeft aangetoond dat het forfait alleen onvoldoende is om de efficiëntie van het model te garanderen. Andere variabelen hebben duidelijk een fundamentele rol om een optimale werking van het systeem blijvend te maken. Bijkomend onderzoek is nodig om deze bijkomende "succesfactoren" van de forfaitaire centra, buiten het financieringstype om (bijvoorbeeld de rol van multidisciplinariteit, informaticaondersteuning, de geboden ondersteuning door een bepaalde federatie, juridisch statuut, etc.) te identificeren. Dit is des te relevanter omdat de forfaitaire financiering centraal staat in de discussies over de toekomst van onze gezondheidszorg, omdat ze betrekking heeft op een groeiend aantal praktijken in de eerste lijn en omdat het profiel van deze praktijken gevarieerder wordt.
4. Aan de aanbevelingen van de IMA-studie voegen wij toe dat **waakzaamheid geboden is om de factoren die besparing in de tweede lijn mogelijk maken, niet te ondergraven**: voor het behoud van de in deze studie vastgestelde besparingsmogelijkheden in de tweede lijn is het belangrijk om de stimulansen op het vlak van preventie te versterken en subsidiariteit in de teams toe te staan: deze de nodige flexibiliteit en soepelheid geven om een 'positieve' en holistische benadering van de gezondheid van hun patiënten te organiseren die aangepast is aan de realiteit op het terrein voor hun patiënteel. Ook moet aandacht geschonken worden aan de voorwaarden voor een succesvolle echelonnering van de zorg en hierbij collusie tussen de forfaitaire eerstelijnscentra en de specialisten van de tweede en derde lijn te vermijden. Bovendien moet worden opgelet voor vermarkting van de sector. Als het gemeenschapsgeld dat hierin wordt geïnvesteerd niet wordt gebruikt voor de gezondheid van de patiënt maar langs een omweg gebruikt wordt om de beheerders van de centra te verrijken, kan het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn abnormaal stijgen en kan risicoselectie worden vastgesteld. Men moet echt voldoende bakens en incentives inbouwen om financiële speculatie of belangenconflicten tussen de structuren die per prestatie of forfaitair gefinancierd worden te vermijden.

Actie patiëntenrechten 2018: analyse ziekenhuiswebsites

*Sigrid Vancorenland & Mieke Dolphens, Departement Onderzoek & Ontwikkeling
Karen Mullie & Anaïs Verleyen, Juridisch departement*

Met dank aan Mieke Hofman (Departement Onderzoek & Ontwikkeling) voor het secuur scoren van de ziekenhuiswebsites.

Samenvatting

CM draagt de rechten van de patiënt hoog in het vaandel. Elk jaar zetten CM, Samana en Altéo één recht in de kijker op 18 april, de Europese dag van de patiëntenrechten. In 2017 en 2018 is dat het recht om vooraf informatie te krijgen over de behandeling, waaronder de financiële gevolgen, zodat de patiënt een bewuste en geïnformeerde toestemming kan geven. De actie patiëntenrechten vestigt in 2018 de aandacht op financiële transparantie bij een geplande opname in het ziekenhuis.

In aanloop naar deze dag van de rechten van de patiënt werden twee onderzoeken uitgevoerd. Ten eerste werd een analyse gemaakt van de 99 ziekenhuiswebsites in ons land. Deze werden gescoord op hun financiële transparantie en de mate waarin ze informatie geven over patiëntenrechten. Deze analyse was dus toegespitst op het aanbod aan financiële informatie, beschikbaar via de ziekenhuiswebsites. Ten tweede werden focusgroepen georganiseerd om patiënten te bevragen naar hun ervaringen met het krijgen van informatie over de financiële gevolgen bij een ziekenhuisopname. Dit onderzoek handelde dus over de mate waarin de patiënt het aanbod aan financiële informatie vanuit de ziekenhuizen ervaart en hiervan al zelf actief gebruik maakt. De resultaten van dit onderzoek worden besproken in een volgend nummer van CM-Informatie.

De analyse van de ziekenhuiswebsites bracht aan het licht dat het aanbod op de ziekenhuiswebsites aan informatie over de financiële gevolgen van een opname, in vergelijking met 2013, aanzienlijk is toegenomen. Bovendien doet de kostenraming zijn intrede, vooral op de Vlaamse ziekenhuiswebsites. Voor patiënten is dit zeker een handig hulpmiddel om vooraf een idee te krijgen van de kostprijs. Patiënten worden anno 2018 online ook beter geïnformeerd over hun rechten, al blijft het vermelden van het recht op pijnbehandeling een werkpunt. Tot slot worden patiënten op Waalse en Brusselse ziekenhuiswebsites vaak minder goed geïnformeerd en dit zowel op financieel gebied als wat patiëntenrechten betreft, in vergelijking met de Vlaamse ziekenhuiswebsites.

Sleutelwoorden: patiëntenrechten, kostprijs, kostenraming, ziekenhuiswebsites, financiële informatie

1. Achtergrond

In ons land zijn de rechten van de patiënt wettelijk vastgelegd. Ze omvatten acht items en zijn van toepassing voor zorgverleners.

- Het recht om de beroepsbeoefenaar vrij te kunnen kiezen,
- Het recht om een kwaliteitsvolle dienstverlening te ontvangen,
- Het recht om informatie over zijn gezondheidstoestand te krijgen,
- Het recht om vrij toe te stemmen in een tussenkomst, met voorafgaande informatie,
- Het recht om het patiëntdossier te raadplegen, met mogelijkheid tot inzage en afschrift,
- Het recht op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer,
- Het recht om een klacht bij een ombudsdienst neer te leggen,
- Het recht op pijnbehandeling

Daarnaast heb je als patiënt ook steeds recht op ondersteuning door een vertrouwenspersoon. Jij oefent je rechten zelf uit (bijvoorbeeld tijdens een consultatie, de inzage van je patiëntendossier, het neerleggen van een klacht...), maar je kan je hierbij laten bijstaan door een persoon die je zelf kiest.

Als je als patiënt zelf niet meer in staat bent om je wil te uiten en je rechten zelf te doen gelden, kan je een vertegenwoordiger aanduiden. Deze neemt dan in jouw plaats beslissingen als je dat zelf niet meer kan (bijv. je bent dement, in coma, ...).

CM draagt de rechten van de patiënt hoog in het vaandel. Daarom zetten CM, Samana en Altéo elk jaar één recht in de kijker. Dit gebeurt op 18 april, de Europese dag van de patiëntenrechten. In 2017 en 2018 kozen we voor het recht van elke patiënt om vooraf informatie te krijgen over de behandeling, waaronder de financiële gevolgen, zodat deze een bewuste en geïnformeerde toestemming kan geven. De informatie over de kostprijs maakt een belangrijk en dikwijls onderschat onderdeel uit van de voorafgaandelijke informatie die van belang kan zijn om op een geïnformeerde wijze je toestemming te kunnen geven.

De actie patiëntenrechten van 2017 legde de nadruk op het belang om het gesprek over de kostprijs aan te gaan met de zorgverlener. De kernboodschap was dat dit evengoed een onderdeel is van de dialoog met de zorgverlener, net als het spreken over de diagnose, de behandeling of de nazorg. In 2018 vestigt de actie patiëntenrechten de aandacht op de financiële transparantie in het ziekenhuis. Belangrijke boodschap hierbij is dat je als patiënt het recht hebt op voorafgaandelijke informatie over de kostprijs van je behandeling bij een ziekenhuisopname.

In aanloop naar deze dag van de rechten van de patiënt werden twee onderzoeken uitgevoerd.

Ten eerste werd een analyse gemaakt van de 99 ziekenhuiswebsites. Deze werden gescoord op hun financiële transparantie en de mate waarin ze informatie geven over patiëntenrechten. Deze analyse was dus toegespitst op het aanbod van financiële informatie op de ziekenhuiswebsites. De resultaten van deze analyse worden besproken in dit artikel.

Ten tweede werden focusgroepen georganiseerd om patiënten te bevragen naar hun ervaringen met het krijgen van informatie over de financiële gevolgen bij een ziekenhuisopname. Dit onderzoek handelde dus over de mate waarin de patiënt het aanbod aan financiële informatie vanuit de ziekenhuizen ervaart en hiervan al zelf actief gebruik maakt. De resultaten van dit onderzoek worden besproken in een volgend nummer van CM-Informatie.

2. Doelstelling en methode analyse ziekenhuiswebsites

De werkgroep patiëntenrechten¹ wenste te onderzoeken in welke mate ziekenhuiswebsites in België informatie bieden over het financieel aspect van een ziekenhuisopname alsook over de rechten van de patiënt.

In 2013 werd dit een eerste keer onderzocht met een analyse van de toen nog 103 Belgische ziekenhuiswebsites. Nu de actie patiëntenrechten 2018 de aandacht richtte op de financiële transparantie in ziekenhuizen, leek het moment aangebroken om deze analyse na 5 jaar te actualiseren. Om een goede vergelijking mogelijk te maken werden de indicatoren uit 2013 overgenomen. Een kostenraming op de website werd in 2013 niet gescoord, maar werd toegevoegd aan de scoring van 2018.

Concrete onderzoeksvragen:

- Welke informatie geven de ziekenhuiswebsites in 2018 over de kostprijs en over de patiëntenrechten?

1 Nationale werkgroep op LCM die jaarlijks de actie patiëntenrechten uitwerkt. Ze bestaat uit vertegenwoordigers van de directie, de juridische dienst, R&D, de communicatiediensten, de bewegingen, Samana en Altéo.

- Hoe is dit geëvolueerd sinds 2013?
- Geven de ziekenhuiswebsites een kostenraming en zo ja, met welke info?

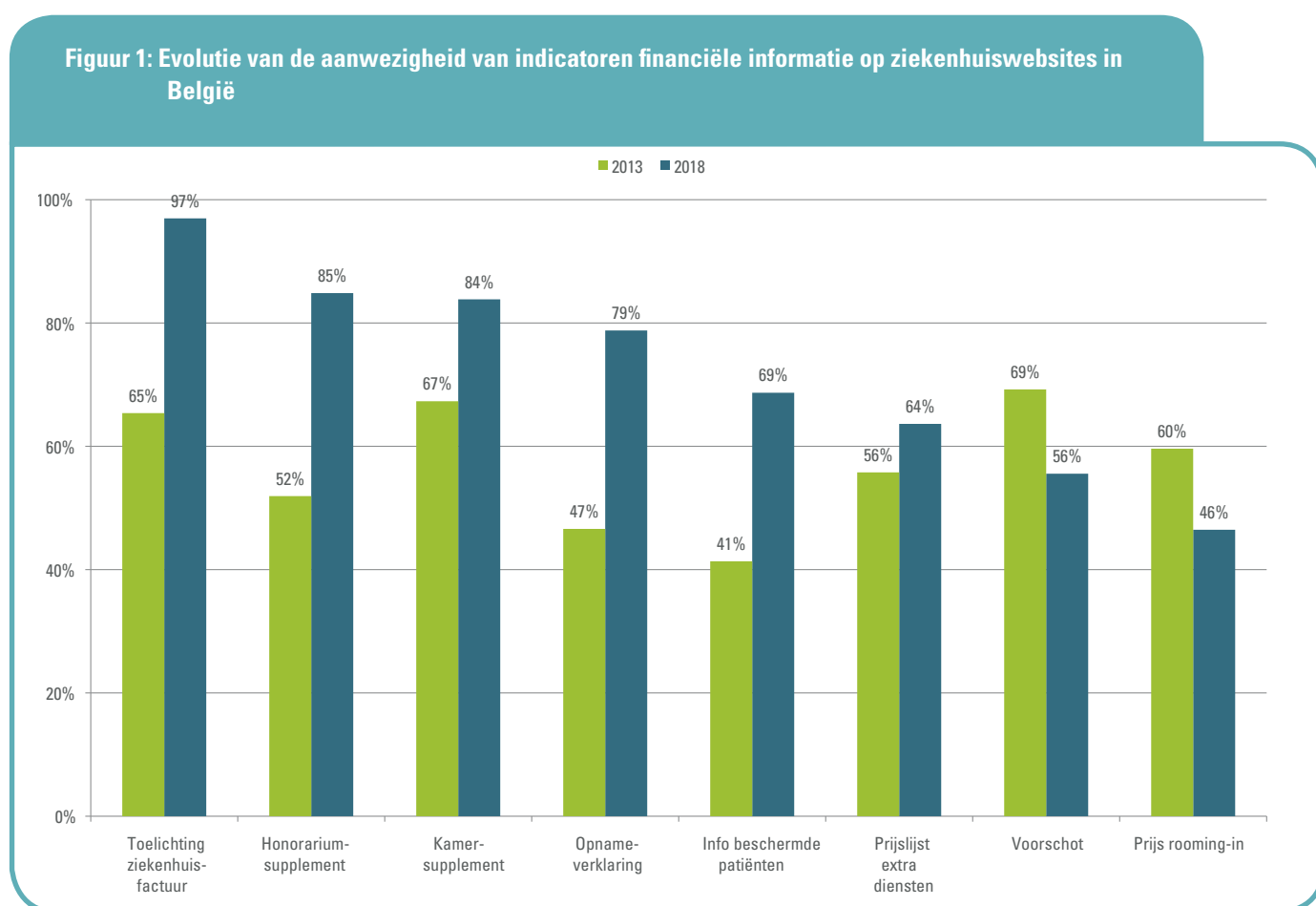
Alle Belgische ziekenhuiswebsites² werden gescoord op 36 vooraf vastgelegde indicatoren. Deze peilen naar het verstrekken van financiële informatie (18 indicatoren) (waaronder een kostenraming op de websites) en informatie over de patiëntenrechten (18 indicatoren).

99 ziekenhuiswebsites³ werden gescoord (54 Vlaamse, 12 Brusselse en 33 Waalse ziekenhuizen). Voor elke indicator wordt een score toegekend: 0 (afwezig) of 1 (aanwezig) en soms op 2 (aanwezig en gemakkelijk te vinden – gedefinieerd als ‘te vinden binnen drie muisklikken’). De uiteindelijke scoring werd in 2013 en 2018 door dezelfde persoon gedaan, om de uniformiteit van de scoring te garanderen. Ze werd uitgevoerd van midden oktober 2017 tot eind januari 2018.

3. Resultaten en bespreking

a. De financiële transparantie is verbeterd

Figuur 1 geeft voor elke financiële indicator het percentage ziekenhuiswebsites dat deze indicator vermeldt op de website. Onze analyse toont aan dat de Belgische ziekenhuizen vooruitgang hebben geboekt wat financiële transparantie op hun websites betreft. Voor zes van de acht financiële indicatoren is er in 2018 een (duidelijke) verbetering in vergelijking met 2013.



- 2 Het gaat om de websites van alle Belgische algemene en universitaire ziekenhuizen. De psychiatrische en categorale ziekenhuizen zijn niet inbegrepen.
- 3 Sinds de analyse van 103 ziekenhuiswebsites uit 2013 zijn enkele ziekenhuizen gefusioneerd. Sommige gefusioneerde ziekenhuizen behielden slechts 1 gezamenlijke ziekenhuiswebsite. Indien gefusioneerde ziekenhuizen toch elk hun eigen website behielden, werd elke website apart geanalyseerd.

Het is belangrijk op te merken dat de analyse zich enkel uitspreekt over de aan- of afwezigheid van informatie en geen uitspraak doet over de kwaliteit van de aangeboden informatie. Hoe gemakkelijk bepaalde informatie te vinden is, werd soms wel beoordeeld.

Een algemene toelichting bij de ziekenhuisfactuur wordt door zo goed als alle ziekenhuiswebsites (97%) gegeven. Bij de grote meerderheid van de ziekenhuiswebsites is die informatie daarenboven gemakkelijk te vinden (binnen de drie muisklikken). Op de meerderheid van de websites vind je informatie over de kamer- (84%) en honorariumsupplementen (85%) en vind je de opnameverklaring⁴ van het ziekenhuis (79%). In 2018 wordt op evenveel websites geïnformeerd over kamer- en honorariumsupplementen, terwijl in 2013 op meer websites geïnformeerd werd over kamersupplementen (67%) dan over honorariumsupplementen (52%). Bij een meerderheid van de websites (69%) wordt informatie over beschermde patiënten (statuut verhoogde tegemoetkoming - VT) gegeven. Voor deze vijf indicatoren betekent dit een grote vooruitgang sinds 2013.

De prijslijst voor extra diensten (water, telefoon, tv, frigo, ...) maakt slechts een beperkte vooruitgang: deze is terug te vinden op 64% van de ziekenhuiswebsites.

Twee financiële indicatoren zijn erop achteruit gegaan sinds 2013: het vermelden van het bedrag van een voorschot (56% in 2018 versus 69% in 2013) en het vermelden van een bedrag voor rooming-in (46% in 2018 versus 60% in 2013).

De achteruitgang van het resultaat in verband met voorschotten is moeilijk te interpreteren. Ziekenhuizen zijn immers – gelukkig

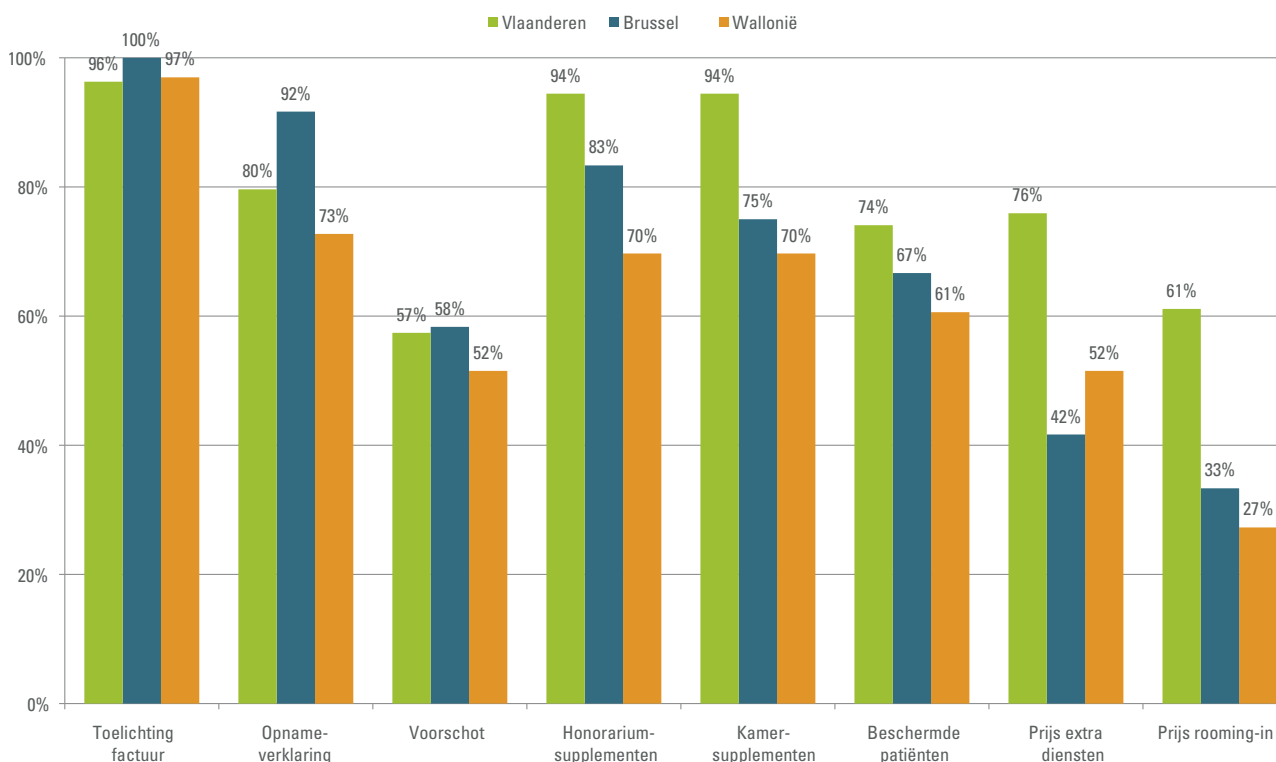
– niet verplicht om een voorschot te vragen. Vragen minder ziekenhuizen een voorschot? Of vermelden de ziekenhuizen die een voorschot vragen het bedrag minder vaak op hun website? Om de financiële transparantie ten aanzien van de patiënt verder te verbeteren, is het aangewezen dat elk ziekenhuis op de website aangeeft of het een voorschot vraagt, en zo ja hoeveel, waarop en in welke situaties.

Wat rooming-in betreft (dit is de mogelijkheid voor ouder(s) om 's nachts bij hun kind te blijven) zijn de mogelijkheden in de praktijk verruimd. Daar waar dit vroeger enkel mogelijk was bij opname ouder-kind kan dit nu ook in geval van een opname van een volwassene. Het vermelden van de prijs van de rooming-in bij een kind is erop achteruit gegaan. Dit heeft mogelijks te maken met het feit dat enkel de rooming-in ouder-kind wettelijk geregeld is. In dit geval kan er namelijk geen kamersupplement gevraagd worden bij opname in een eenpersoonskamer. Voor de andere toepassingen van rooming-in bestaat hierover (nog) geen wettelijke regeling.

Figuur 2 illustreert de regionale verschillen wat financiële transparantie betreft. In vergelijking met Brusselse en Waalse ziekenhuiswebsites informeren meer Vlaamse ziekenhuiswebsites over de kamer- en honorariumsupplementen alsook over beschermde patiënten. 94% van de Vlaamse ziekenhuiswebsites informeert over honorariumsupplementen, tegenover 83% van de Brusselse ziekenhuiswebsites en 70% van de Waalse ziekenhuiswebsites. Vlaamse ziekenhuiswebsites vermelden ook vaker de prijs van de extra diensten en de rooming-in. Op de Brusselse ziekenhuiswebsites vind je dan weer vaker de opnameverklaring terug in vergelijking met Vlaamse en Waalse ziekenhuiswebsites.

⁴ De opnameverklaring is een document dat de patiënt informeert over de financiële voorwaarden van het ziekenhuis en waarop men zijn kamerkeuze moet aanduiden. Bij een ziekenhuisopname moet het ziekenhuis dit document voorleggen aan de patiënt, die dit document moet ondertekenen.

Figuur 2: Aanwezigheid van indicatoren financiële informatie op ziekenhuiswebsites in België volgens regio



b. De kostenraming doet zijn intrede

35 op 99 (35% van de) Belgische ziekenhuiswebsites bieden ingreepspecifieke kostenramingen aan. Op de meeste websites zijn de kostenramingen heel gemakkelijk te vinden. Dit globaal cijfer maskeert echter een realiteit die verschillend is naargelang de regio. In Vlaanderen biedt een meerderheid van de ziekenhuiswebsites ingreepspecifieke kostenramingen aan (63% of 34 op 54 websites). In Wallonië biedt slechts één op 33 ziekenhuiswebsites (3%) dit aan. In Brussel biedt geen enkel ziekenhuis kostenramingen op de website aan.

Van de ziekenhuiswebsites die een ingreepspecifieke kostenraming aanbieden:

- vermeldt de meerderheid (80%) waar je als patiënt terecht kan voor een kostenraming voor ingrepen die niet in de lijst vermeld staan;
- maakt de meerderheid (77%) een onderscheid in prijs volgens type kamer (individuele kamer versus gemeenschappelijke kamer);
- splitst de meerderheid (71%) de kostenraming op in verschillende prijsonderdelen (vb: verblijfskosten, honorarium, geneesmiddelen, diverse kosten);
- maakt de meerderheid (66%) een onderscheid in prijs volgens statuut van de patiënt (VT / niet VT);

- geeft de meerderheid (71%) één totaalprijs, 29% geeft voor de totaalkost een vork met een minimum en maximum bedrag;
- specificeert 60% expliciet dat de gegeven prijs het bedrag is dat je als patiënt zelf nog moet betalen, dus na tussenkomst vanuit de verplichte ziekteverzekering. De overige 40% specificeert dit niet.

Van de ziekenhuiswebsites die geen ingreepspecifieke kostenramingen aanbieden, vermeldt slechts een kleine minderheid waar je als patiënt terecht kan om een kostenraming te bekomen (vb: een telefoonnummer, e-mailadres of behandelende arts). In Vlaanderen gaat het om 5%, in Brussel om 8% en in Wallonië 0%.

Een kostenraming is een belangrijk hulpmiddel in de uitoefening van je recht als patiënt om voorafgaandelijk geïnformeerd te worden over de financiële gevolgen van een opname in het ziekenhuis. Het laat je toe om een idee te hebben van de grootteorde van de kostprijs die je kan verwachten en vermijdt aldus onaangename verrassingen bij het ontvangen van de ziekenhuisfactuur. Ook stelt het je in staat om een bewuste kamerkeuze (individuele versus gemeenschappelijke kamer) te maken en om vóór de opname gerichte vragen te formuleren aan het ziekenhuis, de arts, het ziekenfonds of de hospitalisatieverzekeraar.

CM stelt als uitgangspunt dat alle ziekenhuizen / artsen dienen te voorzien in een kostenraming. Dit voor elke opname. Als eerste stap hiernaartoe, vinden we dat alle ziekenhuizen / artsen moeten voorzien in een duidelijke standaardkostenraming voor een lijst van courante ingrepen of behandelingen in het ziekenhuis. Deze standaardkostenramingen moeten – naar onze mening – minstens beschikbaar zijn op de ziekenhuiswebsite, op een gemakkelijk vindbare plaats. We zijn blij vast te stellen dat op vandaag al heel wat ziekenhuizen standaardkostenramingen online beschikbaar stellen. De gebruikte modellen en terminologieën verschillen echter sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis. Daarom pleit CM voor de introductie van een duidelijk en verstaanbaar standaardmodel, dat gebruikt wordt door alle ziekenhuizen. We stellen voor dat de kostenraming de te verwachten kostprijs geeft voor verschillende relevante rubrieken. Wat specifiek de ereloonsupplementen betreft, vragen we dat de kostenraming een maximumbedrag vermeldt, dat in geen geval overschreden kan worden. Voor de andere rubrieken (vb. medicatie, materiaalkost, remgelden op erelonen) begrijpen we dat er niet te voorziene elementen kunnen optreden waardoor de finale kostprijs voor de patiënt enigszins kan afwijken van de geraamde bedragen. Elke patiënt is immers uniek en geneeskunde is nu eenmaal geen exacte wetenschap.

Onze betrachting is dat alle ziekenhuizen/artsen tegen 1 januari 2019 zouden voorzien in standaardkostenramingen voor veel voorkomende ingrepen. In eenzelfde beweging wensen we echter

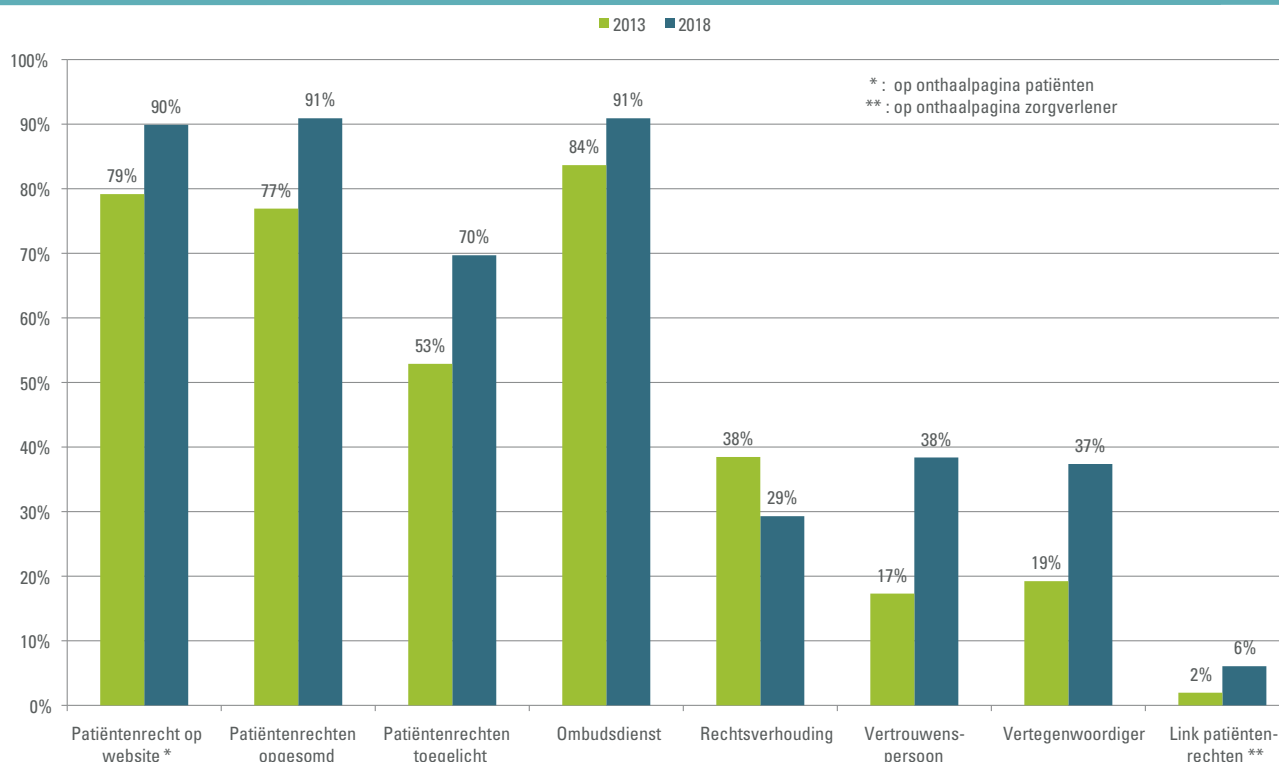
ook te benadrukken dat het aanbieden van standaardkostenramingen (online) geen afbreuk doet aan het recht van elke patiënt om - voorafgaandelijk aan een ingreep/opname – individuele informatie op maat over de kostprijs te ontvangen in functie van zijn / haar persoonlijke (medische) situatie.

Uiteraard stopt het hier niet bij. Er moeten ook inspanningen gedaan worden om de patiënten de weg naar deze informatie te wijzen en hen hiermee vertrouwd te maken. Bovendien blijft de dialoog tussen patiënt en arts cruciaal. Informatie aanbieden op de website kan deze dialoog niet vervangen. De informatie via ziekenhuiswebsites beschikbaar stellen, is slechts een ondersteuningsmiddel om te komen tot een goed geïnformeerde patiënt die bewuste keuzes kan maken.

[c. Meer aandacht voor patiëntenrechten](#)

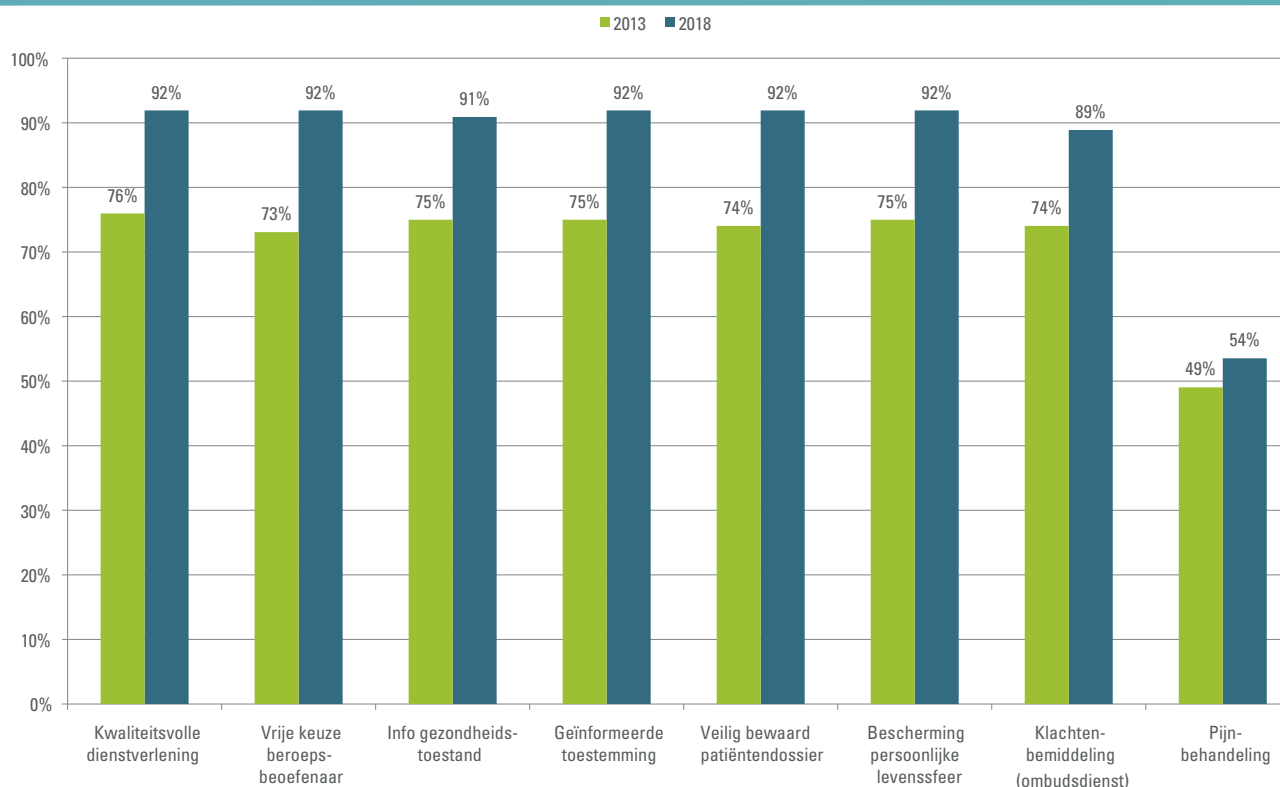
Figuur 3 geeft voor elke indicator rond patiëntenrechten het percentage ziekenhuiswebsites dat deze indicator vermeldt op de website. Hieruit blijkt dat in 2018 – in vergelijking met 2013 - patiëntenrechten frequenter vermeld staan op de ziekenhuiswebsites. Een grote meerderheid (90%) van de websites verwijst op één of andere manier naar de patiëntenrechten. Dit gebeurt ofwel via een directe link op de onthaalpagina naar patiëntenrechten of de ombudsdienst ofwel is het concept 'patiëntenrechten' ergens op de website terug te vinden. De grote meerderheid van de ziekenhuiswebsites (91%) somt ook één of meerdere van de acht patiëntenrechten op.

Figuur 3: Evolutie van de aanwezigheid van indicatoren patiëntenrechten op ziekenhuiswebsites in België



Figuur 4 geeft weer hoeveel procent van de ziekenhuiswebsites elk van de acht patiëntenrechten vermeldt. Hieruit blijkt duidelijk dat het recht op pijnbehandeling nog steeds een pijnpunt blijft. Waar alle andere patiëntenrechten op 89 tot 92% van de websites vermeld worden, is dit voor het recht op pijnbehandeling slechts op 54%. Hier is ook geen vooruitgang geboekt sinds 2013 (49%), terwijl dit voor alle andere rechten wel het geval is (in 2013 schommelden de percentages rond de 75%).

Figuur 4: Evolutie percentage ziekenhuiswebsites die elk van de 8 patiëntenrechten vermelden



Helaas geven niet alle ziekenhuiswebsites toelichting bij de rechten van de patiënt (zie figuur 3), zodat het niet altijd duidelijk is wat eronder verstaan wordt. Toch is ook op dit vlak al vooruitgang geboekt: in 2013 gaf slechts 53% van de ziekenhuiswebsites uitleg bij de rechten, in 2018 is dit gestegen naar 70%.

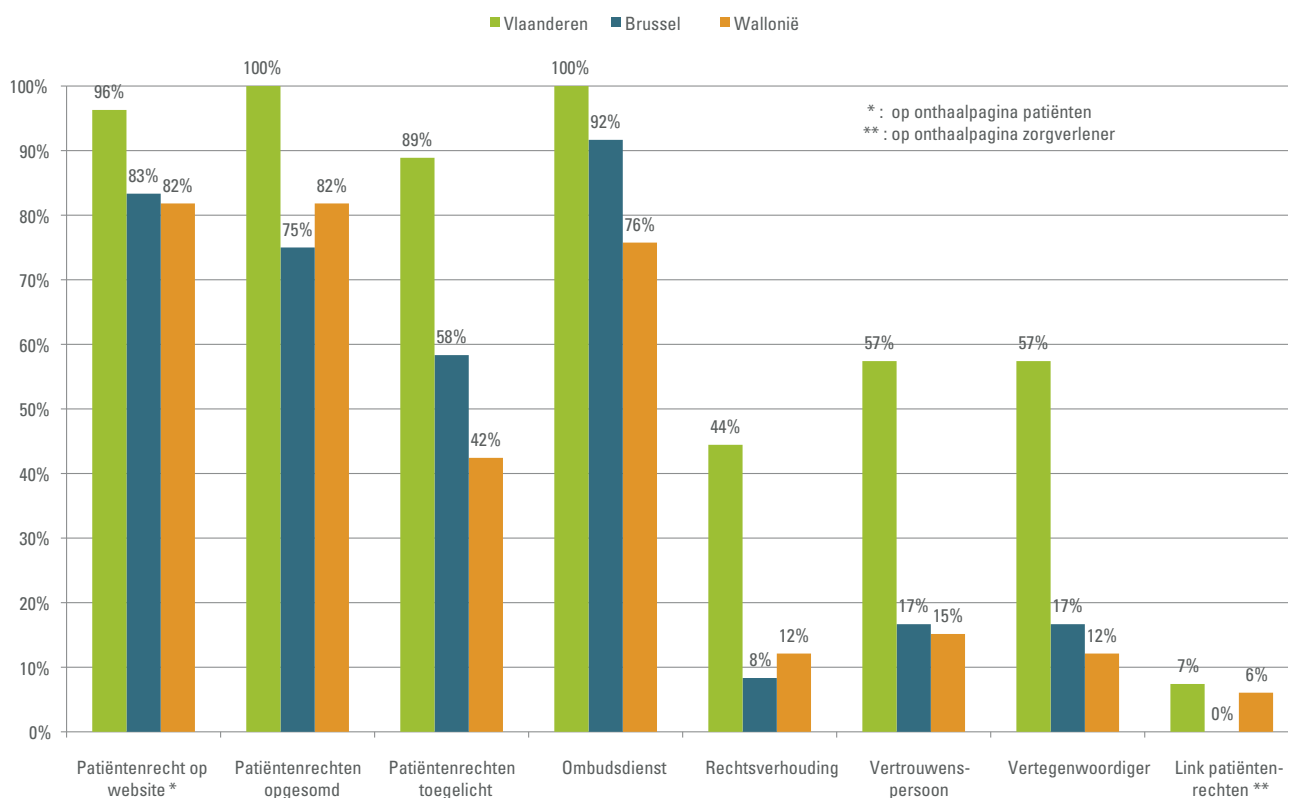
Eveneens een grote meerderheid (91%) van de ziekenhuiswebsites geeft informatie over de ombudsdienst van het ziekenhuis: ofwel via het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst, ofwel door uitleg over de werking ervan.

Informereren over de vertegenwoordiger van de patiënt (37%) of over de mogelijkheid om een vertrouwenspersoon aan te duiden (38%) gebeurt veel minder. Al is er een vooruitgang sinds 2013, toch is hier nog een lange weg af te leggen voor de meerderheid van de ziekenhuiswebsites. Het informeren over de rechtsverhouding tussen ziekenhuis en beroepsbeoefenaar (29%) is zelfs achteruit gegaan sinds 2013 (38%). Deze informatie is nochtans belangrijk wanneer een patiënt een klacht wil

indienen. Een ziekenhuis is enkel aansprakelijk voor tekortkomingen in verband met de eerbiediging van de rechten van de patiënt voor beroepsbeoefenaars die een statutair of bediendencontract hebben met het ziekenhuis en niet voor zelfstandige beroepsbeoefenaars die in het ziekenhuis werken en voor beroepsbeoefenaars tewerkgesteld door derden.

Ook op vlak van vermelding van de patiëntenrechten op de ziekenhuiswebsites zijn er regionale verschillen (figuur 5). Op alle Vlaamse ziekenhuiswebsites staat iets rond patiëntenrechten vermeld, worden één of meerdere patiëntenrechten opgesomd en wordt informatie gegeven over de ombudsdienst. Op de Brusselse en Waalse ziekenhuiswebsites is dit beduidend lager. Zo somt bijvoorbeeld 100% van de Vlaamse ziekenhuiswebsites één of meerdere patiëntenrechten op, terwijl dit op Brusselse ziekenhuiswebsites 75% is en op Waalse 82%. Zeker voor de indicatoren toelichting bij patiëntenrechten, informatie over rechtsverhouding, vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger van de patiënt lopen de regionale verschillen hoog op.

Figuur 5: Aanwezigheid van indicatoren patiëntenrechten op ziekenhuiswebsites in België – per regio



4. Conclusie

De actie patiëntenrechten 2018 focust op het recht op voorafgaandelijke financiële informatie bij een geplande opname in het ziekenhuis.

Om je te kunnen informeren over de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname, is het uiteraard van belang dat er een voldoende en gericht aanbod aan financiële informatie bestaat vanuit de ziekenhuizen/artsen. Een eerste deelonderzoek, uitgevoerd in de aanloop naar de dag van de rechten van de patiënt 2018, bracht dit aanbod op de ziekenhuiswebsites in kaart. Hoe informeren ziekenhuizen via hun websites anno 2018 over de financiële gevolgen van een opname? In 2013 werd al eens een dergelijke analyse gemaakt, waardoor het mogelijk is om evoluties in kaart te brengen. Ook het informeren over de patiëntenrechten werd opnieuw onder de loep genomen.

Tussen 2013 en 2018 hebben de ziekenhuiswebsites een grote vooruitgang geboekt op gebied van financiële transparantie en informeren over patiëntenrechten.

Voor de meeste ziekenhuizen is het een courante praktijk geworden om op hun website:

- te informeren over de ziekenhuisfactuur en de kamer -en honorariumsupplementen,
- de opnameverklaring op te nemen,
- de patiëntenrechten op te sommen en uit te leggen,
- te informeren over de ombudsdienst.

Een andere positieve evolutie is de intrede van de kostenraming op de ziekenhuiswebsites. Dit begint in Vlaanderen een redelijk gangbare praktijk te worden. Een kostenraming is uiteraard een

handig middel om op voorhand een idee te krijgen over de financiële gevolgen van een bepaalde ingreep.

Er blijven nog een aantal verbeterpunten over en pijnpunten die aangepakt moeten worden.

Zo is er nog ruimte voor verbetering wat betreft:

- informatie over beschermde patiënten (met statuut verhoogde tegemoetkoming),
- informeren over de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger,
- informeren over de rechtsverhouding tussen ziekenhuis en beroepsbeoefenaar,
- het vermelden van de prijs voor rooming-in.

Ondanks het feit dat het recht op pijnbehandeling één van de acht patiëntenrechten is, wordt dit recht beduidend minder vermeld dan de andere rechten. Sinds 2013 is voor het recht op pijnbehandeling ook amper vooruitgang geboekt, terwijl dit wel het geval is bij de opsomming van de andere rechten. Hier zou in de toekomst extra aandacht aan besteed moeten worden.

Een ander pijnpunt is dat patiënten op Waalse en Brusselse ziekenhuiswebsites vaak minder geïnformeerd worden over de

financiële gevolgen van een ziekenhuisopname en hun patiëntenrechten dan op Vlaamse ziekenhuiswebsites. Een inhaalbeweging bij de Brusselse en Waalse ziekenhuiswebsites lijkt dan ook aangewezen, zodat ook hun patiënten voldoende (financiële) informatie krijgen.

We kunnen concluderen dat het aanbod aan financiële informatie op de ziekenhuiswebsites is verruimd in de afgelopen 5 jaar. Met de kostenraming is er zelfs een handige tool bijgekomen. Uiteraard stopt het hier niet bij. De dialoog tussen patiënt en arts blijft cruciaal en deze kan niet vervangen worden door informatie op de website. De informatie via ziekenhuiswebsites beschikbaar stellen, is slechts een ondersteuningsmiddel om te komen tot een goed geïnformeerde patiënt die bewuste keuzes kan maken.

Het aanbod is natuurlijk slechts één kant van het verhaal. De vraag is namelijk in welke mate er op heden gebruik gemaakt wordt van dit aanbod. Vinden patiënten hun weg naar hun rechten en naar de aangeboden financiële informatie? In een volgend nummer van CM-Informatie wordt hierop geantwoord. De resultaten van de focusgroepen die werden gehouden in aanloop naar de dag van de patiëntenrechten worden dan voorgesteld.

Administratiekosten van de landsbonden

Hervé Avalosse – departement R&D

Alain Conrath – stafmedewerker directie - strategisch adviseur

September 2017

Samenvatting

De landsbonden van ziekenfondsen ontvangen van de overheid een bedrag van iets meer dan 1 miljard euro in het kader van hun administratiekosten. Dit is een belangrijk bedrag, maar dit moet gezien worden in samenhang met de omvang van de prestaties in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (bijna 35 miljard euro). En in vergelijking met private verzekeringsmaatschappijen, zijn de landsbonden eerder goedkoop. Ook vergeleken met andere Europese landen is België niet bepaald duurder.

Het budget voor de administratiekosten heeft een bestaansreden: het laat toe de uitgaven te dekken die verbonden zijn aan de werklust die gepaard gaat met het uitvoeren van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (terugbetalen van gezondheidskosten, uitbetalen van uitkeringen, de continuïteit van de rechten van sociaal verzekerden, gegevens aanmaken). Het grootste deel van deze uitgaven bestaat uit de loonkost voor personeel van de landsbonden.

De landsbonden besparen ook op dit budget. Alleen al voor de periode 2015-2018, is een structurele besparing gerealiseerd van 120 miljoen euro. En dit terwijl de werklust alleen maar toeneemt als gevolg van de complexiteit van de regelgeving en van sociodemografische ontwikkelingen (de bevolking groeit en verouderd).

Sleutelwoorden: administratiekosten, landsbonden

1. Algemeen kader

1.1. Betrokken actoren: de verzekeringsinstellingen en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

De uitvoering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering is het eerste werkterrein van de Verzekeringsinstellingen (VI). Onder Verzekeringsinstelling wordt verstaan: de 5 landsbonden van ziekenfondsen en de twee kassen (de Hulpkas en de kas der Geneeskundige verzorging van de NMBS). De VI hebben dus als opdracht de regelgeving voor **terugbetaling van geneeskundige verzorging en storting van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen** toe te passen. Deze regelgeving verandert voortdurend en de terugbetalingsmodaliteiten hangen van verschillende elementen af. Bijvoorbeeld: de ziekenfondsen moeten bij elk akkoord artsen-ziekenfondsen de nieuwe terugbetalingstarieven ingevolge dit akkoord toepassen.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) is belast met de coördinatie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV). Alle partners die bij geneeskundige verzorging betrokken zijn, zetelen in de beheersorganen van het RIZIV: de overheid, de verzekeringsinstellingen, de zorgverleners (artsen, tandartsen, paramedici, enz.) en de sociale partners (vakbonden, werkgevers, middenstandorganisaties). Dit systeem functioneert dus in medebeheer: in de RIZIV-organen worden de verschillende aspecten van het beheer van de ZIV geanalyseerd en worden nieuwe maatregelen voorgesteld en geëvalueerd om eventueel te worden uitgevoerd.

1.2. Administratiekosten van de VI: Door wie worden ze bepaald? Waarvoor dienen ze?

De dotatie voor de administratiekosten bestemd voor de 5 landsbonden van ziekenfondsen (1,05 miljard euro in 2017), wordt jaarlijks vastgelegd in een door de Ministerraad overlegd koninklijk besluit¹. Het grootste gedeelte van deze dotatie (90% - het zogenaamde vaste gedeelte) wordt verdeeld tussen de landsbonden in verhouding tot hun aantal gerechtigden, waarbij een bijzondere weging wordt toegepast voor sommige gerechtigden zoals bijvoorbeeld de gepensioneerden). Voor de verdeling van de overige 10%, het zogenaamde variabele deel, wordt bovendien ook rekening gehouden met evaluatiecriteria omtrent de goede werking van de verzekeringsinstellingen (bijvoorbeeld: mededeling van de gegevens binnen de vastgestelde termijn).

Voor de Kas der Geneeskundige verzorging van de NMBS gelden dezelfde principes: de Ministerraad beslist ieder jaar over hun dotatie administratiekosten en ook bij hen hangt 10% af van een evaluatie.

Voor de werkingsmiddelen van de Hulpkas (waar iemand kan aansluiten die niet bij een klassiek ziekenfonds wenst aan te sluiten) geldt een uitzonderingsregeling: de Hulpkas ontvangt rechtstreeks het equivalent van de reële kostprijs van haar administratiekosten.

De administratiekosten dekken de uitgaven van de VI voor het beheer en de uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Met deze dotatie wordt de hele administratie opgezet om aan 11 miljoen sociaal verzekerden geneeskundige verzorging terug te betalen of uitkeringen te betalen, om de voortzetting van hun recht te bewaken en gegevens te produceren om het gezondheidsbeleid te sturen.

De administratiekosten gaan vooral naar de loonmassa van het personeel dat bij de VI werkt. Bij de 5 landsbonden samen werken ongeveer 14.000 voltijdse equivalenten die deze fundamentele opdrachten van openbare dienstverlening dagdagelijks uitvoeren. Tabel 1 toont de evolutie doorheen de tijd van het aantal voltijdse equivalenten tewerkgesteld bij de landsbonden.

Tabel 1: Voltijdse equivalenten voor de 5 landsbonden

| | Aantal werknemers (in voltijdse equivalenten) |
|------|--|
| 2010 | 14.427 |
| 2011 | 14.054 |
| 2012 | 14.278 |
| 2013 | 14.202 |
| 2014 | 14.463 |
| 2015 | 14.704 |

Bron: jaarverslag Controledienst voor de ziekenfondsen (CDZ) 2013, 2014, 2015, 2016

Opmerking. De verdeelsleutel van het vaste gedeelte zal drastisch veranderen vanaf 2018². Het kabinet stelt – volgend op een beslissing van de regering – voor om 25 miljoen euro te verdelen onder de Verzekeringsinstellingen in functie van hun inspanningen om langdurig zieken die nog kunnen werken, weer aan het werk te helpen. Naast dit bedrag van 25 miljoen euro, is ook de verdeelwijze van het vaste gedeelte grondig gewijzigd: een nieuwe categorie van leden werd toegevoegd (de rechthebbenden op de maximumfactuur), een andere werd teruggetrokken uit het systeem (de werklozen).

2. Evolutie van de dotaties voor de administratiekosten voor de landsbonden de jongste jaren

2.1. Evolutie van de hoofddotatie voor de administratiekosten voor de 5 landsbonden

In 2017 bedroeg de dotatie voor de administratiekosten 1,05 miljard euro tegenover 766,5 miljoen euro in 2003. In de periode 2003-2017 groeide deze dotatie dus gemiddeld met 2,3% per jaar, wat trager is dan de nominale groei van het bruto binnenlands product (BBP)³ in diezelfde periode. Het BBP groeide tussen 2003 en 2017 immers met 3,2% per jaar.

1 De bedragen zijn vermeld in art 195 van de Wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen die op 14 juli 1994 gecoördineerd werd.

2 Zie interview met Jean Hermesse, algemeen secretaris van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, in : Nicolas de Pape. La réinsertion au travail est bonne pour tout le monde. Journal du Médecin. Edition du 13-04-2018.

<http://www.lejournalmedecin.com/actualite/la-reinsertion-au-travail-est-bonne-pour-tout-le-monde/article-longread-33699.html>

Zie ook het artikel van Het Nieuwsblad van 6 april 2018: Financiële straf voor ziekenfondsen dat zieken niet aan werk helpt.

https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180406_03449084

3 Het BBP meet de rijkdom die tijdens een bepaalde periode in een land geproduceerd wordt.

Hoe wordt het jaarlijks bedrag van deze dotatie bepaald?

Uitgangspunt hiervoor is de jaarlijkse evaluatie van de 'theoretische groei' van de administratiekosten. Daartoe wordt een parameterformule gebruikt die rekening houdt met diverse variabelen zoals de loonevolutie in de bank- en verzekeringssector en bij de overheid, de evolutie van de gezondheidszorguitgaven en het aantal dagen waarvoor een uitkering is betaald. Deze parameterformule staat in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, art. 195 en wordt door het RIZIV geëvalueerd aan de hand van cijfers afkomstig van het Planbureau.

Volgens de parameterformule bedraagt de theoretische groei voor 2017 2,48%. Bijgevolg had het budget administratiekosten voor de landsbonden dus 1.080 miljoen euro moeten bedragen. Van dat bedrag werden de door de regering vastgelegde besparingen afgetrokken, waardoor uiteindelijk slechts 1.053 miljoen euro werd toegekend. Dit is dus een lichte negatieve reële groei (-0,08%).

Tabel 2 toont dat de toegekende reële groei sinds 2005 steeds lager was dan de geraamde theoretische groei volgens de parameterformule. Voor de jaren 2012 en 2013 was de groei zelfs negatief. Dit betekent dat het bedrag van het budget tijdens die twee boekjaren daalde. In 2016 en 2017 was dit opnieuw het geval, aangezien de federale regering in 2015 een meerjarencader van besparingen vastlegde op de administratiekosten van de VI (doel van dat meerjarencader: een structurele besparing van 120 miljoen euro tijdens de periode 2015 tot 2018).

Tijdens de periode 2004 tot 2017 kunnen de gedeerde ontvangsten door de landsbonden op net geen 258 miljoen euro worden geschat. Er kan dus niet gezegd worden dat op de administratiekosten van de ziekenfondsen nooit is bespaard wel integendeel!

Tabel 2: Evolutie van de dotatie aan administratiekosten (AK) voor de 5 landsbonden

| | Theoretische groei | Theoretische AK (1) (x 1.000 €) | Reële groei | Reëel toegekende AK (2) (x 1.000 €) | Gederfde ontvangsten (1) - (2) (x 1.000 €) |
|------|--------------------|------------------------------------|-------------|--|--|
| 2004 | 4,72% | 802.661 | 4,72% | 802.661 | 0 |
| 2005 | 4,38% | 837.818 | 3,70% | 832.359 | 5.459 |
| 2006 | 4,15% | 866.902 | 3,70% | 863.156 | 3.746 |
| 2007 | 4,01% | 897.769 | 3,75% | 895.524 | 2.245 |
| 2008 | 4,39% | 934.838 | 3,76% | 929.160 | 5.678 |
| 2009 | 5,40% | 979.335 | 4,67% | 972.546 | 6.789 |
| 2010 | 5,68% | 1.027.787 | 4,06% | 1.012.057 | 15.730 |
| 2011 | 3,81% | 1.050.616 | 2,23% | 1.034.651 | 15.965 |
| 2012 | 3,65% | 1.072.416 | -0,46% | 1.029.840 | 42.576 |
| 2013 | 4,33% | 1.074.432 | -0,22% | 1.027.545 | 46.887 |
| 2014 | 4,42% | 1.072.962 | 2,41% | 1.052.317 | 20.645 |
| 2015 | 3,55% | 1.089.674 | 1,68% | 1.070.012 | 19.662 |
| 2016 | 2,74% | 1.099.330 | -1,50% | 1.054.007 | 45.323 |
| 2017 | 2,48% | 1.080.146 | -0,08% | 1.053.130 | 27.016 |
| | | | | totaal = | 257.720 |

Bronnen:

- Rekenhof. 2017. Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling https://www.courdescomptes.be/Docs/2017_01_VergoedingAdministratiekostenZiekenfondsen.pdf
- Nota TBSC 2016/41
- RIZIV. Historiek van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. <http://www.inami.fgov.be/nl/themas/financiering/begroting-rekeningen/Paginas/historiek.aspx#.WsTTjNRubIU>

2.2. Specifieke dotatie voor de kleine risico's zelfstandigen

Sinds 2008 dient een bedrag administratiekosten van 11,41 miljoen euro (niet-geïndexeerd) te worden toegevoegd. De 5 landsbonden ontvangen dit voor de 'kleine risico's zelfstandigen'. Vroeger waren de zelfstandigen via facultatieve verzekeringen gedekt voor hun 'kleine risico's' (vooral ambulante zorg). Vanaf 2008 zijn de 'kleine risico's' in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging van de zelfstandigen opgenomen. De 11,41 miljoen euro vertegenwoordigen administratiekosten voor het beheer van deze 'kleine risico's'.

2.3. Variabel deel van de administratiekosten

De landsbonden ontvangen niet het volledige bedrag van de dotatie die de regering vastlegt (idem voor de specifieke dotatie voor de kleine risico's). Voor het variabel deel (10% van de dotatie voor de administratiekosten) evalueert de CDZ volgens een tiental criteria de prestaties van de landsbonden en de Kas van de NMBS. Afhankelijk van de resultaten op deze evaluatie, kunnen de landsbonden per criterium gepenaliseerd worden: de landsbonden krijgen een deel van hun administratiekosten niet indien ze bijvoorbeeld stukken of (administratieve, boekhoudkundige, financiële, statistische) documenten laatijdig leveren of wanneer verstuurd gegevens van slechte kwaliteit zouden zijn en verbeterd moeten worden. Dit systeem responsabiliseert de landsbonden moedigt hen aan om de kwaliteit van hun beheer te blijven verbeteren. Voor het boekjaar 2015 bijvoorbeeld, kregen de 5 landsbonden een uitstekend rapport! Na de evaluatie door de Controledienst **kregen de landsbonden ongeveer 98%** van het maximum bedrag dat zij als variabel deel konden ontvangen.

Sinds 2016 is er een nieuw systeem voor het variabel deel van de administratiekosten in gebruik (Wet van 1/07/2014). Dit nieuw systeem hanteert 7 sleutelprocessen die de globale werking van de Verzekeringsinstellingen weerspiegelen:

1. Verplichting om de sociaal verzekerden te informeren
2. Correcte, uniforme en tijdige toekenning van de rechten inzake geneeskundige verzorging in uitkeringen
3. Correcte, uniforme en tijdige uitvoering van de betalingen
4. Nauwkeurige detectie en opvolging van de vorderingen
5. Organisatie van de vereiste controlemechanismen op de verschillende niveaus (terugvordering, fraudebestrijding, ...)
6. Samenwerking met het RIZIV en medewerking aan de uitvoering van het beleid van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid
7. Boekhoudkundig beheer

Conform het toekomstpact met de verzekeringsinstellingen, zal - vanaf 2019 - het variabel deel van de administratiekosten, dat nu 10% bedraagt, jaarlijks worden verhoogd met 2,5%. Dit gedurende een periode van 4 jaar tot het variabel deel 20% bedraagt⁴.

2.4. De dotatie dekt zowel gezondheidszorg als uitkeringen

Vergeet niet dat de dotatie die de landsbonden uiteindelijk krijgen, bestemd is om de werkingskosten te dekken voor zowel terugbetaling van geneeskundige verzorging als uitbetaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, dus de 2 takken van de ZIV.

2.5. Supplementen administratiekosten

De Verzekeringsinstellingen ontvangen extra administratiekosten voor terugvorderingen.

De artikels 136, §2 en 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 omvatten twee gevallen:

- artikel 136, §2: maakt terugvordering mogelijk voor verstrekkingen die worden voorgeschoten bij arbeidsongevallen, beroepsziekten en ongevallen gemeen recht (hier is immers een verantwoordelijke derde en dan hoeft de ZIV deze verstrekkingen niet ten laste te nemen);
- artikel 164: maakt mogelijk om onverschuldigde verstrekkingen terug te vorderen (gevallen van fouten, fraude).

Voor de administratiekosten gelden bepaalde percentages volgens het terugvorderingsniveau⁵ en die worden toegepast op het totaalbedrag van de terugvorderingen (de gerechtsintresten inbegrepen). Hoe meer wordt teruggevorderd, hoe hoger het toegepaste percentage. Ook dit is dus een aanmoedigingsmechanisme om terugvordering te bevorderen en de VI te belonen voor dit werk.

2.6. Globaal

Tabel 3 toont hoe de dotatie van de administratiekosten, de uitgaven in de ziekte- en invaliditeitsverzekering en het BBP evolueren in de periode 2012 tot 2016.

Vaststellingen:

- De dotatie voor de administratiekosten van de 5 VI blijft stabiel. Dit in tegenstelling tot het BBP (stijging met 2,1% per jaar) en de totale uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering (stijging met 3,3% per jaar).
- De ratio administratiekosten van de 5 VI versus de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering gaat van 3,4% in 2012 naar 3,0% in 2016.

⁴ Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen
http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/toekomstpact_verzekeringsinstellingen.pdf

⁵ ratio: teruggevorderde bedragen / geboekte uitgaven

Tabel 3: Evolutie van de administratiekosten, uitgaven geneeskundige verzorging, uitkeringen, BBP (nominale waarden)

| In miljoen euro | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Gemiddelde jaarlijkse nominale groei | Index 2016 (2012 = 100) | |
|---|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------------|------------|
| BBP | 387.500 | 392.340 | 400.288 | 410.435 | 423.048 | 2,2% | 109 | |
| Geneeskundige verzorging | Uitgaven (federaal) (A) | 24.340,0 | 24.950,8 | 25.521,0 | 23.417,5 | 23.263,5 | -1,1% | 96 |
| | Uitgaven (deelstaten) (B) | | | | 2.966,7 | 3.676,9 | | |
| | (i) - totaal (A+B) = | 24.340,0 | 24.950,8 | 25.521,0 | 26.384,2 | 26.940,4 | 2,6% | 111 |
| Uitkeringen | Primaire ongeschiktheid (1) | 1.533,5 | 1.638,9 | 1.780,3 | 1.811,0 | 1.779,2 | 3,8% | 116 |
| | Moederschap (2) | 642,0 | 657,6 | 654,1 | 640,0 | 649,0 | 0,3% | 101 |
| | Invaliditeit (3) | 3.985,8 | 4.319,3 | 4.603,2 | 4.995,7 | 5.414,2 | 8,0% | 136 |
| | Begrafeniskosten (4) | 6,7 | 1,5 | | | | | |
| | Professionele revalidatie (5) | 2,6 | 6,1 | 6,2 | 9,4 | ? | | |
| | (ii) - totaal (1 tot 5) = | 6.170,6 | 6.623,3 | 7.043,8 | 7.456,1 | 7.842,5 | 6,2% | 127 |
| (a) TOTALE uitgaven ziekte- en invaliditeitsverzekering (i+ii) = | 30.510,5 | 31.574,1 | 32.564,8 | 33.840,3 | 34.782,9 | 3,3% | 114 | |
| Administratiekosten van de 5 landsbonden (b) | 1.038,4 | 1.036,6 | 1.060,4 | 1.079,2 | 1.059,5 | 0,5% | 102 | |
| Administratiekosten van de twee kassen (Hulpkas en NMBS) | 42,8 | 42,0 | 51,6 | 43,6 | 43,9 | 0,6% | 103 | |
| Bijkomende AK voor de VI | 25,5 | 25,3 | 27,0 | 28,8 | 29,6 | 3,8% | 116 | |
| Administratiekosten RIZIV | 122,1 | 121,3 | 126,1 | 114,5 | 118,3 | -0,8% | 97 | |
| Ratio (b) / (a) | 3,4% | 3,3% | 3,3% | 3,2% | 3,0% | | | |

De cijfers van de uitgaven geneeskundige verzorging zijn gebaseerd op de N-documenten. Deze documenten - die alle verzekeringsinstellingen aan het RIZIV verstrekken - tonen de activiteit van de ziekenfondsen in termen van betalingsstromen aan de patiënten en/of de zorgverstrekkers. Voor de periode 2015-2016 is een deel van deze uitgaven ten laste van de deelstaten (vb : rustoorden, mobiliteitshulpmiddelen, ...) ingevolge de recentste staatshervorming. Ze staan echter nog vermeld in de N-documenten omdat de ziekenfondsen deze materies blijven uitvoeren. Opgelet, de N-documenten omvatten niet alle gezondheidszorguitgaven in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging.

In 2013 werd de vergoeding voor begrafeniskosten geschrapt. De uitgaven voor professionele revalidatie werden van de tak 'geneeskundige verzorging' verplaatst naar de tak uitkeringen' op 1 juli 2009. Voor de gegevens betreffende geneeskundige verzorging en uitkeringen: de recentste rekeningen die zijn afgesloten, zijn die van 2012. Vanaf 2013 worden dus ramingen gehanteerd die gebaseerd zijn op diverse nota's en rapporten van het RIZIV. Dit zijn dus geen exacte cijfers maar grootteordes.

Bronnen

- BBP: Nationale Bank van België
- Nota's van het RIZIV: TBSC 2016/21, TBSC 2017/06 corr.
- Jaarverslag van het RIZIV : 2013
- ZIV-budget: 2012 tot 2016

3. De groeifactoren van de werklast

De administratiekosten die de landsbonden ontvangen moeten de uitgaven dekken die gepaard gaan met het werk dat ze moeten doen. Deze werklast neemt alleen maar toe. De belangrijkste factoren die aan deze stijging van de werklast ten grondslag liggen, zijn van structurele aard: sociodemografische evoluties, de impact van de vergrijzing en de evolutie van de geneeskunde, de nomenclatuur en de sociale wetgeving. Deze factoren lichten we in de volgende paragrafen verder toe.

3.1. Sociodemografische evolutie

De werklast van de verzekeringsinstellingen blijft verder stijgen door een aantal structurele elementen. Niet enkel is er een *demografische evolutie* in die zin dat de bevolking blijft aangroeien⁶, ook is er een *sociologische evolutie* aan de gang waarbij de structuur van de verzekerde bevolking verandert. Het aantal gerechtigden in zowel de algemene regeling als de regeling zelfstandigen stijgt voortdurend terwijl het aantal personen ten laste daalt (vooral de personen ten laste in de rubriek echtgenoot). Het werkvolume voor het beheer van een dossier “gerechtigde” is groter (jaarlijkse verificatie van de rechten) dan voor een dossier “persoon ten laste” (afgeleid recht van de gerechtigde van wie zij ten laste zijn).

Daarnaast zien we dat het aantal rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming de jongste jaren aanzienlijk gestegen is (tussen 2008 en 2017: met 3,2% per jaar⁷). Dankzij de verhoogde tegemoetkoming betalen bepaalde categorieën rechthebbenden minder remgeld (persoonlijk aandeel) bij een ziekenhuisverblijf, een raadpleging bij de arts of voor

geneesmiddelen. De verhoogde tegemoetkoming blijft voor de meeste rechthebbenden van de ziekteverzekering complex: zowel om te bepalen of zij hierop recht hebben en dit recht te openen als inzake procedures en bewijsstukken. Elk dossier vereist persoonlijk contact en begeleiding maar daarnaast zijn ook proactieve acties naar de rechthebbenden die niet wisten dat zij voor dit voordeel in aanmerking komen, nodig.

Ten slotte moet ook worden opgemerkt dat het aantal “niet-verzekerde” rechthebbenden de jongste jaren sterk gestegen is⁸. Dit heeft een impact op het werkvolume van onze diensten maatschappelijk werk en ledenbeheer die de continuïteit van het recht moeten bewaken en de rechten opnieuw in orde dienen te brengen voor wie zijn recht verliest.

3.2. Invloed van de vergrijzing

De Belgische bevolking blijft niet enkel toenemen in aantal, maar veroudert ook.

- **Wij leven langer.** Daar waar in 2000 de levensverwachting van een pasgeborene (jongen of meisje) 77,8 jaar bedroeg, was dit in 2016 al 81,3 jaar. Dit is een aanzienlijke toename. De levensverwachting bij de geboorte is met ongeveer 80 dagen per jaar gestegen. Dit ritme is sneller voor mannen met een gemiddelde winst van 95 dagen per jaar (het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen neemt dus af).
- **Minder geboorten.** De evolutie van het bruto geboortecijfer (aantal geboorten per 1.000 inwoners)⁹ toont een afname in het aantal geboorten: 12,40 in 1990; 11,40 in 2000; 10,90 in 2015.

De combinatie van deze twee trends heeft een impact op de leeftijdsstructuur van de bevolking. Het aantal 65-plussers neemt toe: van 16,8% (in 2000) naar 18,5% (in 2017).

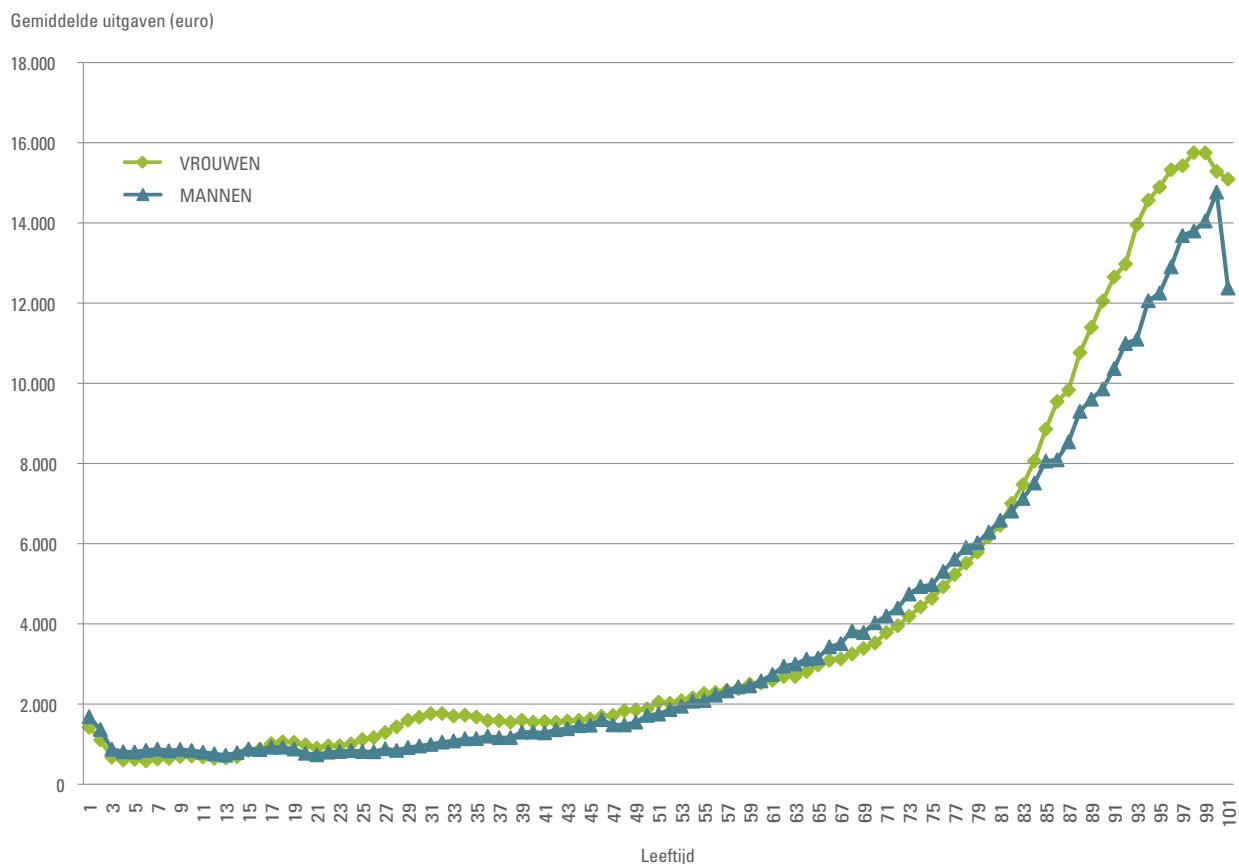
6 De jongste 10 jaar nam de bevolking met 0,7% per jaar toe (+ 876.000 personen tussen 2005 en 2017). Cijfers Belgische bevolking op 1 januari.
Bron: <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/mouvement/>

7 Op 30 juni 2008 was de verhouding rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming binnen de bevolking 14,4%. Op 30 juni 2017 bedroeg diezelfde verhouding 18,1%.
Bron: RIZIV – Dienst voor Administratieve Controle.

8 Op 30 juni 2008 waren er 89.346 ‘niet-verzekerden’. Op 30 juni 2017 waren er 114.449 niet-verzekerden.
Bron: RIZIV – Dienst voor Administratieve Controle.

9 <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BEL/fr/SP.DYN.CBRT.IN.html>

Figuur 1: Gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging (ten laste van de verplichte ziekteverzekering) van CM-leden in 2016, volgens leeftijd en geslacht



De uitgaven voor gezondheidszorg stijgen met de leeftijd (zie Figuur 1). Een verouderende bevolking genereert niet enkel meer zorguitgaven maar doet ook het administratief werk van de Verzekeringsinstellingen toenemen.

Uit een interne analyse van het volume 'afgerekende lijnen voor uitgaven geneeskundige verzorging' bij CM blijkt het volgende.

- Dit volume 'lijnen' nam globaal toe in een periode van 10 jaar (ook al blijft het volume CM-leden vrij stabiel). Zonder informatisering en elektronische gegevensuitwisseling zou het onmogelijk zijn om deze volumes manueel te verwerken.
- Het volume van de elektronische gegevensuitwisseling nam wel spectaculair toe (ongeveer 86% van de afgerekende uitgavenlijnen in 2016) en vereiste investeringen in informatisering (voor zowel de behandelingscapaciteit als softwareontwikkeling), en de controle en validering van

deze uitgaven zorgen ook voor extra werk.

- In tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, blijven ook de niet-elektronisch uitgewisselde gegevensvolumes toenemen en deze vereisen extra invoerwerk. De toename van de niet-elektronische derde betaler en van het aantal uitgavenlijnen dat de ziekenfondsen moeten aanmaken om te voldoen aan nieuwe, complexe wetgevingen die de jongste jaren het licht zagen (bijvoorbeeld: Betalingen in het kader van de MAF, zorgforfaits, ...), is zeker niet te verwaarlozen.

Inzake uitkeringen, met name invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, is er een blijvende forse toename. Het aantal nieuwe gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid¹⁰ stijgt 398.401 in 2009 naar 430.230 in 2016 (algemene regeling). Hierbij valt vooral de stijging van het aantal invaliden op: in 2016

¹⁰ Alle nieuwe gevallen voor zover één ziektedag door de uitkeringsverzekering wordt gedekt (minimaal één dag arbeidsongeschiktheid buiten de periode van het gewaarborgd loon).

Bronnen: * RIZIV. 2018. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid - Analyse en verklarende factoren – Periode 2011-2016. http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_ziekteverzuim_primaire_analyse_2011_2016.pdf

* RIZIV. 2015. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid - Analyse en verklarende factoren. <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ziekteverzuim-primaire-arbeidsongeschiktheid.pdf>

waren er 390.765 invaliden tegenover 200.264 in 2000, wat een stijging is met 95%. Deze forse trend valt te verklaren door verschillende factoren zoals o.m. het stijgend aantal uitkeringsgerechtigden (door meer vrouwen op de arbeidsmarkt), het optrekken van de pensioenleeftijd voor vrouwen en **de vergrijzing van de beroepsbevolking**: in de leeftijdsschijven 45-49 jaar, 50-54 jaar en vooral 55-59 jaar is het aantal invaliden het sterkst in volume toegenomen.

De invaliditeitsgraad¹¹ steeg de jongste 20 jaar: voor de algemene regeling gaat deze globaal van 5,2% in 1997 naar 8,9% in 2016. Deze stijgt echter snel met de leeftijd: 10,0% voor de schijf 45-49, 13,8% voor de 50-54-jarigen, 18,3% voor de 55-59-jarigen, 30,3% voor de 60-64-jarigen (2016, algemene regeling).

3.3. Snelle evolutie in en toenemende complexiteit van de geneeskunde en de medische technieken, de nomenclatuur en de wetgeving

De geneeskunde, het gezondheidsstelsel evolueren snel, wat o.m. een impact heeft op de nomenclatuur van de verstrekkingen geneeskundige verzorging die de ziekenfondsen terugbetalen. Er ontstaan nieuwe verstrekkingen met specifieke toepassingsvoorwaarden (vb. dringend ziekenvervoer, daghospitalisatie), hoofdstukken van de nomenclatuur worden herzien en nieuwe – vaak complexere – toepassingsvoorwaarden worden verwacht (vb.: kinesitherapie).

De wetgeving wordt complexer om uit te voeren. Ook de maatregelen en acties die de wetgever wenst, worden steeds gericht (vb. de terugbetalingen voor chronisch zieken, de professionele reïntegratie voor personen in arbeidsongeschiktheid) hetgeen positief is daar ze rekening houden met de diversiteit aan sociale situaties. Voor de VI impliceert dit echter dat zij een doorgedreven analyse moeten maken van steeds meer gegevens teneinde haar opdrachten tot een goed einde te brengen.

Andere trend: meer proactiviteit, optimalisatie van de rechten van de sociaal verzekerden zonder dat zij administratieve formaliteiten moeten vervullen (vb automatische derde betaler, MAF-tussenkomst, toekenning VT-statuut). Daarenboven moet men ook rekening houden met de initiatieven en engagementen opgenomen in het 'Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen', ondertekend door de verzekeringsinstellingen en de Minister van Sociale Zaken. Dit Pact beoogt 'ziekenfondsen' te laten evolueren naar 'gezondheidsfondsen'. De werven zijn talrijk en divers, bijvoorbeeld informatie- en dienstverlening aan de leden, gezondheidscoaching, ...

Al deze evoluties doen de werklast toenemen: aanpassing of ontwikkeling van informatie- en beheerssystemen.

4. Vergelijking met de 'ziektelastenverzekeringen' van de commerciële private sector

Zijn de administratiekosten van de landsbonden hoog? Ter herinnering, ze vertegenwoordigen 3% van alle prestaties van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (tabel 1). We kunnen dit proberen te vergelijken met de private verzekeringsmaatschappijen.

In Tabel 4 tonen wij enkele becijferde indicaties inzake de ziektekostenverzekeringen die de private verzekeringsondernemingen beheren (vooral contracten voor hospitalisatieverzekeringen maar ook verzekeringscontracten voor tandzorg). Men merkt dat de exploitatiekosten aanzienlijk zijn: de administratie- en beheerskosten bedragen 13 tot 14% van het incasso. Als men daaraan de wervingscommissie (vergoeding voor de verzekeringsmakelaars) toevoegt, komt men op 29% van de premies voor individuele contracten, 18% voor collectieve contracten.

¹¹ Invaliditeitspercentage: aantal invaliden in de populatie van uitkeringsgerechtigden na aftrek van het aantal bruggepensioneerden. Dit is dus het risico dat een uitkeringsgerechtigde invalide wordt.

Bron: RIZIV. Verklarende factoren voor het aantal invaliden – regeling loontrekkenden en regeling zelfstandigen, periode 2007-2016. Beschikbaar op: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2007_2016.pdf

Tabel 4: 'ziektekostenverzekeringen' van de commerciële verzekeringsmaatschappijen, enkele posten van de geconsolideerde resultatenrekeningen

| In miljoen euro | Individuele contracten | | | Collectieve contracten | | | Totaal | | |
|--|------------------------|--------------|--------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Geïnde premies (1) | 481,3 | 484,8 | 496,2 | 631,4 | 674,3 | 714,2 | 1.112,7 | 1.159,1 | 1.210,4 |
| Prestaties | 263,6 | 278,0 | 284,5 | 490,1 | 551,8 | 578,8 | 753,7 | 829,8 | 863,3 |
| Administratie- en beheerskosten (2) | 65,4 | 64,5 | 70,3 | 94,4 | 95,0 | 97,3 | 159,9 | 159,5 | 167,6 |
| Wervingscommissies (3) | 65,6 | 68,9 | 73,5 | 27,2 | 27,5 | 29,9 | 92,8 | 96,4 | 103,4 |
| Ratio : (2) / (1) | 13,6% | 13,3% | 14,2% | 15,0% | 14,1% | 13,6% | 14,4% | 13,8% | 13,8% |
| Ratio : (2+3) / (1) | 27,2% | 27,5% | 29,0% | 19,3% | 18,2% | 17,8% | 22,7% | 22,1% | 22,4% |

Bron: Nationale Bank van België, Statistieken van de rechtstreekse verzekeringsverrichtingen "niet-leven" in België
beheerskosten voor werving, interne kosten voor beheer schadegevallen, administratiekosten.

5. Vergelijking – benchmarking met de Europese landen

Voorzichtigheid is geboden bij het vergelijken van de uitgaven inzake het administratief beheer van geneeskundige verzorging tussen de Europese landen. De gezondheidsstelsels van de verschillende landen zijn immers niet op dezelfde manier tot stand gekomen. Ook spelen in sommige landen private verzekeringen een belangrijke rol in het domein van de gezondheidszorg (bijv. in Frankrijk). Elementen als deze zorgen ervoor dat het beschikbare cijfermateriaal niet steeds eenduidig te vergelijken is tussen landen.

In België worden – net als in Duitsland, Frankrijk en Zwitserland – tussenliggende organen belast met het beheer van de uitvoering van de ziekteverzekering. Soms zijn aan deze tussenliggende operatoren ruimere opdrachten toevertrouwd dan de opdrachten die overheidsadministraties of private operatoren opnemen (opdrachten inzake gezondheids promotie, belangenbehartiging van de leden, medebeslisser bij het bepalen van het gezondheidsbeleid ...).

De interpretatie van internationale gegevens wordt dus aanzienlijk beperkt en het is niet evident te achterhalen welke activiteiten exact gevat worden in het cijfermateriaal.

De internationale gegevens zijn gestructureerd volgens de SHA 2011-classificatie¹² (system of health accounts) die tot stand kwam in samenwerking tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, EUROSTAT en

de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit internationaal classificatiesysteem van de gezondheidsuitgaven omvat verschillende functies (vb. curatieve zorg, preventieve zorg, maar ook de uitgaven voor het administratief beheer van de gezondheidsstelsels), volgens verschillende financieringsbronnen.

In Tabel 5 tonen wij informatie over enkele Westerse Europese landen¹³. Deze landen zijn gerangschikt volgens het belang van de lopende gezondheidsuitgaven ten opzichte van het BBP (cf. eerste kolom van tabel 5).

Lopende gezondheidsuitgaven zijn alle gezondheidsuitgaven ongeacht de financieringsbron ervan (door de overheid of privaat) en hun functie (curatieve, preventieve zorg, ...). Ook de uitgaven voor de governance, administratie van het gezondheidsstelsel en de financiering ervan zijn hierin opgenomen. Deze laatste functie komt het best overeen met de administratiekosten.

De lopende gezondheidsuitgaven in België bedroegen in 2015 iets minder dan 43 miljard euro of 10,5% van ons BBP. Deze lopende uitgaven worden door diverse bronnen gefinancierd (cf. kolommen 2, 3 en 4 van tabel 5). Bijvoorbeeld, in België wordt bijna 77,5% van deze uitgaven solidair gedragen: door de verplichte ziekteverzekering van de sociale zekerheid of

12 <http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

13 Gegevens afkomstig van de site EUROSTAT in september 2017. De recentst beschikbare gegevens hebben betrekking op 2015 (of 2014 : deze landen zijn aangeduid met *).

rechtstreeks door de overheid (de federale overheidsdiensten, de gemeenschappen en de gewesten ...). De overige lopende gezondheidsuitgaven worden betaald door private aanvullende verzekeringen¹⁴ (voor 5%) of rechtstreeks door de private gezinnen¹⁵ (17,6%).

In kolom 5 van Tabel 5, berekenen wij de ratio van de administratiekosten ten opzichte van de lopende gezondheidsuitgaven die solidair gedragen worden. Hierbij werd het bedrag van deze uitgaven gecorrigeerd door het bedrag van de administratiekosten ervan af te trekken, teneinde

een ratio te hebben die vergelijkbaar is met die van Tabel 3. Voor België bedraagt deze ratio 3,2%. Deze ratio weerspiegelt niet enkel het relatieve belang van de administratiekosten van de 5 Verzekeringsinstellingen maar houdt ook rekening met de twee kassen (de Hulpkas en de Kas van de NMBS), het RIZIV en de andere overheden die de gezondheidsuitgaven ten laste nemen. Hun administratiekosten zijn hier echter marginaal. Sommige landen hebben een hogere ratio: Nederland, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg. Sommige landen hebben een lagere ratio: de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Italië, Spanje, ...

Tabel 5: Gegevens EUROSTAT (gegevens 2015 of 2014*).

| | (1) | (2) | | | (5) |
|---------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|
| | Lopende gezondheidsuitgaven in % van het BBP | Verdeling van de lopende gezondheidsuitgaven volgens de belangrijkste financieringsbronnen | | | Gesolidariseerde dekkingen - ratio administratiekosten / lopende gezondheidsuitgaven** |
| | | Gesolidariseerde dekkingen° | Private aanvullende verzekeringen | Rechtstreekse stortingen van de gezinnen | |
| * Zwitserland | 11,37 | 65,1% | 8,1% | 26,7% | 4,5% |
| Duitsland | 11,15 | 84,5% | 3,0% | 12,5% | 5,5% |
| * Frankrijk | 11,07 | 78,6% | 14,4% | 7,0% | 4,2% |
| Zweden | 11,01 | 83,7% | 1,1% | 15,2% | 1,9% |
| * Nederland | 10,93 | 80,6% | 7,1% | 12,3% | 4,3% |
| België | 10,48 | 77,5% | 5,0% | 17,6% | 3,2% |
| * Denemarken | 10,37 | 84,2% | 2,0% | 13,8% | 2,5% |
| Oostenrijk | 10,32 | 75,6% | 6,5% | 17,9% | 2,9% |
| Verenigd Koninkrijk | 9,88 | 79,6% | 5,5% | 14,8% | 1,5% |
| * Finland | 9,51 | 75,4% | 5,5% | 19,1% | 1,9% |
| Spanje | 9,17 | 71,0% | 4,7% | 24,2% | 2,0% |
| Italië | 9,00 | 74,9% | 2,3% | 22,8% | 1,7% |
| * Luxemburg | 6,32 | 82,4% | 6,9% | 10,7% | 5,4% |

° via de verplichte ziekteverzekering van de sociale zekerheid of rechtstreeks ten laste genomen door de overheid

* gegevens 2014

** gecorrigeerd bedrag van de administratiekosten

14 via de verzekeringsmaatschappijen of de ziekenfondsen

15 De gezondheidsuitgaven die de patiënten zelf betalen: remgeld, supplementen, niet-terugbetaalbare zorg, ...

6. Conclusie

De ziekenfondsen zijn zeker niet zo duur als sommigen wel eens te verstaan geven. Zij beheren een complexe materie tegen een vrij lage kostprijs. De administratiekosten die de overheid toekent, bedragen 3% van de uitgaven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. **Ten opzichte van de privé-verzekeringsondernemingen** (hun werkingskosten bedragen 22 tot 23% van de premies) **blijken de ziekenfondsen echt goedkoop. In vergelijking met enkele buurlanden die een gezondheidszorgstelsel hebben dat vergelijkbaar is met het onze, is de relatieve omvang van de administratiekosten ten opzichte van de uitgaven niet overdreven.**

De globale dotatie voor de administratiekosten voor de 5 landsbonden bedraagt zo'n één miljard euro. Deze massa groeit echter minder snel dan onze nationale rijkdom (die door het BBP wordt gemeten) en de regering bespaarde structureel 120 miljoen euro alleen nog maar voor de periode 2015 tot 2018.

Dit toont goed dat **de ziekenfondsen aanzienlijk besparen op hun werkingskosten terwijl de werklast alsmat toeneemt.**

Het aantal gerechtigden, rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming, personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en het aantal medische verstrekkingen die getarifeerd en gecontroleerd moeten worden, nemen immers alsmat toe. Ook de wetgeving is complexer geworden. Maatregelen zoals de invoering van de maximum factuur, de inhaalpremie voor personen in invaliditeit, de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en de invoering van het statuut voor de chronisch zieken zorgen voor een betere individuele bescherming maar geven tegelijkertijd wel extra werk aan de ziekenfondsen om zowel de rechthebbenden te detecteren als de betrokken leden op te volgen en te begeleiden.

Pensioen en levenskwaliteit

Een studie door de ouderenbeweging Énéo

*Hélène Eraly, Kusuto Naïto, Philippe Andrianne - Énéo, mouvement social des aînés
Hervé Avalosse - Departement R&D (LCM)*

Samenvatting

De pensioenen staan opnieuw centraal in het politieke en maatschappelijke debat. In deze context heeft de Franstalige ouderenbeweging Énéo zichzelf ten doel gesteld het niveau en de kwaliteit van het leven van gepensioneerden te analyseren. We zijn vertrokken vanuit veldwerk met honderden senioren en een gedetailleerde vragenlijst. We willen enerzijds de sociaaleconomische realiteit van senioren in functie van hun middelen belichten en anderzijds de structuur van hun uitgaven oftewel het 'uitgavenpakket van de gepensioneerde' bekijken.

De studie, uitgevoerd tussen april en juli 2017, is gebaseerd op een kwantitatieve benadering, nl. een steekproef van 415 gepensioneerde huishoudens uit de Franse Gemeenschap.

Wat de inkomsten betreft, stellen we vast dat ongeveer 56% van de pensioenen tussen 1.000 en 1.750 euro per maand ligt. Waargenomen gemiddelde van de wettelijke pensioenen: 1.600 euro per maand. Vrouwen zijn aanzienlijk meer vertegenwoordigd in de lage pensioenen, terwijl mannen eerder van een hoger pensioen genieten.

In het uitgavenpakket van de gepensioneerde wegen sommige uitgavenposten zeer zwaar door: huisvesting vertegenwoordigt meer dan 40% van de huishoudelijke uitgaven, voeding is de op één na grootste kostenpost en vertegenwoordigt ongeveer 30% van de uitgaven. Gezondheidskosten vertegenwoordigen ongeveer 9% van het budget.

Op maatschappelijk gebied kunnen en moeten we ons zorgen maken over de levenskwaliteit van de gepensioneerden. Bijna 32% van de respondenten zegt in financiële moeilijkheden te verkeren. De domeinen waar mensen zich zaken moeten ontzeggen zijn talrijk, de levenswijze zuinig. Het risico van isolement is hoog. Ouderen denken zelfs dat ze ongeveer 350 euro (mediaan bedrag) te kort komen om geen gebrek te lijden, kortom om een fatsoenlijke levenskwaliteit te genieten.

Sleutelwoorden: pensioen, levenskwaliteit, gebrek lijden

1. Inleiding

De ouderenbeweging Énéo wil de levensstandaard van gepensioneerden analyseren door hun middelen (wettelijke pensioenen, aanvullende pensioenen, enz.) en hun uitgaven

(huisvesting, gezondheid, enz.) te vergelijken, en te bepalen waar de belemmeringen liggen. Een dergelijk onderzoek is reeds uitgevoerd in 2011¹. Het was tijd om dat onderzoek bij te werken.

¹ Zie Royen et al. (2011) et Royen et al. (2012).

Concreet werd tussen april en juli 2017 een vragenlijst verspreid onder mensen die de leeftijd voor een wettelijk of vervroegd pensioen hadden bereikt. Naast Énéo werkten ook andere verenigingen mee, waaronder CSC Séniors, Vie Féminine en Equipes Populaires. De gegevensverwerking (geheel anoniem) en de analyse van de resultaten werden uitgevoerd in samenwerking met het departement R&D van LCM.

In totaal telt de steekproef 415 geldige vragenlijsten. Vanwege dit beperkte aantal kunnen we niet meer doen dan een illustratie geven van de socio-economische situatie van sommige gepensioneerden op het grondgebied van de Franse Gemeenschap².

In het volgende deel beschrijven we het profiel van de respondenten. Deel 3 vat de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de middelen van de huishoudens die aan de enquête hebben deelgenomen. Deel 4 is gewijd aan de structuur van hun uitgaven. In deel 5 worden ten slotte de indicatoren voor de levenskwaliteit voorgesteld.

2. Het profiel van de respondenten

In de gevallen waarin het huishouden bestond uit twee gepensioneerden, bood de vragenlijst de mogelijkheid om informatie voor beide personen te verzamelen (hierna aangeduid met: 'P1', de referentiepersoon van het huishouden, 'P2', de echtgenoot of partner). Bij de 415 huishoudens van de steekproef gaat het dus in feite om 565 respondenten: 415 voor 'P1' en 150 voor 'P2'.

De respondenten zijn hoofdzakelijk vrouwen (Tabel 1), en personen tussen 65 en 79 jaar (Figuur 1). Ze zijn voornamelijk afkomstig uit de provincies Henegouwen en Luik (Tabel 2). Ook personen uit Waals-Brabant zijn goed vertegenwoordigd in de steekproef. Brusselaars zijn echter ondervertegenwoordigd.

In vergelijking met het wettelijk pensioen:

- De gemiddelde pensioenleeftijd is iets meer dan 62 jaar (zowel voor 'P1' als voor 'P2');
- 49% van de respondenten heeft een werknemerspensioen, 30% een ambtenarenpensioen en 7% een zelfstandigenpensioen. Bij 7% van de respondenten was sprake van een gemengde loopbaan.

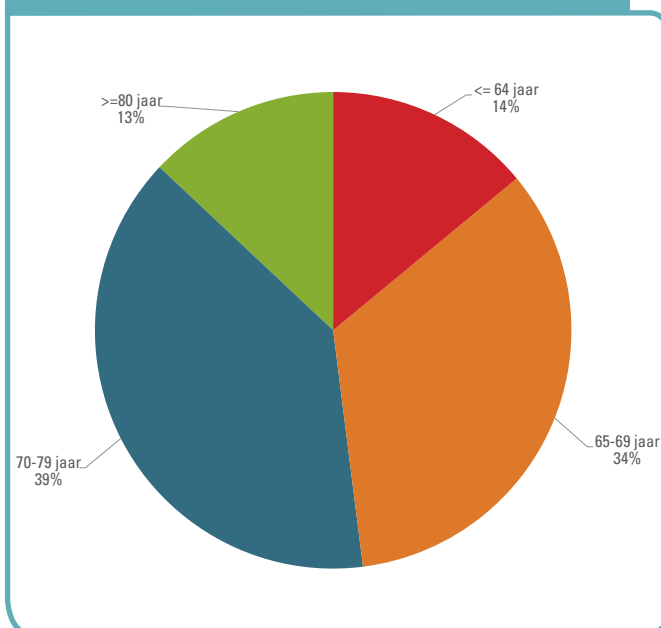
Tabel 1: Verdeling van de respondenten volgens geslacht

| Type respondent | mannen | vrouwen | samen |
|-----------------|------------------|------------------|-------------------|
| 'P1' | 203 (48%) | 212 (52%) | 415 (100%) |
| 'P2' | 46 (31%) | 104 (69%) | 150 (100%) |
| Totaal | 249 (44%) | 316 (56%) | 565 (100%) |

Tabel 2: Geografische verdeling van de huishoudens

| | Aantal huishoudens | In % |
|----------------------|--------------------|-------------|
| Waals-Brabant | 96 | 23,1% |
| Brussel | 21 | 5,1% |
| Vlaanderen | 3 | 0,7% |
| Henegouwen | 128 | 30,8% |
| Luik | 97 | 23,4% |
| Luxemburg | 36 | 8,7% |
| Namen | 34 | 8,2% |
| Totaal | 415 | 100% |

Figuur 1: Verdeling van de respondenten volgens leeftijd



² Dit gezegd zijnde, zijn er vergelijkingen gemaakt met andere bronnen en over het algemeen gaan de resultaten in dezelfde richting. Zie voor meer details Eraly et al. (2018).

3. Financiële middelen

Hoewel het wettelijk en/of overlevingspensioen de belangrijkste financiële bron van de gepensioneerde is, ontvangen sommige gepensioneerden ook een aanvullend pensioen. Daarnaast kunnen er andere inkomstenbronnen voorkomen zoals huur, salaris (binnen de toegestane limieten), enz. Het zijn al deze elementen die we hieronder zullen bekijken.

'P2' samen te voegen, komen deze bedragen respectievelijk neer op 1.521 euro en 1.600 euro (tabel 3).

Figuur 2 geeft de verdeling van het pensioenbedrag in schijven weer. We zien dat 56% van de pensioenen tussen 1.000 en 1.750 euro per maand ligt.

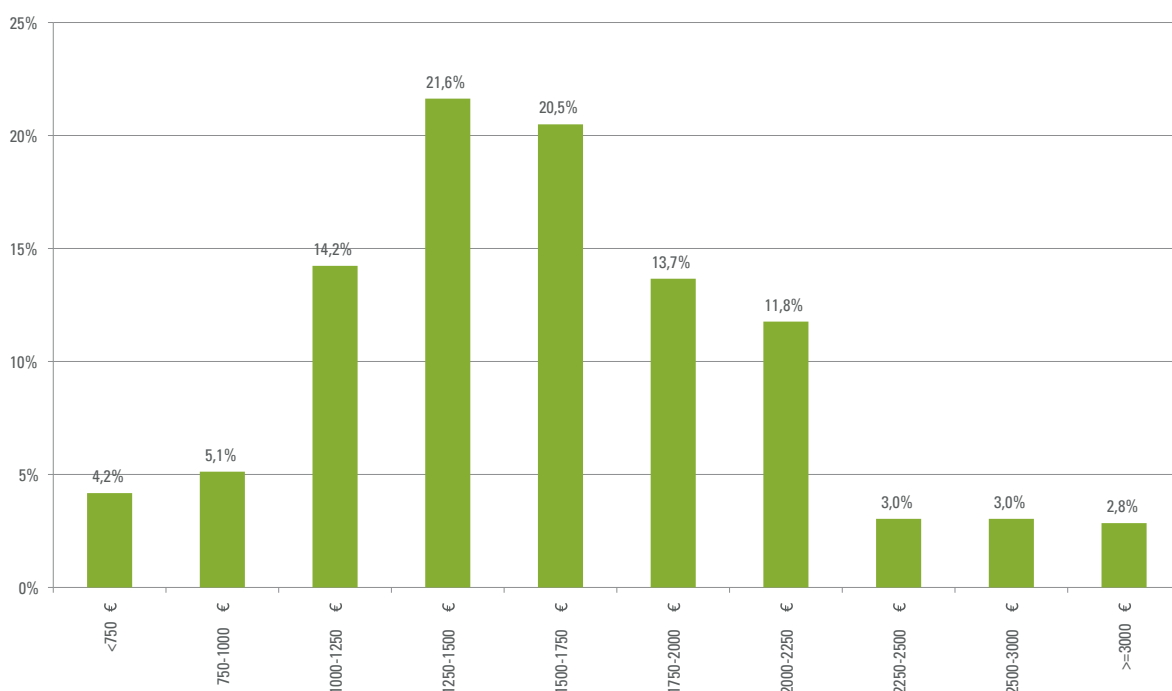
3.1. Wettelijke pensioenen

Hierbij moet worden opgemerkt dat we het hebben over het bedrag dat de gepensioneerde in de werkelijkheid ontvangt (en dus niet het brutobedrag). We vroegen de respondenten (afzonderlijk voor 'P1' en 'P2') om het maandelijkse nettobedrag van hun pensioen in februari 2017 te geven. Hiermee kunnen we de gemiddelde en mediane maandelijkse wettelijke pensioenbedragen berekenen: door de respondenten 'P1' en

Tabel 3: Mediane en gemiddelde nettobedragen voor het wettelijk pensioen

| | Mediaan | Gemiddelde |
|--------|---------|------------|
| "P1" | 1.540 | 1.646 |
| "P2" | 1.458 | 1.445 |
| Totaal | 1.521 | 1.600 |

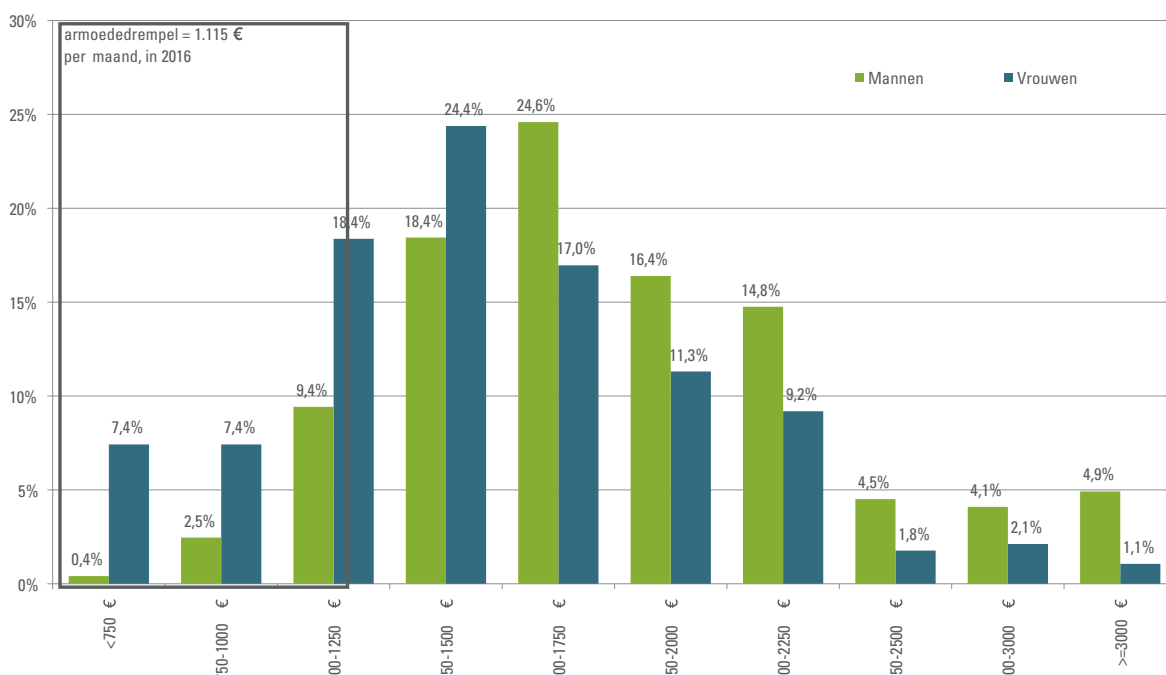
Figuur 2: Maandelijks nettobedrag van het wettelijk pensioen



Als we een onderscheid maken tussen de pensioenbedragen die vrouwen en mannen ontvangen, zien we dat er ongelijkheden bestaan (zie Figuur 3). Vrouwen zijn aanzienlijk meer vertegenwoordigd in de lage pensioenen, terwijl mannen eerder van een hoger pensioen genieten. Wanneer we dit

bekijken in het licht van de armoededrempel of het armoederisico³ voor een alleenstaande (= 1.115 euro per maand in 2016), bevestigt dit de bezorgdheid van vrouwenorganisaties: het zijn vooral vrouwen die financiële problemen ondervinden.

Figuur 3: Maandelijks nettobedrag van het wettelijk pensioen volgens geslacht



Volgens de pensioenstelsels:

- Het is niet verrassend dat ambtenaren van de hoogste pensioenbedragen genieten (mediaan: 1.970 euro per maand), terwijl zelfstandigen de laagste bedragen ontvangen (mediaan: 1.185 euro per maand). Werknemers in de privésector ontvangen een mediaan pensioenbedrag van 1.457 euro per maand. Voor degenen die een gemengde

loopbaan hebben gehad, bedraagt de mediaan 1.331 euro per maand.

- Ongeveer 69% van de 'P1' respondenten geniet van het alleenstaandentarief, dit is 21% van de huishoudens (9% heeft de vraag niet beantwoord).
- Merk op dat 13,7% van de respondenten van onze enquête een overlevingspensioen ontvangt.

³ Volgens de FOD Economie "bedraagt de armoedegrens 60% van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau". Voor SILC 2016 komt dit overeen met de volgende berekening: 60% van 22.295 euro per jaar is voor één persoon gelijk aan een drempel van 13.377 euro per jaar, of 1.115 euro per maand. De armoedegrens voor een huishouden van twee volwassenen en twee kinderen wordt daarom berekend door de drempel voor alleenstaanden te vermenigvuldigen met de factor 2,1 ((13.377 euro * 2,1)/12 = 2.341 euro per maand). Deze factor 2,1 wordt verkregen door een "gewicht" van 1 toe te kennen aan het gezinshoofd, 0,5 aan de tweede volwassene in het huishouden en 0,3 aan elk kind."

Bron: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting>

3.2. Aanvullende pensioenen, verzekeringen en andere inkomstenbronnen

De enquête inventariseert andere inkomstenbronnen dan de wettelijke pensioenen.

- Met betrekking tot de vraag "Ontvangt u een aanvullend pensioen (tweede en derde pijler)⁴":
 - o Ongeveer 25% van de 'P1' respondenten ontvangt een aanvullend pensioen (tweede en/of derde pijler) en/of een levensverzekering. Dit percentage bedraagt ongeveer 15% voor de 'P2' respondenten.
 - o Ongeveer 50% van degenen die deze vraag positief hebben beantwoord, geniet van een groepsverzekering. Een ander "populair" product is het individuele pensioensparen.
- Wat betreft de vraag "Hebt u andere inkomstenbronnen?":
 - o Ongeveer 20% van de respondenten haalt inkomsten uit een belegging en 10% van de respondenten beschikt over

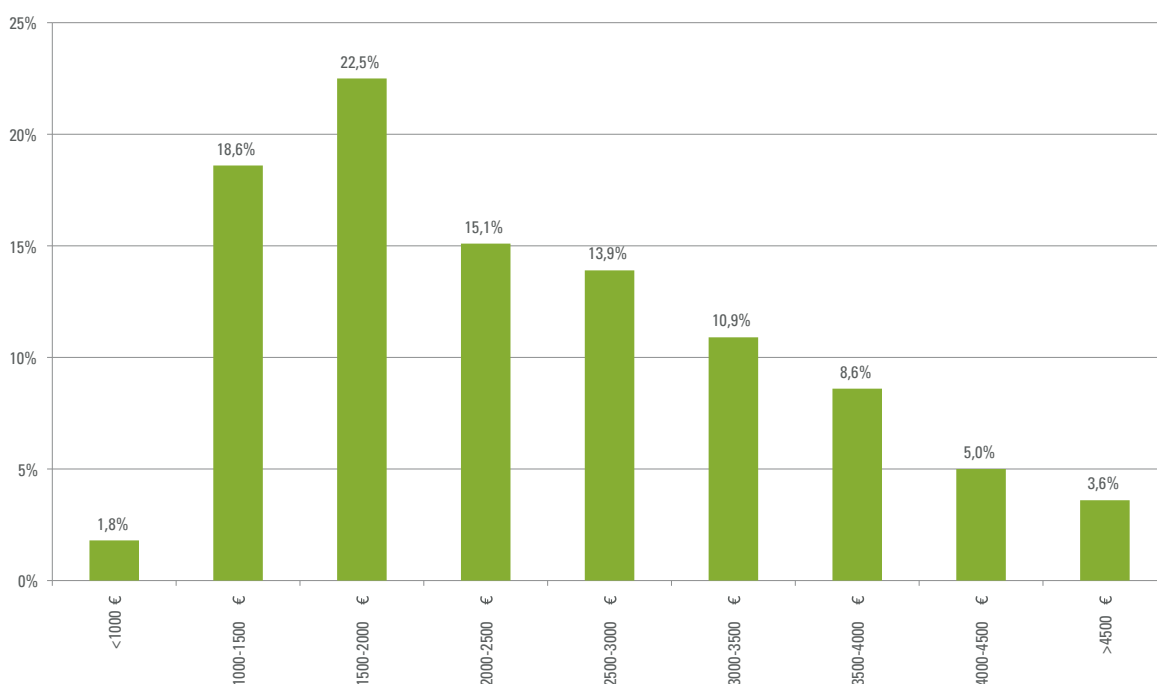
een onroerend goed.

- o Slechts zeer weinig respondenten oefenen een bezoldigde beroepsactiviteit uit (1,4%). Uitkeringen van lijfrente zijn vrijwel onbestaand (0,5%). Hetzelfde geldt voor het gebruik van financiële steun door de familie (0,4%).

3.3. Algemene maandelijkse inkomsten

Daarbij gaat het om het inkomen als geheel (pensioenen + overige inkomsten). Deze schatting kon worden gemaakt voor 338 personen die het totale netto maandelijkse gezinsinkomen hebben opgegeven. We stellen vast (zie Figuur 4) dat 42% van de huishoudens die deze vraag hebben beantwoord 2.000 euro of minder per maand heeft; 29% van de huishoudens heeft tussen de 2.000 en 3.000 euro per maand; 19% heeft tussen de 3.000 en 4.000 euro per maand; en 9% heeft meer dan 4.000 euro per maand.

Figuur 4: Totale NETTObedrag van het maandelijks beschikbaar inkomen



⁴ Traditioneel hebben we in ons land verschillende pensioenpijlers. De 1^e pijler is het wettelijk pensioenstelsel, in het kader van de sociale zekerheid. De 2^e pijler betreft de aanvullende of extralegale pensioenen, opgezet door werkgevers, via een groepsverzekering of een pensioenfonds. Zelfstandigen kunnen hun wettelijk pensioen aanvullen met een "gratis aanvullend pensioenplan". De 3^e pijler is het pensioensparen, op eigen initiatief, dat gekoppeld is aan een belastingvoordeel. Ten slotte wordt naast deze drie pijlers soms ook een 4^e pijler genoemd: men heeft het dan over spaaringsplanningen, zonder belastingvoordelen, op individueel initiatief (een spaarrekening, een persoonlijke of vastgoedbelegging, een levensverzekering, ...).

4. De uitgaven

Het onderzoek maakt het mogelijk om de omvang van de uitgaven voor diverse kostenposten te beoordelen. Merk op dat het onderzoek zich concentreert op de kosten voor "basisbehoeften", zodat geen rekening is gehouden met de kosten voor vrije tijd en cultuur. Alle bedragen worden berekend op het niveau van het huishouden en uitgedrukt op maandbasis.

4.1. Huisvesting en bijkomende kosten (726 euro)

Als we alle kosten met betrekking tot huisvesting (huur of hypotheek, lasten en onderhoudskosten) bij elkaar optellen, bedragen deze kosten gemiddeld 726 euro per maand. Koppels betalen gemiddeld 719 euro per maand, terwijl alleenstaande gepensioneerden gemiddeld 655 euro betalen. De grootte van deze kostenpost varieert uiteraard in functie van het feit of de ondervraagde eigenaar (84% van de huishoudens) of huurder is van zijn woning. Eigenaars geven 680 euro per maand uit, huurders 965 euro per maand.

Enkele details over de gemaakte kosten:

- Huurders betalen gemiddeld 620 euro huur per maand. Voor koppels is dit 760 euro en voor alleenstaanden 552 euro.
- In totaal vermeldden 50 personen een hypotheekaflossing (12% van onze steekproef). Gemiddeld bedraagt deze aflossing 443 euro per maand. Of men nu alleen woont of met een partner, heeft geen significante invloed op dit bedrag.
- Gemiddeld betalen huishoudens 372 euro per maand aan woonlasten. Opnieuw merkt men het verschil tussen alleenstaanden (314 euro) en koppels (364 euro). Deze bedragen

dekken de kosten voor water, elektriciteit, verwarming, mede-eigendom, TV, telefoon, internet, ...

- Ook de onderhoudskosten van woningen wegen op het huishoudbudget, zoals het gebruik van dienstencheques, diverse werkzaamheden en onderhoudswerkzaamheden, het verbeteren van de toegankelijkheid of de aanschaf van meubilair. De gepensioneerden die deelnamen aan het onderzoek schatten de kosten voor het onderhoud van hun woning op 204 euro per maand. Voor alleenstaanden is dit 163 euro, voor koppels 243 euro.

4.2. Gezondheid (164 euro)

86% van de huishoudens gaf aan gemiddeld 164 euro per maand te besteden aan gezondheidszorg. De waargenomen variatie is zeer groot. Het 1^e kwartiel (25%) van de huishoudens die het minst uitgeven, betaalt 31 euro per maand. Het laatste kwartiel (25%) van de huishoudens die het meeste uitgeven, betaalt 166 euro per maand. En de laatste 5% van de huishoudens met de hoogste tarieven betalen 517 euro per maand. De mediaan ligt op 83 euro.

Wanneer we een onderscheid maken tussen koppels en alleenstaanden: eerstgenoemden betalen gemiddeld 175 euro per maand voor hun gezondheidskosten, terwijl laatstgenoemden 136 euro betalen. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat sommige gezondheidsuitgaven ten goede komen aan beide personen in het huishouden.

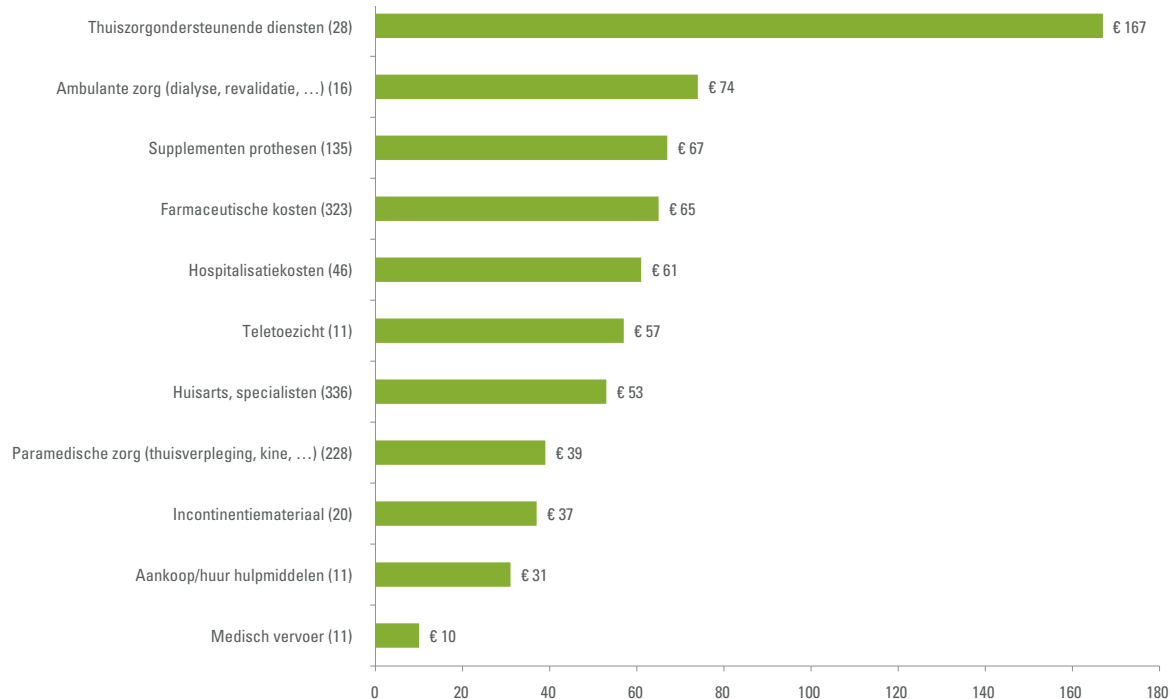
Figuur 5 geeft een meer gedetailleerd beeld van de kosten. In deze grafiek worden alleen de respondenten opgenomen die deze uitgaven wel hadden.

- De duurste kostenpost is thuiszorg en hulpdiensten. Dit omvat gezinshulp, warme maaltijden thuis, enz. Voor degenen die er gebruik van maken (d.w.z. 28 personen die

uitgaven op dit gebied hebben gedeclareerd) komt dit neer op een gemiddelde van 167 euro per maand.

- Supplementen voor 'prothesen' betreffen een groot aantal respondenten (135, of 24% van de steekproef). Deze omvatten alles wat te maken heeft met tandheelkundige, gehoor-, visuele, orthopedische, enz. problemen.

Figuur 5: Maandelijks gezondheidskosten, per kostenpost, uitsluitend rekening houdend met de reële consumenten - met tussen haakjes het aantal daarvan.



4.3. Kleding (57 euro) en boodschappen (542 euro)

In onze enquête vroegen we aan de respondenten om hun uitgaven aan kleding in te schatten. Gemiddeld geven gepensioneerde huishoudens 57 euro per maand uit aan kleding en schoenen. Afhankelijk van het feit of men alleen of met z'n tweeën is, variëren de kosten van 33 euro voor alleenstaanden tot het dubbele (75 euro voor koppels).

We vroegen respondenten ook om een schatting te maken van het gemiddeld maandelijks bedrag van hun boodschappen voor eten, drinken, schoonmaakmiddelen... alles wat zich in een typische winkelkar bevindt. Gemiddeld vertegenwoordigen deze aankopen 542 euro per maand. Zoals bij de kleding, geven koppels twee keer zoveel uit als alleenstaanden: 701 euro voor de eerste en 364 euro voor de laatste.

4.4. Mobiliteit (160 euro)

80% van onze huishoudens bezit een wagen. De totale uitgaven voor mobiliteit (financiering en onderhoud van het voertuig, brandstof, openbaar vervoer, ...) bedragen gemiddeld 160 euro per maand. Deze kosten kunnen variëren van 50 euro per maand voor degenen die het minst aan mobiliteit besteden tot 375 euro voor degenen die het meest uitgeven. Alleenstaanden geven gemiddeld 93 euro per maand uit aan mobiliteit, koppels 193 euro.

4.5. Verzekeringen (171 euro)

We hebben een breed verzekeringspakket in acht genomen: levensverzekering, autoverzekering, privé hospitalisatieverzekering (afgesloten bij een commerciële verzekeringsmaatschappij), brandverzekering, verzekering burgerlijke aansprakelijkheid, aanvullende ziekenfondsverzekering. Voor onze huishoudens bedragen de verzekeringskosten gemiddeld 171 euro per maand. Deze verzekeringen wegen zwaarder op het budget van alleenstaanden, die 120 euro per maand betalen, terwijl koppels gemiddeld 213 euro betalen.

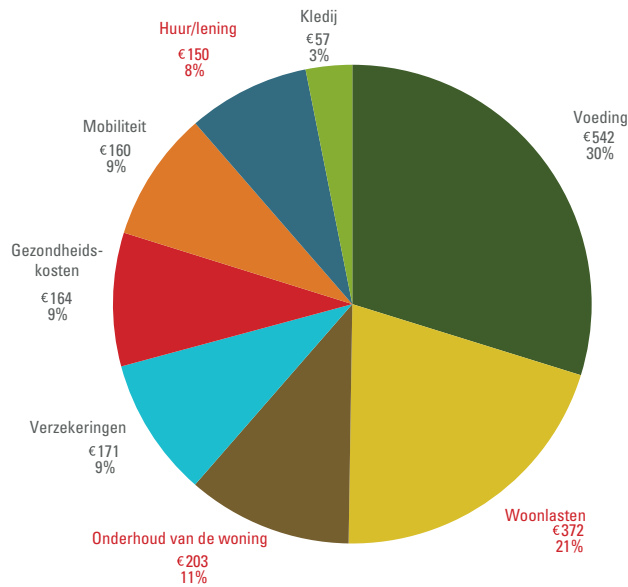
4.6. De totale uitgaven

Om een schatting te maken van de totale maandelijks kosten, tellen we de totale geïnventariseerde kosten (gezondheid, huisvesting, mobiliteit, verzekering, kleding en boodschappen) van alle respondenten op. De totale uitgaven (voor de punten 4.1 tot en met 4.5) worden derhalve gemiddeld op 1.820 euro per maand geraamd. Voor alleenstaande gepensioneerden is dit bedrag 1.402 euro; voor huishoudens van gepensioneerden die samenwonen is dit 2.078 euro.

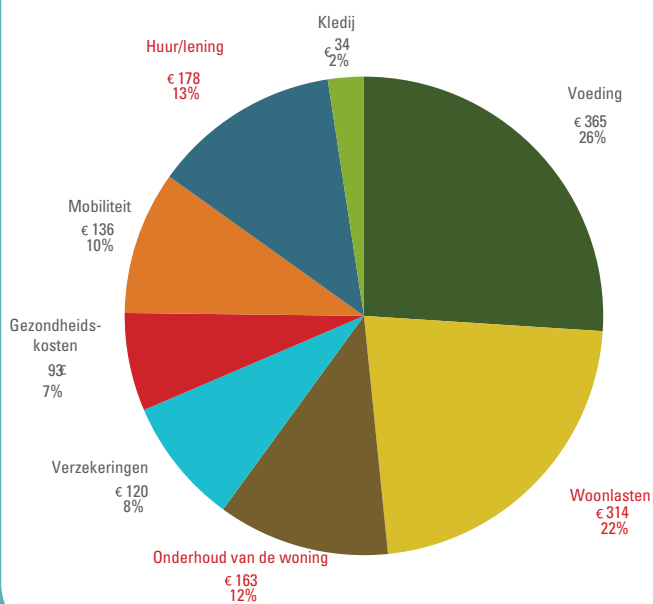
De Figuren 6, 7 en 8 geven de structuur van deze uitgaven weer voor respectievelijk alle huishoudens, alleenstaande gepensioneerden en gepensioneerde koppels. Huisvesting is de 1^e kostenpost: als we de kosten in verband met huur, leningen,

uitgaven en onderhoud bij elkaar optellen, vertegenwoordigt huisvesting meer dan 40% van de kosten van de huishoudens van gepensioneerden. Voeding is de op één na grootste kostenpost en vertegenwoordigt ongeveer 30% van de uitgaven.

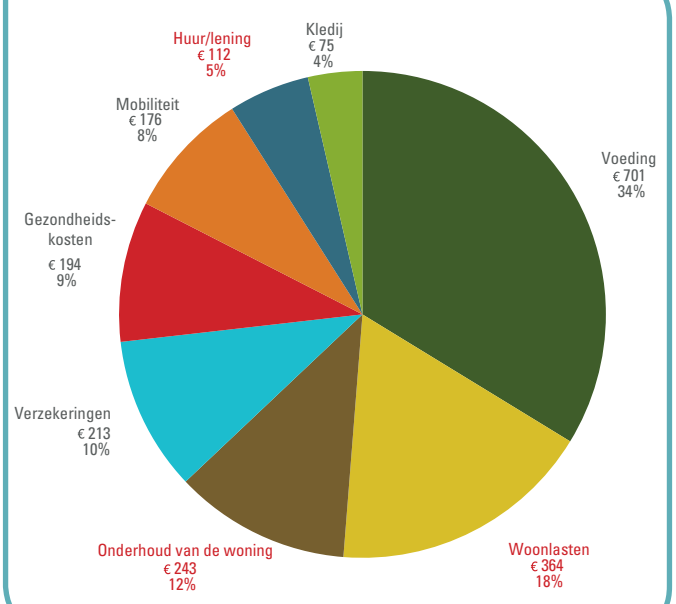
Figuur 6: Uitgavenstructuur voor alle huishoudens (gemiddelde)



Figuur 7: Uitgavenstructuur voor alleenstaande gepensioneerden (gemiddelde)



Figuur 8: Uitgavenstructuur voor gepensioneerde koppels (gemiddelde)



Bij deze kosten komen nog de extra belastingen die door bepaalde gepensioneerden worden betaald. 70% van de respondenten gaf aan bijkomende belastingen te moeten betalen in het belastingjaar 2016. Men bedoelt hiermee de opcentiemen op de onroerende voorheffing, de roerende

voorheffing voor eigenaars en diverse lokale belastingen (afvalwater, vuilnis, enz.). In totaal bedraagt het gemiddelde van al deze extra belastingen 178 euro per maand (158 euro voor koppels, 181 euro voor alleenstaanden).

5. Levenskwaliteit

We proberen de levenskwaliteit van gepensioneerde huishoudens te begrijpen aan de hand van verschillende indicatoren die betrekking hebben op hun financiële situatie: beschikken ze nog over een geldreserve? Of ondervinden ze behoefte indien de middelen te beperkt zijn? En lopen zij het risico geen beroep te kunnen doen op hulp van buitenaf indien nodig?

5.1. Geldreserves?

Hebben gepensioneerde huishoudens een geldreserve voor andere dan de hiervoor genoemde kosten? 58% geeft aan een geldreserve te hebben na het betalen voor alle bovenstaande kostenposten en **35% geeft aan geen geldreserve te hebben**.

Waarom wordt de geldreserve besteed, als ze voorhanden is? De meest frequente antwoorden zijn: in de eerste plaats de financiering van reizen (64%) en vervolgens cadeaus voor familieleden (59%), vrije tijd (56%), culturele activiteiten (54%). Sparen kwam op de 5^e plaats (54%).

5.2. Financiële moeilijkheden en behoefte?

32% van de huishoudens meldde een moeilijke situatie gezien hun inkomen. Dit percentage loopt op tot 43% voor alleenstaande gepensioneerden, en daalt tot 20% voor gepensioneerde koppels.

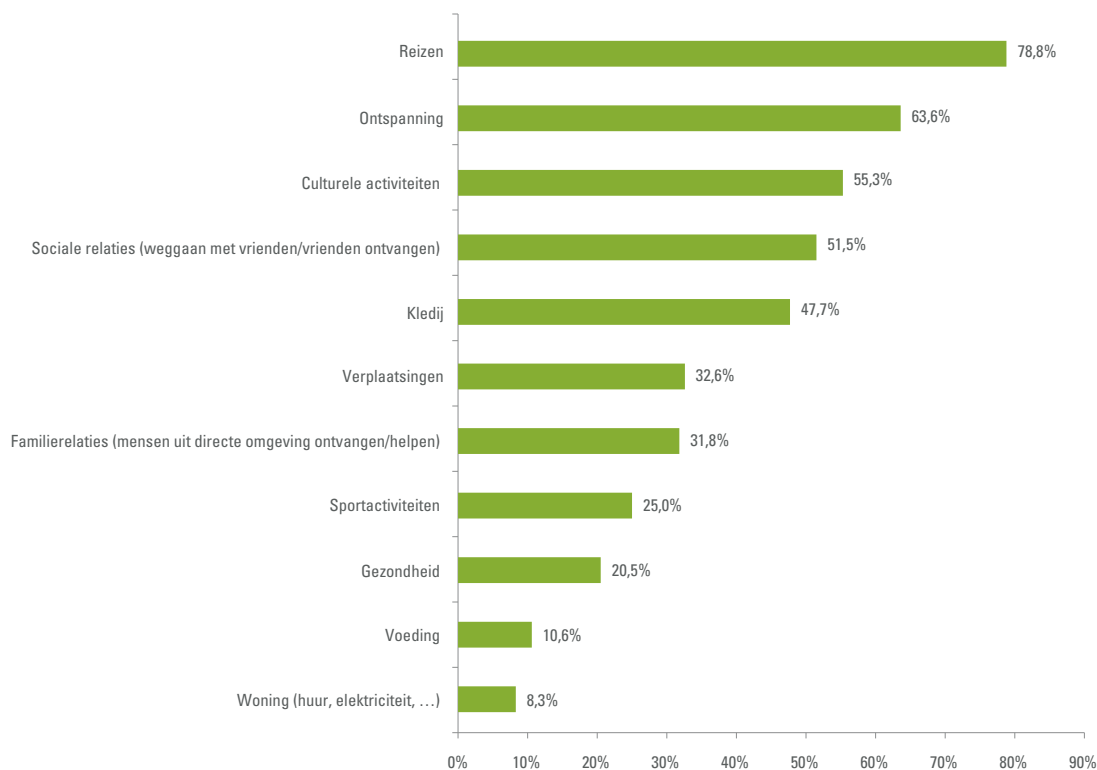
Betekent dit dat deze huishoudens zich dingen moeten ontfemen? Zo ja, welke? De rangorde wordt weergegeven in Figuur 9. De gepensioneerden moeten zich vooral reizen ontfemen (79%). Diverse vrijetijdsactiviteiten (64%), culturele activiteiten (54%) en sociale relaties (52%) volgen op korte afstand. De uitgaven waarvan respondenten zichzelf het minst ontfemen, zijn huisvesting en voeding. We willen er echter op wijzen dat een vijfde van de kansarme gezinnen de broeksriem aanhaalt op het gebied van gezondheid en sport en dat nog meer huishoudens (32%) niet in staat zijn hun familie de aandacht en de steun te geven die zij zouden willen geven.

Wat de gezondheid betreft, geeft het onderzoek nog preciezer indicaties. Bij de inventarisatie van de gezondheidskosten hebben we gepensioneerden gevraagd of er zaken zijn met betrekking tot gezondheid waarvan zij, of hun gezinsleden, zich moeten ontfemen.

- We stellen vast dat 11% van de respondenten geen gebruik maakt van supplementen voor 'protheses' (brillen, zolen, orthopedisch schoeisel, enz.). We kunnen ervan uitgaan dat deze uitgaven gemakkelijker kunnen worden ontfemd tot de financiële situatie verbetert, of een verandering in de gezondheid dit vereist.
- Vervolgens: 7% moet afzien van paramedische zorg, 6% van medische bezoeken, 5% van thuiszorg, 4% van farmaceutische kosten en 5% van overige kosten⁵.

⁵ In deze categorie hebben we de aankoop of huur van sanitair (bedden...), poliklinische zorg (functionele revalidatie, dialyse, ...), ambulance- of medisch vervoer, incontinentiemateriaal, hospitalisatiekosten en telemonitoring gegroepeerd.

Figuur 9: "Als u zich in een moeilijke situatie bevindt, op welke domeinen moet u zich zaken ontzeggen?"



5.3. Hoeveel zou het kosten om deze behoefte niet te ondergaan?

We hebben de gepensioneerden gevraagd om in te schatten hoeveel ze maandelijks missen om deze behoeftigheden te voorkomen. Het mediane bedrag is 350 euro (alleen rekening houdend met de werkelijke respondenten). Het is interessant op te merken dat twee keer zoveel alleenstaanden deze vraag beantwoordden als koppels. Zoals we hierboven hebben gezien, maken alleenstaande gepensioneerden inderdaad veel vaker melding van een moeilijke inkomenssituatie.

5.4. Risico van isolement?

We willen bepalen in hoeverre de huishoudens in onze steekproef het gevoel hebben dat ze kunnen rekenen op een sociaal netwerk in geval van financiële zorgen (bijvoorbeeld in het geval van een onverwacht gezondheidsprobleem dat

aanzienlijke kosten met zich meebrengt) of in het geval van materiële zorgen (bijvoorbeeld hulp bij het winkelen of om hen naar de dokter te begeleiden als ze dat nodig hebben).

- Op de vraag "Beschikt u over een sociaal netwerk dat u financieel kan helpen als u het nodig hebt?" **antwoordde 65% "neen"** en 23% "ja".
- Op de vraag "Beschikt u over een sociaal netwerk dat u materieel kan helpen als u het nodig hebt?" **antwoordde 49% "neen"** en 40% "ja".
- Het is interessant om de antwoorden op de twee bovenstaande vragen te combineren. Hoeveel huishoudens beschikken over financiële en/of materiële steun? Hoeveel zonder enige steun? Een vijfde van onze steekproef kan rekenen op mantelzorg om hen te helpen in geval van financiële of materiële problemen. **Maar 47% kan op niemand rekenen, of heeft in ieder geval het gevoel dat ze op niemand kunnen rekenen.** Dit cijfer is enorm en betekent dat bijna de helft van onze steekproef niet de nodige hulp durft te vragen en daardoor het risico loopt sociaal geïsoleerd te raken.

6. Besluit

Sommige pensioenen zijn uiteraard comfortabel. Sommigen zetten een bedrag opzij voor reizen en vrije tijd. Wanneer de woning is afbetaald, is het soms gemakkelijker om de eindjes aan elkaar te knopen. Maar voor anderen is het geen sinecure om gepensioneerd te zijn: beperkte inkomens, financiële moeilijkheden, materiële ontbering, armoederisico, risico om geen beroep te kunnen doen op hulp van familieleden. De personen in financiële moeilijkheden schatten dat zij 350 euro (mediaanbedrag) nodig zouden hebben om fatsoenlijk te kunnen leven.

Helaas moeten we daaraan toevoegen: *Nihil novi sub sole*. Niets nieuws onder de zon. Het onderzoek sluit aan bij veel van de bevindingen die in 2011 al zijn vastgesteld. Ondertussen hebben de inflatie, de daling van de inkomsten uit spaargeld als gevolg van de financiële crisis niet geholpen: de koopkracht van gepensioneerden is verder verminderd... Dit alles ondersteunt de stelling van Énéo: het wettelijk pensioen moet met voorrang worden geconsolideerd en versterkt. Hoe? Door te waken over de financiering van de sociale zekerheid (waarom niet via een algemene sociale bijdrage?), door te vermijden dat de ontwikkeling van aanvullende pensioenen ten koste gaat van de wettelijke pensioenen, door een wettelijk pensioenstelsel te handhaven dat het principe van de "vaste uitkering" respecteert (de hoogte van het pensioen is vooraf gekend) en waarvan de financiering gebaseerd is op het principe van herverdeling (de garantie van een sterke intergenerationele solidariteit).

Deze studie geeft ook een aandachtspunt aan voor CM: de ziektekosten die de gepensioneerden na terugbetaling door hun ziekenfonds uit eigen zak moeten betalen, vormen een aanzienlijk bedrag: ongeveer 164 euro per maand. Ook hier moeten inspanningen worden geleverd met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Voor mensen met een bescheiden inkomen wegen de remgelden en toeslagen zwaar op het budget.

Bibliografie

Onderzoeksresultaten 2017:

Eraly H, Naïto K, Andrienne P. 2018. Pension et niveau de vie: résultats de l'étude d'Énéo de 2017. *Balises - Journal des cadres d'Énéo, mouvement social des aînés*. **60** : 6-38.

Beschikbaar op: https://www.eneo.be/images/balises/Balises_60.pdf

Onderzoeksresultaten 2011:

Royen C, Overlot M-J, Naïto K, Moinil F, Pietquin P, Possemiers F. 2011. Pension et niveau de vie. *Balises - Journal des cadres de l'UCP, mouvement social des aînés*. **35** : 3-28.

Beschikbaar op: https://www.eneo.be/images/balises/Balises_35.pdf

Royen C, Overlot MJ, Naïto K, Moinil F, Avalosse H, Pietquin P, Possemiers F. 2012. Pension et niveau de vie. Une étude de l'UCP, mouvement social des aînés. *CM-Informatie*. **248** : 14-25.

Beschikbaar op: https://www.mc.be/media/mc-informations_248_juin_2012_tcm101-33154.pdf

1. Welke geestelijke gezondheidszorg voor ouderen?

Vergrijzing en geestelijke gezondheid: twee thema's die bijzonder onderhevig zijn aan taboe en stigmatisering. In antwoord op de toenemende behoefte op dit specifieke gebied, heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) echter besloten om een uitgebreid rapport te wijden aan de kwestie van de geestelijke gezondheid van ouderen met de hoofdvraag: "Is er behoefte aan een gespecialiseerd netwerk voor geestelijke gezondheidszorg voor ouderen?". Hoewel jongeren en volwassenen in België over specifieke netwerken voor geestelijke gezondheidszorg beschikken, met name via de hervorming psy 107, is dit niet het geval voor ouderen. Is dit noodzakelijk?

De kwestie is verre van eenvoudig. Hoewel een gespecialiseerd netwerk "op maat" voor ouderen de kwaliteit van de zorg voor patiënten met complexe combinaties van psychologische, cognitieve, functionele, fysieke, sociale en gedragsproblemen zeker zou maximaliseren, worden in het verslag drie belangrijke obstakels voor de implementatie ervan belicht:

- Voor zeer gespecialiseerde netwerken is een groot aantal bekwaame (medische en paramedische) gezondheidswerkers nodig. In de context van een tekort aan professionals opgeleid in de gerontopsychiatrie zou de implementatie van een hypergespecialiseerd netwerk echter kunnen leiden tot extra vertragingen in de detectie van behoeften en in de behandeling van problemen.
- Ouderen vormen een uiterst heterogeen publiek, waardoor het bijna onmogelijk is om een netwerk op te zetten op basis van een strikt leeftijdscriterium. Hun specifieke behoeften variëren immers eerder naargelang van hun kwetsbaarheid en hun pathologisch profiel dan naargelang van hun chronologische leeftijd. Bovendien kan een dergelijk systeem ook de continuïteit van de zorg in gevaar brengen wanneer patiënten de leeftijdsgrens bereiken. De overgang tussen netwerken zou dan ook een groot struikelblok zijn in een stelsel met gescheiden netwerken.
- In een systeem van duidelijk afgebakende netwerken zou het stigma tegen psychische aandoeningen en ouderdom kunnen worden versterkt.

Ondanks deze moeilijkheden doet het KCE een reeks aanbevelingen voor een beter beheer van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen.

Een multidisciplinaire aanpak en versterkte samenwerking tussen de verschillende professionals

Een nauwe samenwerking tussen professionals in de geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnszorg, geriatrie,

spoeddiensten en de sociale sector verbetert de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Het gebruik van de BelRAI-tool en de aanwezigheid van een casemanager maken het mogelijk hieraan bij te dragen.

Verduidelijking en versterking van de rol van eerstelijnsactoren

Eerstelijnspecialisten, met name huisartsen, thuiszorg en ondersteunende diensten, spelen een sleutelrol bij het opsporen en de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. Naast het versterken van de samenwerking tussen deze actoren is het essentieel om hen specifieke vorming te bieden en de ondersteuning van professionals gespecialiseerd op het gebied van de gerontopsychiatrie.

Laagdrempelige zorg verlenen in diensten voor geestelijke gezondheidszorg en de mobiele psychiatrische teams versterken (artikel 107)

In België wordt opgemerkt dat centra geestelijke gezondheidszorg (CGG) moeite hebben om de doelgroep van ouderen te bereiken, met name vanwege de mobiliteitsproblemen van dit publiek. Een aantal gerichte initiatieven, gesteund door de federale overheid, zijn er niettemin in geslaagd om deze situatie te verbeteren; hun gemeenschappelijk kenmerk lijkt te zijn dat ze professionals toelaten om te interveniëren op de woonplaats van de oudere (met inbegrip van woonzorgcentra). Het KCE beveelt daarom aan de opdrachten van de CGG op het gebied van ouderen te ondersteunen, met name door een grotere mobiliteit van zorgverleners mogelijk te maken (meer huisbezoeken).

Anderzijds kunnen mobiele psychiatrische teams gespecialiseerd in ouderenzorg een toegevoegde waarde vormen voor de ondersteuning van bestaande teams voor "volwassenen". Ze verbeteren de kwaliteit van de ouderenzorg bij complexe problemen.

Aanpakken van het tekort aan verpleegbedden in instellingen

Om het hoofd te kunnen bieden aan de behoeften aan acute zorg van oudere patiënten met psychische problemen die niet of niet langer in de gemeenschap kunnen worden behandeld, moet er hospitalisatie in de algemene psychiatrie, psychogeriatrische of geriatrie diensten (afhankelijk van het profiel van de patiënt) beschikbaar zijn. Om het tekort aan plaatsen aan te pakken en te zorgen voor een holistische zorg

in algemene ziekenhuizen, zouden somatische liaisonsteams ondersteuning kunnen bieden aan professionals van psychiatrische diensten voor volwassenen, terwijl er liaisonsteams zouden kunnen worden opgericht die gespecialiseerd zijn in de psychiatrie van ouderen om personeel in niet-psychiatrische diensten te ondersteunen.

Aanbieden van op leeftijd afgestemde huisvestingsmogelijkheden tussen de sectoren geestelijke gezondheid en langdurige zorg.

Gespecialiseerde mobiele teams van het type 107 moeten kunnen ingrijpen in de woonzorgcentra om het personeel te ondersteunen en op te leiden in de zorg voor ouderen met psychische problemen in hun leefomgeving. Specifieke eenheden voor ouderen met gedragsproblemen bieden een kans om de zorg voor deze kwetsbare bevolkingsgroep te verbeteren.

Globaal formuleert het KCE andere, meer algemene aanbevelingen.

Bewustmaking en vroegdetectie

Er zijn aanvullende voorlichtingscampagnes nodig om het publiek en de gezondheidswerkers bewuster te maken van de geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen. Systematische screening op psychische gezondheidsproblemen kan worden overwogen in woonzorgcentra.

Actief partnerschap met patiënten en mantelzorgers

Ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun mantelzorgers moeten worden betrokken bij de planning van zorg en behandeling. De ondersteuning en erkenning van mantelzorgers moet worden versterkt.

Opleiding van zorg- en hulpprofessionals

Om een goede kwaliteit van de zorg te garanderen, is het noodzakelijk dat de verschillende hulpverleners over specifieke vaardigheden en competenties in de psychiatrie van ouderen beschikken. Dit betekent dat er specifieke opleidingen moeten worden georganiseerd.

Ontwikkeling en verspreiding van praktijken gebaseerd op wetenschappelijke gegevens (evidence based practices) en betere gegevensverzameling

De zorg voor de specifieke behoeften van ouderen kan worden verbeterd door de ontwikkeling en verspreiding van evidence based practices. Om dergelijke praktijken te ontwikkelen, moet de gegevensverzameling over geestelijke gezondheidszorg voor ouderen worden geoptimaliseerd.

Bron:

<https://kce.fgov.be/nl/hoe-de-organisatie-van-geestelijke-gezondheidszorg-voor-ouderen-verbeteren>

2. Euro Health Consumer Index 2017

Sinds 2006 publiceert de Health Consumer Powerhouse (HCP), een Zweedse denktank over gezondheidsbeleid, de Euro Health Consumer Index (EHCI). Deze publicatie bestaat uit een vergelijkende studie van de gezondheidszorgstelsels in 35 Europese landen, met een ranglijst van de onderzochte landen. Volgens de auteurs zijn de belangrijkste aspecten van de gezondheidszorg vanuit het oogpunt van de gebruiker en de patiënt (klantgerichtheid en gebruiksvriendelijkheid) onderzocht om een beter inzicht te krijgen in de gezondheidszorgstelsels in Europa, de patiëntemancipatie te versterken en zwakke punten in het systeem te bepalen en aan te pakken.

De EHCI 2017 werd gepubliceerd op 29 januari 2018. België staat op de achtste plaats op de ranglijst van de beste gezondheidszorgstelsels in Europa. Dit is echter een achteruitgang ten opzichte van de resultaten van het voorgaande jaar: in 2016 stond België op de vijfde plaats. Dit teleurstellende resultaat houdt meer verband met het feit dat de landen aan de top van de ranglijst (meer dan 800 van de 1.000 mogelijke punten) scores hebben die dicht bij elkaar liggen (12 van de 35 landen hebben een score van meer dan 800 punten), waardoor de plaats op de ranglijst kan variëren zonder dat dit noodzakelijkerwijs verband houdt met een verslechtering van het gezondheidsstelsel. Dit is echter zeker een weerspiegeling van het feit dat ons gezondheidsstelsel langzamer vooruitgang heeft geboekt dan landen die dicht bij ons op de ranglijst staan.

Ons land wordt voorafgegaan door Nederland, dat de ranglijst aanvoert, Zwitserland, Denemarken, Noorwegen, Luxemburg, Finland en Duitsland. Helemaal onderaan de lijst staan Bulgarije, Roemenië, Griekenland, Litouwen en Hongarije. De index is samengesteld aan de hand van 48 indicatoren, gegroepeerd in zes subcategorieën: de rechten en voorlichting van de patiënt, de toegang tot zorg, de resultaten van de behandeling ("outcomes"), het aanbod en de omvang van de verleende diensten, preventie en geneesmiddelengebruik.

Ons land behaalt een zeer goede score, in het bijzonder op het vlak van de toegankelijkheid van de zorg, waar het op de derde plaats staat. Onze gezondheidszorg wordt beschreven als "waarschijnlijk de meest genereuze gezondheidszorg in Europa". Volgens de ECHI heeft België dit jaar echter geen vooruitgang geboekt op het vlak van wachttijden voor behandeling, in tegenstelling tot vorig jaar, toen er vooruitgang was voor alle indicatoren in deze categorie.

Daarentegen behoort België tot de gemiddeld presterende landen wat betreft de resultaten op het vlak van verschillende medische behandelingen. Op dit gebied delen we de twaalfde

plaats met Oostenrijk en Portugal. Volgens de studie zijn er, in vergelijking met andere landen, nog gebieden die voor verbetering vatbaar zijn, met name wat betreft het aantal depressies, sterfgevallen door kanker en sterfgevallen door beroerten en hartaanvallen.

Ook op het vlak van preventie schittert België niet (het deelt de veertiende plaats met verschillende andere landen). Wat het alcoholgebruik betreft, zijn de resultaten van ons land bijzonder slecht. Het rapport geeft aan dat België het ook beter zou kunnen doen op het vlak van lichaamsbeweging, vaccinatie tegen HPV en preventie van verkeersdoden. Omdat het antibioticagebruik in ons land hoog is, behalen we ook voor deze variabele een ongunstige score.

De gegevens die in de EHCI-studie zijn gebruikt, zijn voornamelijk afkomstig van nationale en internationale instanties (waaronder de OESO en de WHO) en van een online-enquête voor patiëntenorganisaties. In totaal namen 612 patiëntenorganisaties deel aan het onderzoek. De op basis van officiële gegevens verkregen score werd (alleen) aangepast wanneer de bijdrage van deze organisaties betrekking had op een situatie die radicaal verschilde van die van de nationale instanties.

De in de EHCI-studie gebruikte methodologie kan echter op veel punten worden bekritiseerd.

De EHCI werkt aan de hand van drie mogelijke prestatiescores: goed, middelmatig en eerder slecht, met (machinaal?) vastgestelde grenswaarden tussen de verschillende scores voor elke indicator. "Goed" levert drie punten op, "middelmatig" twee punten en "eerder slecht" één punt. Landen die (zeer) vergelijkbare prestaties hebben voor een bepaalde indicator zullen daarom soms verschillende scores krijgen als ze zich net aan de andere kant van de grenswaarden bevinden (bv. 69,6% tegen 70%). Elk jaar kunnen de "drempelwaarden" worden herzien wanneer landen hun prestaties verbeteren (om te voorkomen dat iedereen uiteindelijk in de categorie "goed" valt).

Omdat niet alle indicatoren even belangrijk of zwaar worden geacht, is een wegingsfactor ingevoerd op basis van discussies in fora van deskundigen en de ervaring die is opgedaan met onderzoeken van patiëntenverenigingen. Het verschil in weging tussen sommige indicatoren in verschillende subcategorieën is echter niet altijd gerechtvaardigd (zo telt het overleven van kanker voor minder punten dan de directe toegang tot een specialist).

Wat de selectie van indicatoren betreft, kunnen deze tot één van de volgende twee categorieën behoren: sommige weerspiegelen een evolutie (positief of negatief) in de tijd, andere een situatie op een gegeven moment. Dit heeft tot gevolg dat sommige belangrijke verbeteringen bijvoorbeeld niet worden gewaardeerd in het verslag.

Bron: <https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017/>

3. De vergrijzing van de Belgische bevolking zal zich vanaf 2040 stabiliseren door het geleidelijke einde van het babyboom-effect.

In februari 2018 publiceerde het Federaal Planbureau zijn bevolkingsprojecties 2017-2070 voor België. Uit deze nieuwe prognose blijkt het einde van het babyboom-effect na 2040 en bepaalde regionale verschillen. Als de werkhypothese kloppen, zal België in 2070 13,4 miljoen inwoners tellen.

We herinneren eraan dat de bevolkingsgroei wordt berekend door het natuurlijke bevolkingssaldo (verschil tussen het aantal geboorten en het aantal overlijdens) en het migratiesaldo (verschil tussen het aantal immigranten en het aantal emigranten) bij elkaar op te tellen. Vanaf 2055, na het volledig verdwijnen van de babyboomgeneraties geboren na de Tweede Wereldoorlog, daalt het aantal overlijdens. Het natuurlijke bevolkingssaldo zou dan opnieuw de belangrijkste bepalende factor worden voor de bevolkingsgroei in België, iets wat sinds het begin van de jaren negentig niet meer werd waargenomen. Sindsdien wordt de groei van de Belgische bevolking grotendeels veroorzaakt door het internationale migratiesaldo.

De demografische hypothesen die voor deze prognose werden gebruikt, zetten de waargenomen trends voort en kunnen als volgt worden samengevat:

- een internationale migratie van buitenlanders die oploopt tot 120.000 immigranten en 100.000 emigranten per jaar;
- een levensverwachting die in 2070 stijgt tot 90 jaar voor vrouwen en 88 jaar voor mannen;
- een gemiddelde van 1,9 kinderen per vrouw in 2070.

Tussen nu en 2040 kan men een stijging van de afhankelijkheidsratio waarnemen. De Belgische bevolking telt momenteel één persoon van 67 jaar en ouder voor elke vier personen tussen 18 en 66 jaar. Deze verhouding neemt gestaag toe tot 2040 en stabiliseert zich vervolgens op 1 op 2,6 na het geleidelijk verdwijnen van de babyboomgeneratie. Anderzijds gaat de vergrijzing van de bevolking gepaard met een daling van de gemiddelde omvang van de gezinnen in België.

De bevolkingsgroei in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (+22% tussen 2017 en 2070) is hoger dan de bevolkingsgroei die in de andere gewesten wordt verwacht (+19,6% voor het Vlaams Gewest en +16,6% voor het Waals Gewest). Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest trekt een groot deel buitenlandse migranten aan (ongeveer 30% van de internationale immigratie van buitenlanders), waaronder veel mensen in de vruchtbare leeftijd. De leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking is en blijft aanzienlijk jonger dan die van de andere twee gewesten.

De bevolkingsgroei in de gewesten wordt ook bepaald door interregionale migratie. Dit heeft de bevolking van het Waals en het Vlaams Gewest opgeblazen, maar de bevolkingsgroei in het

Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertraagd. Merk op dat Vlaanderen sinds 2014 nog meer inwoners uit Brussel en Wallonië aantrekt. Met deze ontwikkeling wordt rekening gehouden in de prognoses, die het interne migratie-evenwicht van het Vlaams Gewest (en bijgevolg zijn demografische groei) licht stimuleert ten nadele van de andere twee gewesten.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest onderscheidt zich ook door de verwachte verandering in de gemiddelde omvang van de gezinnen. In tegenstelling tot de andere twee gewesten zal de gemiddelde omvang van de Brusselse huishoudens tegen 2070 toenemen. In vergelijking met de vorige prognose zal de bevolkingsgroei

van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op lange termijn lager liggen, voornamelijk door de volgende factoren:

- De internationale immigratie zou iets minder geconcentreerd zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
- Het aandeel immigranten uit Europese landen neemt af. De immigratie uit deze landen is echter meer geconcentreerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Bron:

<https://www.plan.be/press/communique-1751-nl-vanaf+2040+blijft+de+vergrijzing+van+de+belgische+bevolking+stabiel+door+de+geleidelijke+uitdoving+van+het+babyboomeffect>

Inhoud

Redactioneel 2

Eerstelijnszorg 3

Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België

Patiëntenrechten 16

Actie patiëntenrechten 2018: analyse ziekenhuiswebsites

Ziekenfondsen 25

Administratiekosten van de landsbonden

Ouderen 36

Pensioen en levenskwaliteit

CM in het kort 48

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op: <http://www.cm.be/> CM-Informatie.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

| | |
|-----------------------------------|---|
| Verantwoordelijke uitgever | Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen |
| Hoofdredactie | Michiel Callens |
| Eindredactie | Rebekka Verniest en Mieke Hofman |
| Layout | grafische vormgeving LCM |
| Druk | Artoos |
| Retouradres | LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel |