



CM-memorandum verkiezingen 2019 Voor gezondheid en welzijn!



Onze gezondheidszorg staat voor een kruispunt. De vergrijzing, het toenemend aantal chronisch zieken, innovatieve maar eveneens peperdure behandelingen stellen ons voor grote uitdagingen. Die kunnen we enkel aangaan als we bereid zijn om op een andere manier naar gezondheid te kijken. Willen we onze gezondheidszorg kwaliteitsvol, betaalbaar en toegankelijk houden, dan moeten we keuzes durven maken. Met haar memorandum voor de komende federale, regionale en Europese verkiezingen wil CM mee de richting bepalen. Als gezondheidsfonds gaat CM graag de uitdaging aan om samen met de beleidsmakers te bouwen aan een gezonde samenleving.

Actie patiëntenrechten

Tegenover 2013 is er een verbetering in de financiële informatie die de ziekenhuizen op hun websites aanbieden. Deze verbetering laat zich echter slechts beperkt voelen op het terrein. Hoewel er al meer aandacht aan wordt besteed dan vroeger, wordt er nog steeds niet voldoende spontaan gecommuniceerd. De patiënt moet nog te vaak zelf op zoek gaan naar informatie over de kostprijs en krijgt zulke informatie zelden voorafgaand aan het ziekenhuisverblijf. Ook de kostenraming is nog niet volledig ingeburgerd in de praktijk.



Op 25 september 2015 werd het programma voor duurzame ontwikkeling tot 2030 goedgekeurd en dit door alle staats- en regeringsleiders wereldwijd. De derde doelstelling hierbij is: 'Verzekeren een goede gezondheid en promoot welzijn voor alle leeftijden'. In België vormt dit programma voor de federale en de regionale regeringen het kompas voor de komende 15 jaar inzake duurzame ontwikkeling. Onze Nationale Strategie terzake bevat volgend engagement: *"De gezondheidstoestand van onze bevolking zal continu verbeteren en iedereen zal het hoogst mogelijke gezondheidsniveau bereiken. Daarvoor zal het gezondheidszorgsysteem toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg aanbieden, ook op het vlak van geestelijke gezondheid. Dat zorgsysteem dient gericht te zijn op preventie, onder andere door de bevordering van een gezond leefmilieu en een gezonde levenshouding, met inbegrip van voldoende lichaamsbeweging."* Deze Nationale Strategie bevat jammer genoeg geen roadmap voor de concrete verwezenlijking van deze ambitieuze doelstelling. Ook de Belgisch grondwet en de verklaring van de rechten van de mens garanderen een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor alle burgers.

Helaas moeten we vaststellen dat deze mooie intenties in de werkelijkheid nog onvoldoende gegarandeerd zijn en dat de uitdagingen voor de toekomst erg groot zijn zodat een doortastend en vernieuwend beleid zich opdringt. De wensen van CM op dit vlak vertaalden we in een memorandum naar aanleiding van de komende verkiezingen van mei 2019. We hopen dat de nieuw verkozen politieke verantwoordelijken hier maximaal rekening mee zullen houden. Het bevat de zo nodige instrumenten voor een toegankelijk, betaalbaar, kwalitatief en menswaardig gezondheids- en welzijnsbeleid voor de toekomst. Gezondheid en welzijn bestaan hierbij uit verschillende dimensies, zoals het lichamenlijk en dagelijks functioneren, het mentaal welbevinden, als burger sociaal-maatschappelijk kunnen participeren in de samenleving, waarbij zingeving en kwaliteit van leven ervaren worden.

Om een duurzaam gezondheidsbeleid te bewerkstelligen is er nood aan een beter georganiseerd zorgaanbod met transparantie en performante ICT-ondersteuning zodat een goede opvolging mogelijk is, aan een meer transversale aanpak rond het bevorderen van gezondheid en welzijn, gedragen door meerdere beleidssectoren (leefmilieu, ruimtelijke ordening, onderwijs, arbeidsmarkt, huisvesting, ...) en aan globale gezondheidsdoelstellingen op ieder niveau. Elke sector afzonderlijk moet gezondheid en welzijn op alle niveaus implementeren in zijn beleid met bijzondere aandacht voor preventie en gezondheids promotie. En bij dit alles is er nood aan een morele reflectie zodat we kunnen garanderen dat menselijke waarden het uitgangspunt van de zorg zijn. Kwalitatieve zorg veronderstelt een

geconcentreerde samenwerking tussen de zorgverlener, de zorgvrager, zijn familie en zijn omgeving. Er moet een verschuiving plaatsvinden van aanbodgestuurde naar behoeftegestuurde zorg, van acute naar chronische zorg, van curatief naar proactief, van confectie naar maatwerk.

Om het beleid te toetsen, trends, problemen en uitdagingen te kunnen vaststellen en voorstellen te doen voor verbetering, zal onze studiedienst de vinger aan de pols blijven houden van ons gezondheids- en welzijnsbeleid. In dit nummer stellen we een studie voor, uitgevoerd naar aanleiding van de actie patiëntenrechten 2018 met als onderwerp het toegankelijk en begrijpbaar zijn van financiële informatie bij ziekenhuisopname. Na een analyse van de ziekenhuiswebsites, beschreven in het vorig nummer van CM-Informatie, gaan we via de methodiek van focusgroepen verder in de diepte. De informatie over de kostprijs van een ziekenhuisopname maakt een belangrijk en dikwijls onderschat onderdeel uit van de voorafgaandelijke informatie die nodig is om op een geïnformeerde wijze je toestemming te kunnen geven, een wettelijk vastgelegd patiëntenrecht.

Uit de gesprekken met de deelnemers blijkt dat zij in de praktijk nog steeds veel problemen ondervinden met het krijgen van financiële informatie. Ze geven aan dat ze slechts zelden spontaan informatie krijgen en dat de informatie zeer versplinterd is. De kostenraming blijkt niet gekend bij de deelnemers, hoewel zij een kostenraming zeker toejuichen. Zij vragen een duidelijke en begrijpelijk opgestelde kostenraming in goede open dialoog. Deze vaststellingen tonen aan dat het van uiterst groot belang is dat de ziekenhuizen hier meer aandacht aan besteden. De kostenraming moet een evidentie worden waarbij zowel artsen als ziekenhuizen op zoek gaan naar een organisatie die maakt dat patiënten zonder veel tussenstappen en op een eenvoudige manier rechtstreeks en voorafgaandelijk informatie krijgen over de kostprijs van een ziekenhuisopname. De inrichting van een uniek contactpunt zou hier een meerwaarde kunnen bieden.

Michiel Callens

Directeur Studiedienst

Zorg voor gezondheid en welzijn!

Inleiding

De sociale verzekering tegen ziektekosten en arbeidsongeschiktheid, zoals die in ons land al meer dan 150 jaar door de ziekenfondsen georganiseerd wordt en sinds 75 jaar ingebed zit in de sociale zekerheid, heeft ervoor gezorgd dat zorg die aanvankelijk op individueel niveau onbetaalbaar was geleidelijk aan voor iedereen toegankelijk werd. Wij hebben met z'n allen een van de betere gezondheidszorgsystemen ter wereld uitgebouwd, dat via een aanzienlijke verlenging van de levensverwachting en sterke daling van de mortaliteit door vermijdbare oorzaken, een belangrijke invloed heeft gehad op het verbeteren van de volksgezondheid in de ruime zin van het woord. Het heeft er ook voor gezorgd dat gezondheids- en welzijnszorg een belangrijk economisch gegeven werd, dat op dit ogenblik in ons land rechtstreeks werk verschaft aan meer dan 540.000 personen, met een belangrijkere return on investment voor de Belgische economie in zijn geheel.¹

We zijn het aan onszelf en aan de komende generaties verplicht om dit systeem in ere te houden, te moderniseren en verder uit te bouwen op de sterke fundamenten die onze ouders en voorouders in het verleden gelegd hebben: solidariteit en universele toegankelijkheid. Ook de regionalisering van heel wat domeinen als gevolg van de zesde staatshervorming mag deze sterke fundamenten niet onderuit halen. Onder meer de recente ontwikkelingen inzake ereloonsupplementen in de ziekenhuizen tonen aan dat desolidarisatie, segmentatie en particuliere ziektekostenverzekering geen bruikbaar alternatief kunnen vormen.

De sociaal-economische omgeving waarin ons systeem moet functioneren is snel en grondig aan het veranderen. Het gunstige financieel-economische klimaat en het aangehouden activeringsbeleid doen de werkloosheidscijfers dalen, maar onze werknemers voelen zich mentaal en fysiek slechter in hun vel, wat resulteert in een toename van ziekteverzuim, langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. De maatschappelijke verwachtingen hebben een weerslag op onze gezondheid: burn-out, eenzaamheid, gebrek aan perspectief en zin in het leven, de onmogelijke combinatie van gezin en steeds meer veeleisend werk, lucht- en geluidsvervuiling, ... De bevolking vergriest en verzilvert. We worden geconfronteerd met een escalatie van nieuwe technologische mogelijkheden in de zorg, waaraan steevast een prijskaartje hangt. Belastingverlagingen, flexibilisering van de arbeidsmarkt en de verdere uitrol van de taxshift dreigen te resulteren in lagere inkomsten voor de sociale zekerheid, terwijl de kosten van onze sociale verzorgingsstaat blijven stijgen. De patiënt betaalt nu al ongeveer een kwart van de uitgaven voor zijn gezondheids- en welzijnszorg zelf. Het evenwicht tussen solidariteit en responsabilisering van de patiënt komt in het gedrang, en steeds meer mensen stellen noodzakelijke zorg uit omwille van financiële redenen.

Terzelfdertijd evolueert de gezondheidszorg van een biomedisch model naar een biopsychosociaal model, waarbij men ervan uitgaat dat gezondheid het resultaat is van een complexe samenhang van biologische, psychologische en sociale factoren, eerder dan het gevolg van een aantal louter biologische factoren. Kwalitatieve zorg wordt in toenemende mate gepercipieerd als het resultaat van een geconcentreerde samenwerking tussen de zorgverlener, de zorgvrager, zijn familie en zijn omgeving. Er moet een verschuiving plaatsvinden van aanbodgestuurde naar behoeftegestuurde zorg, van acute naar chronische zorg, van curatief naar proactief, van confectie naar maatwerk. In dit memorandum roept CM op om resoluut op een andere manier om te gaan met gezondheid en ziektebeleving.

¹ Naar aanleiding van het vijftigjarig bestaan van het RIZIV in 2014 berekende het Federaal Planbureau dat een toename van de finale vraag naar gezondheidszorg met 100 euro de totale productie in de Belgische economie doet toenemen met 145 euro, waarvan 36 euro buiten de sector zelf.

Zorg wordt best georganiseerd vanuit een integrale visie² op gezondheid die vertrekt vanuit de kracht van elke mens en niet vanuit zijn of haar aandoening of beperking. Gezondheid bestaat uit verschillende dimensies, zoals het lichamelijk en dagelijks functioneren, het mentaal welbevinden, als burger sociaal-maatschappelijk kunnen participeren in de samenleving, waarbij zingeving en kwaliteit van leven ervaren worden. Niet het zorgaanbod of het aanbod van zorgverleners, maar de behoeften van de (potentiële) persoon met een zorgnood moeten primeren. Niet alleen de persoon met een zorgnood van vandaag maar ook de toekomstige generaties moeten in aanmerking worden genomen: ons systeem moet duurzaam en veerkrachtig zijn, zich aanpassen aan nieuwe noden.

Dit kan enkel ten volle slagen als de noodzakelijke financiële, maatschappelijke en organisatorische randvoorwaarden door de beleidsmakers worden ingevuld. Om een duurzaam gezondheidsbeleid te bewerkstelligen is er nood aan een beter georganiseerd zorgaanbod, aan een meer transversale aanpak rond het bevorderen van gezondheid en welzijn, gedragen door meerdere beleidssectoren (leefmilieu, ruimtelijke ordening, onderwijs, arbeidsmarkt, huisvesting, ...) en aan globale gezondheidsdoelstellingen op ieder niveau. Elke sector afzonderlijk moet gezondheid en welzijn op alle niveaus implementeren in zijn beleid. We moeten komaf maken met het silodenken, en gezondheid en welzijn benaderen als een collectief maatschappelijk doel. De realisatie van dergelijke health in all policies is geen evidentie, maar enkel op deze wijze kan een gezondheidsbevorderende omgeving voor de burger gerealiseerd worden. Uiteindelijk moet elke fundamentele beleidsbeslissing of keuze die wordt gemaakt in de gezondheidspolitiek ingegeven zijn door de huidige en toekomstige gezondheids- en welzijnsbehoeften van de bevolking.

Als gezondheidsfonds wil CM zich daar samen met haar leden ten volle voor inzetten. Als belangenbehartiger van onze leden vragen wij om de stem van de zorgvrager en de burger in het algemeen nog explicieter mee te nemen in het gezondheidsbeleid van morgen; als sociaal verzekeraar, als sociale beweging en als sociaal ondernemer wil CM deze uitdagingen mee aangaan.

- *Als **sociaal verzekeraar** streven we naar een voor iedereen toegankelijke, kwalitatief hoogstaande, duurzame en menswaardige zorg, gebaseerd op een toereikende, stabiele en solidaire financiering.*
- *Als **sociale beweging** zetten we ons in voor een warme en geëngageerde samenleving voor iedereen, via het verenigingsleven en het vrijwilligerswerk.*
- *Als **sociaal ondernemer** nemen we verantwoorde en vernieuwende initiatieven die ervoor zorgen dat we ook op nieuwe hulp- en zorgvragen een antwoord kunnen bieden, en dit vanuit de overtuiging dat de non profit sector een leidende rol moet spelen in deze domeinen. Gezondheid en welzijn beschouwen wij immers als een collectief goed. Onze acties zijn erop gericht om meer toegankelijke zorg te creëren.*

We vragen dat de overheid deze basisopdrachten erkent en het nodige reglementaire kader schept dat ons toelaat ze te verwezenlijken, en dit op elk van de beleidsniveaus: federaal, op het niveau van gemeenschappen en gewesten en Europees.

Wij zijn voorstander van een zorgmodel dat gebaseerd is op respect voor de geïnformeerde en verantwoorde keuze van de persoon met een zorgnood en voor het bewezen vakmanschap van onafhankelijke zorgverleners en zorgverzekeraars, dat op duurzame en efficiënte wijze beheerd wordt in samenspraak tussen alle bij het systeem betrokken stakeholders. Wij vinden het uiterst belangrijk dat het gestaag verder uitbouwen van het zorg- en welzijnsbeleid gebeurt in voortdurend overleg met de middenveldorganisaties. Hun knowhow en

² We verwijzen hierbij naar het voorstel van het NIC "Visie Gezondheidsbeleid 2030" van 20 juni 2016.

nauwe betrokkenheid bij het terrein en de doelgroepen van het beleid zijn belangrijke troeven in alle fasen van het beleidsproces, van het bottom-up formuleren van beleidsvoorstellen tot het implementeren en evalueren van beleidsmaatregelen. Wij verkiezen het Rijnlands model boven het Angelsaksisch of Scandinavisch model, waar de nadruk eerder ligt op privat for profit initiatieven of op overheidsinitiatief. De middelen die de gemeenschap ter beschikking stelt om zorg en welzijn te creëren mogen niet leiden tot overdreven erelonen, monsterprijzen voor geneesmiddelen en medische materialen, vermarkting, buitensporige dagprijzen in woonzorgcentra of buitengewoon gunstige dividenden voor aandeelhouders. Een winstmodel, dat onvermijdelijk leidt tot een zorg met twee snelheden, is voor CM onaanvaardbaar. Ons zorg- en welzijnsstelsel moet bijdragen tot een solidaire, medelevende en sociaal rechtvaardige samenleving, die haar burgers levenslang steunt bij het realiseren van hun eigen levensproject.

De zesde staatshervorming heeft de architectuur van onze (gezondheids)zorg erg versnipperd en complex gemaakt. Er is omzeggens geen deeldomein meer waar effectief autonoom beleid kan worden gevoerd, en het uitwerken van een globaal, complementair en gecoördineerd beleid vergt het akkoord van negen verschillende excellenties. Dit resulteert in een gefragmenteerde, trage en/of ondoelmatige beleidsvoering, wat vroeg of laat ongunstige gevolgen zal hebben voor de gezondheid en het welzijn van de burgers. De volgende regering moet werk maken van een kritische evaluatie van ons institutioneel kader.

Er is absoluut nood aan een permanent adviserend en beleidsoriënterend orgaan (we verwijzen hierbij naar het in punt 3. 2. 1. van het "Vlinderakkoord" bedoelde instituut) waarin alle federale en regionale stakeholders, dus niet alleen de diverse overheden, in onderling overleg interfederale gezondheidsdoelstellingen kunnen uitwerken, samenwerkingsovereenkomsten kunnen voorbereiden en instaan voor de monitoring en de bijsturing van hun implementatie op de verschillende beleidsniveaus. We denken hierbij in eerste instantie aan een samenwerkingsakkoord inzake de intra-Belgische mobiliteit, dat aan alle burgers van dit land de overdracht van hun in een andere deelstaat opgebouwde rechten garandeert. Daarnaast moet er door alle beleidsniveaus permanent ingezet worden op de dialoog met middenveldorganisaties en diverse stakeholders die vaak actief zijn over beleidsniveaus heen en op die manier zeer goed de vinger aan de pols kunnen houden.

We hebben een rijk gezondheids- en zorgstelsel dat veel mogelijkheden biedt maar tegelijk complex is. Alle betrokken actoren hebben dus de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat die complexiteit geen negatieve weerslag heeft op de gezondheid en het welzijn van de burgers.

Op 25 september 2015 werd het programma voor duurzame ontwikkeling tot 2030, met 17 doelstellingen en 169 subdoelstellingen, goedgekeurd door alle staats- en regeringsleiders wereldwijd. De derde doelstelling hierbij is 'verzekeren van een goede gezondheid en promotie van welzijn voor alle leeftijden'. In België wordt in de Nationale Strategie inzake duurzame ontwikkeling die de desbetreffende Interministeriële conferentie goedkeurde, verklaard dat dit programma tot 2030 voor de federale en de regionale regeringen het kompas vormt voor de komende 15 jaar. De Nationale Strategie bevat volgend engagement: De gezondheidstoestand van onze bevolking zal continu verbeteren en iedereen zal het hoogst mogelijke gezondheidsniveau bereiken. Daarvoor zal het gezondheidszorgstelsel toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg aanbieden, ook op het vlak van geestelijke gezondheid. Dat zorgstelsel dient gericht te zijn op preventie, onder andere door de bevordering van een gezond leefmilieu en een gezonde levenshouding, met inbegrip van voldoende lichaamsbeweging.³ De Nationale Strategie bevat jammer genoeg geen roadmap voor de concrete verwezenlijking van deze ambitieuze doelstelling. In dit memorandum zet CM haar visie en voorstellen uiteen voor een solidair gezondheidsstelsel dat elkeen toelaat het hoogst mogelijke gezondheidsniveau te bereiken.

³ Interministeriële conferentie voor duurzame ontwikkeling, Nationale Strategie inzake duurzame ontwikkeling, teksten goedgekeurd op 31 mei 2017, p. 8, www.sdgs.be/sites/default/files/publication/attachments/brochure_sndd_fr_def.pdf.

1. Een duurzame en solidaire financiering

Hoe efficiënt een sociaal zekerheidssysteem ook georganiseerd is, zonder toereikende en stabiele financiering kan het niet werken. Dit geldt zowel op federaal niveau als op het niveau van de deelstaten.

In een sector waar structurele verandering in essentie neerkomt op het aanpassen van financiering, is een stabiele financiële context, met de nodige garanties voor stakeholders die hun micro-economische concept willen afstemmen op het door de overheid nagestreefde macro-economisch concept, een essentiële voorwaarde voor het welslagen van hervormingen. Zonder een stabiel meerjarentraject kan je niet innoveren of hervormen.

1.1. Een stabiele, toereikende financiering van de verplichte ziektekostenverzekering



Het huidige financieringsmodel van de federale verplichte ziektekostenverzekering is ontoereikend en niet stabiel.

Er was ons bij het aantreden van deze regering een stabiel budgettair traject beloofd. De werkelijkheid is anders verlopen. In opeenvolgende begrotingsconclaven werd het budget van de ziektekostenverzekering bijkomend verminderd met ongeveer 1,5 miljard euro. Dit heeft het vertrouwen van de stakeholders aangetast.

Macro-economische ingrepen die op korte termijn de economische microkosmos van zorgverleners of organisaties in het gedrang brengen bieden geen uitzicht op innovatie of structurele veranderingen. Een hertekening van het ziekenhuislandschap die onzekerheid laat bestaan omtrent de nabije financiële toekomst van een aantal ziekenhuisdiensten of ziekenhuisfuncties zal constant worden tegengewerkt door de actoren op het terrein.

De actuele groeinorm van de uitgaven in de gezondheidszorg situeert zich tussen de 2 en 3%. Een groeinorm voor de financiering die wettelijk 1,5% bedraagt maar de facto soms onder de 1% zakt is ontoereikend om de lopende uitgaven te dekken, en laat ons zeker niet toe om nieuwe behoeften op te nemen in het verstrekkingenpakket. Wij vragen dat de volgende regering de groeinorm, overeenkomstig de voorzieningen van het Federale Planbureau voor de periode 2017 tot 2022, zou optrekken tot 2,2%.

We moeten er rekening mee houden dat vergrijzing en technische innovatie de kosten van onze zorg in de komende decennia zullen blijven opdrijven, en dat we met z'n allen een groter deel van ons inkomen aan zorg zullen moeten besteden. Het grootste deel van de zorguitgaven wordt thans collectief gefinancierd door sociale bijdragen en belastingen op arbeid en consumptie, maar bijna een kwart van de factuur wordt doorgeschoven naar de patiënt. Hierdoor zijn we outliert geworden in de Europese context. Wij vragen dat de volgende regering deze trend zou ombuigen en ons terug zou sturen in de richting van het Europese gemiddelde. Niet toereikende financiering van dienstverlening door zorgverleners leidt onafwendbaar tot het vragen van supplementen en het installeren van een duaal systeem.

De reglementering betreffende de begrotingsopmaak moet grondig herzien worden met het oog op meerjarenplanning en ontschotting, en moet toelaten de doelstellingen nauwer te laten aansluiten bij de verwachte of gewenste uitgaven. Het groeipad moet rekening houden met de impact van de epidemiologische en technologische evolutie, de verwachte evolutie van de prijzen en de in onderling overleg geformuleerde gezondheidsdoelstellingen vanuit een brede definitie van gezondheid.



Anderzijds zullen Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ook voor voldoende en stabiele middelen moeten zorgen om de overgedragen bevoegdheden te financieren. Het is vooral belangrijk dat zij anticiperen op het einde van het overgangsmechanisme waarin de nieuwe bijzondere financieringswet voorziet.

1.2. Een solidair gefinancierd verzekeringsmodel



Wij blijven overtuigd voorstander van een zo solidair mogelijke en inkomensgerelateerde financiering die gebaseerd is op een mix van bijdragen geïnd in het kader van een solidaire sociale verzekering en subsidies afkomstig uit een rechtvaardige en solidaire fiscaliteit. Dit wil zeggen uit belastingen die geheven worden op alle inkomensbronnen (dus ook op roerende en onroerende inkomsten), waarbij iedereen die aanspraak kan maken op voordelen op progressieve wijze bijdraagt in functie van zijn financiële draagkracht. Bijkomende middelen moeten gevonden worden door het optrekken van de sociale bijdragen, de rijkstegemoetkomingen en/of de alternatieve financiering uit fiscaliteit.



CM pleit hier ook krachtig voor een sociaal beschermingsmodel dat op de beginselen van de sociale zekerheid gebaseerd is waarbij eenieder bijdraagt volgens zijn mogelijkheden en ontvangt volgens zijn noden. Het systeem moet aldus hoofdzakelijk gefinancierd worden via progressieve bijdragen waarbij de financieringsbasis zo breed mogelijk moet zijn. Dit stelsel moet paritair beheerd worden en echt prospectief handelen mogelijk maken.



De Vlaamse sociale bescherming (VSB) moet de komende jaren nog tot volle ontwikkeling komen. De eerste stappen zijn gezet maar enkele belangrijke pijlers moeten nog gerealiseerd worden de komende legislatuur. Wij vragen uitdrukkelijk dat Vlaanderen gestaag verdergaat met de volledige realisatie van VSB. Om een minimum aan coherentie te bekomen is het voor ons een must om ook de revalidatie, het beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen zoals voorzien te integreren in de Vlaamse sociale bescherming, net als de financiering van de gezinszorg.

De Vlaamse sociale bescherming bestaat vandaag uit drie zorgbudgetten in de vorm van cash (Vlaamse Zorgverzekering, Basisondersteuningsbudget en Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden) voor mensen die veel zorg nodig hebben, maar ze hebben elk hun eigen voorwaarden en doelgroepen. Een zorgnood moet echter integraal benaderd worden. CM pleit dan ook voor integratie van de verschillende tegemoetkomingen in één integraal cash zorgbudget dat zal bepaald worden door het zorgprofiel, en samengesteld wordt uit een basisbedrag (forfaitair deel) en bijkomende trappen, afhankelijk van het inkomen.

Voor de financiering van de Vlaamse sociale bescherming blijven wij resoluut kiezen voor een verzekeringsmodel met verplichte solidariteit aan de hand van een inkomensgerelateerde bijdrage. Dit is transparant en rechtszeker. De Vlaming en Brusselaar weten op deze manier waarvoor hun bijdrage gebruikt wordt. Deze financieringswijze zorgt voor een stabiele financiële basis en functioneert als repartitiestelsel ter ondersteuning van de solidariteit. Indien de bijdrage in de toekomst moet stijgen vragen we dat er een sterkere inkomensrelatering komt dan nu het geval is.

1.3. Aanvullende facultatieve ziektekostenverzekeringen

Als de collectief gefinancierde dekking tekortschiet om de kosten van de zorg te dekken, dan wordt het overschot van de factuur doorgeschoven naar de persoon met een zorgnood. Zolang dit risico blijft bestaan vinden wij het zinvol om via onze verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand facultatieve verzekeringsproducten aan te bieden als valabel alternatief voor de duurdere verzekeringspolissen bij private

commerciële verzekeringsmaatschappijen. In deze context vragen wij het aanpassen van een aantal regels om de werking van de facultatieve ziektekostenverzekering te verbeteren en beter af te stemmen op het beleid inzake de verplichte verzekeringen, en om het level playing field met de commerciële concurrenten te waarborgen.

[Wijzigingen in de verzekeringswet](#)



De wet Verwilghen moet worden aangepast om de verzekeraar toe te laten de technische grondslagen van de dekkingsvoorwaarden aan te passen wanneer ze de beoogde effecten van financiële overheidsmaatregelen in het kader van preventie, sensibilisering en echelonering in het kader van de verplichte ziekteverzekering, dreigen teniet te doen. Dit moet de verzekeraar toelaten bepaalde kosten niet terug te betalen, zoals het verhoogde remgeld dat wordt aangerekend bij curatieve tandheelkunde bij ontbreken van preventief tandartsbezoek, het supplement spoed dat aangerekend wordt aan patiënten die zich aandienen zonder doorverwijzing van huisarts, remgelden die verschuldigd zijn omdat de patiënt geen GMD heeft afgesloten en alle mogelijke nieuwe ontwikkelingen op dit vlak.

De jaarlijks gepubliceerde medische index is voor het ogenblik geen echte graadmeter voor de reële stijging van de kosten in de gezondheidszorg. Dit systeem moet actuarieel bijgestuurd en verfijnd worden. In de toekomst zal het mechanisme van de medische index nog belangrijker zijn omdat de NBB in het kader van de Solvency II richtlijn het actuariële kader nog zal verstrengen voor individuele ziekteverzekeraars.

[Wijzigingen in fiscale wetgeving](#)



Wanneer een werkgever een collectieve verzekering afsluit voor zijn werknemers, dan zijn de premies zowel voor de werkgever als voor de werknemer fiscaal vrijgesteld. Als werknemers zelf een individuele verzekeringspolis afsluiten, en de werkgever tegemoetkomt in een deel van de premie, dan wordt deze bijdrage fiscaal evenwel beschouwd als een belastbaar voordeel van alle aard in hoofde van de werknemer. Wij pleiten voor het wegwerken van deze fiscale discriminatie tussen individuele en collectieve ziektekostenverzekeringen. Individuele verzekeringen bieden meer garantie op behoud van opgebouwde rechten en betaalbare premies dan collectieve verzekeringen. Een fiscale gelijkstelling is van maatschappelijk belang.

[Wijziging in sociale wetgeving, wet op de ziekenfondsen](#)



De vraag moet gesteld worden of de Busquintaks niet kan worden kwijtgescholden voor hospitalisatieverzekeringen die volledig vallen onder de toepassing van het KB dat voorziet in de vrijstelling van de verzekeringstaks voor verzekeringen die een bijzondere vorm van bescherming aanbieden door geen uitsluitingen te voorzien wat betreft voorafbestaande aandoeningen en leeftijd. De verzekeringstaks wordt nu al kwijtgescholden, maar als de Busquintaks wegvalt, kunnen de premies met 10% naar beneden waardoor de toegang tot dergelijke verzekeringen nog fel kan verbeteren.

[Solvency II \(in het kader van de Europese verkiezingen\)](#)



Wij vragen een structurele versoepeling van een aantal 'verplichte schokken' in het Solvency II concept die minder toepasselijk zijn voor individuele ziekteverzekeraars dan voor andere vormen van verzekeringen. Deze schokken zorgen ervoor dat de minimale reserves kunstmatig hoog worden gehouden. Dat zorgt voor premies die (te) hoog zijn in vergelijking met het reële risico. Het gaat om een Europees kader dat op alle verzekeringstakken universeel van toepassing is.

2. Een voor iedereen toegankelijke zorg

Wij pleiten voor een toegankelijke, kwaliteitsvolle en menswaardige zorg. Concreet betekent dit dat alle drempels van welke aard dan ook - financiële, sociaal-culturele, geografische, administratieve of materiële (rolwagengebruikers, ...) - moeten weggewerkt worden. Betaalbaarheid van de zorg vormt voor ons een cruciaal gegeven. Daarnaast zijn een toereikend en geografisch goed gespreid aanbod belangrijk. Tot slot moeten we oog hebben voor het feit dat niet iedereen krijgt waar hij recht op heeft.

2.1. Versterken van de tariefzekerheid

Tariefzekerheid voor de persoon met een zorgnood kan volgens CM enkel gegarandeerd worden binnen een sluitend systeem van tariefakkoorden tussen zorgverleners en zorgverzekeraars, waarbij de verzekeringstegemoetkoming gekoppeld wordt aan een correcte, op basis van volledige transparantie overeengekomen verloning voor de zorgverlening. Het is hierbij van het grootste belang dat dit systeem voor alle partijen attractief blijft. Het conventiesysteem moet ook kunnen aangewend worden om patiënten te sturen in de richting van doelmatige en kwalitatief hoogstaande zorgverlening aan een correcte prijs.



In sommige regio's en voor bepaalde disciplines is het aantal geconventioneerde specialisten tot zorgwekkende proporties gedaald. Daardoor wordt het voor patiënten moeilijk of onmogelijk om zich tegen conventietarieven te laten verzorgen.

Wij vragen dat de volgende regering ons steunt in onze strijd tegen de sluipende erosie van het conventiesysteem. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid voor overheid, zorgverleners en ziekenfondsen.

We moeten samen werk maken van positieve incentives om het conventiesysteem aantrekkelijk te maken voor zorgverleners, bijvoorbeeld door het inbouwen van tegemoetkomingen voor administratieve kosten, en meer aandacht voor onregelmatige prestaties.

Daarnaast moeten we maatregelen nemen die het werken buiten conventie ontmoedigen. We vragen een aanpassing van de regelgeving om de omstandigheden waaronder van de afgesproken tarieven mag worden afgeweken te verstrengen:

- De mogelijkheid tot **partieel conventioneren** moet tegen 2024 worden afgeschaft.
- Afwijken op basis van het gezinsinkomen van de patiënt of op basis van diens kamerkeuze moet reglementair verboden worden. We vragen aldus een **verbod op het hanteren van inkomensplafonds** waarboven zorgverleners niet meer gebonden zijn door het afgesproken tarief, en een **absoluut verbod op het aanrekenen van ereloonsupplementen** aan gehospitaliseerde patiënten.
- Wij pleiten voor het **afschaffen van de 'absolute contracteerplicht'** die de verzekeringsinstellingen verplicht om met alle zorgverleners die dat willen een tarievenovereenkomst af te sluiten. Het moet mogelijk worden om zorgverleners die zich niet houden aan tariefafspraken, guidelines of kwaliteitsnormen uit het conventiesysteem te sluiten.

Tegen 2024 mogen er geen regio's of disciplines meer zijn waar de conventioneringsgraad onder de 85% ligt. Als we hierin niet slagen via de geciteerde maatregelen, dan moet het conventiesysteem evolueren in de richting van collectieve overeenkomsten met publiekrechtelijk karakter, en afdwingbare verbintenissen voor alle sociaal verzekerden ten overstaan van alle zorgverleners.



Wij vragen aan alle gedefedereerde entiteiten om zorgaanbieders die werken binnen multidisciplinaire samenwerkingsinitiatieven reglementair te verplichten om zich te conventioneren.

2.2. Permanente monitoring van de zorgkost

We mogen niet uit het oog verliezen dat er momenteel heel wat zorg en dienstverlening die we in het kader van een bredere definitie van gezondheid zinvol zouden kunnen noemen, niet terugbetaald of gefinancierd wordt. De out of pocket uitgaven aan zorg en welzijn bestaan voor het grootste deel uit niet door de ziektekostenverzekering terugbetaalbare verstrekkingen, niet door collectieve financiering gedekte dienstverlening en supplementen. Op dit ogenblik hebben we onvoldoende zicht op de precieze omvang van de kosten waarmee de patiënt of de zorgvrager geconfronteerd wordt. We weten ook niet welke concrete gevolgen de implementatie en de verdere uitbreiding van de Vlaamse sociale bescherming of de specifieke voorzieningen in Wallonië, Brussel en de Duitstalige Gemeenschap, zullen hebben voor de betaalbaarheid.

Daarom pleiten we ervoor om de zorgkost op alle bevoegdheidsniveaus permanent te monitoren.

Mocht uit deze monitoring blijken dat er effectief een probleem is met de betaalbaarheid van de zorg, dan moet dat zo snel mogelijk gecorrigeerd worden. In dit verband zijn wij van mening dat een maximumfactuur die over alle entiteiten heen zou gelden voor zowel medische als niet medische componenten van de zorg een valabel correctiemechanisme kan zijn.

2.3. Versterken van de verplichte ziektekostenverzekering

Toegankelijkheid versterken betekent ook werken aan een materiële dekking die zo nauw mogelijk aansluit bij de huidige stand van zaken op het terrein.



Op korte termijn moet werk gemaakt worden van een geavanceerde uitbouw van het verstrekkingenpakket van de verplichte ziektekostenverzekering in bepaalde segmenten. We denken hierbij inzonderheid aan tandzorg, hoorapparaten, visuele hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg (terugbetaling van raadplegingen bij de eerstelijnspsycholoog) en palliatieve zorg.

Op halflange termijn moeten de middelen die vrijkomen door een doelmatigere organisatie van de zorg opnieuw geïnvesteerd worden in extra aanbod op de eerste lijn.

In het kader van de ziekenhuisnetwerken zal het vervoer tussen ziekenhuizen toenemen. De verplaatsing van patiënten binnen een ziekenhuisnetwerk of naar meer gespecialiseerde diensten of functies buiten het netwerk mag niet ten laste vallen van de patiënt.

2.4. Terugdringen van de gezondheidskloof

Diverse studies en enquêtes wijzen op een duidelijke samenhang tussen sociale status (opleidingsniveau, activiteitsstatus, inkomensniveau) en gezondheid. Mensen met een lagere sociale status hebben gemiddeld een minder goede toegang tot de zorg, een slechtere gezondheid en een lagere levensverwachting. De verschillen tussen mensen bovenaan en onderaan de sociale ladder blijken bovendien niet te

verminderen. Integendeel: we evolueren hoe langer hoe meer naar een gezondheidszorg met twee snelheden.

Voor CM heeft iedereen evenveel recht op gezondheid en levenskwaliteit. Wij vragen dat de kloof tussen arm en rijk inzake verwachte gezonde levensjaren tegen 2024 met 20% zou gereduceerd worden.

Om deze doelstelling te bereiken moeten alle bevoegde overheden in ons land volop inzetten op armoedebestrijding in de ruime zin van het woord (onderwijs, huisvesting, tewerkstelling, levensstijl, ...).



Van de volgende federale regering verwachten wij:

- het optrekken van de minimumuitkeringen voor langdurig zieken en personen met een chronische aandoening;
- het verder stimuleren en uitbouwen van wijkgezondheidscentra, zeker in grootstedelijke gebieden;
- het verkleinen van de financiële drempel naar de zorg via het instellen en handhaven van een veralgemeende verplichte derdebetalersregeling ten overstaan van alle patiënten in hoofde van alle geconventioneerde zorgverstrekkers.

2.5. Geen vermarkting van de zorg

We moeten voorkomen dat private for profit zorgverleners de winstgevende interventies binnen de zorg inpikken. De wetgeving op de openbare aanbestedingen moet worden aangepast, zodat bij het opmaken van gunningscriteria voor het uitbesteden van

zorgopdrachten het selectie criterium kwaliteit (waarbij onder meer rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid tot organiseren van integrale zorg) steeds zwaarder doorweegt dan het selectie criterium kostprijs. De gunningscriteria zouden ook rekening moeten houden met ethische aspecten zoals de herkomst van de aangewende financieringsbronnen.

Intermezzo: Transparantie

Een aantal thema's lopen als een rode draad transversaal door ons memorandum. Transparantie is er zo eentje:

- Het heeft weinig zin om in het kader van toegankelijkheid de betaalbaarheid van de zorgkost permanent te gaan monitoren als we niet weten wat de persoon met een zorgnood precies uit eigen zak betaalt aan persoonlijke aandelen, niet terugbetaalde zorg, niet of ondergefinancierde dienst- en hulpverlening en/of supplementen voor ambulante zorgverlening.
- Het heeft geen zin om te spreken over kwaliteit van zorg als we geen zicht hebben op outcome gegevens en resultaten van metingen.
- Het debat omtrent correcte prijszetting kan niet gevoerd worden zonder dat we een zicht hebben op de kostenstructuur van zorg- en dienstverlening en productieproces.
- Controle op de doelmatigheid van de zorg kan niet als we geen inzicht krijgen in de afhankelijkheidsgegevens, pathologiegegevens en de diagnostische informatie.

Er moet een duidelijk signaal komen van de overheid dat alle bij het proces betrokken stakeholders - zowel in de gezondheids- als in de welzijnszorg - verplicht worden om alle relevante gegevens inzake facturatie, kwaliteit, kostenstructuur, ... te delen met de organen die beslissingen nemen over het zorgverlenings- en verstrekkingenpakket en de terugbetalings- of subsidiëringsmodaliteiten, en met de instanties die belast zijn met de controle van het proces. Voor wie hieraan niet wil deelnemen is er geen plaats in een gezondheids- en welzijnssysteem dat voor het overgrote deel door de gemeenschap gefinancierd wordt.

In dit verband herinneren we bijvoorbeeld aan de vraag die we in ons memorandum naar aanleiding van de verkiezingen van 2014 stelden om apothekers te verplichten via Farmanet melding te maken van alle niet terugbetaalde geneesmiddelen die worden afgeleverd aan chronisch zieken.

We dringen er op aan dat we als zorgverzekeraars (mutualiteiten, sociétés mutualistes régionales en zorgkassen) inzicht zouden krijgen in de kostenstructuur, afhankelijkheidsgegevens, pathologiegegevens en de diagnostische informatie voor alle verstrekkingen en zorgverlening die we terugbetalen. Zonder deze informatie kunnen wij de kwaliteit van de zorgverlening niet correct inschatten, zijn er geen instrumenten die toelaten analyses te maken om de uitgaven onder controle te houden, en kunnen we ons niet effectief kwijten van onze controleopdrachten.

2.6 Een socialer Europa

CM vraagt:

- De concrete verwezenlijking van de beginselen van de Europese pijler van sociale rechten om tot een echt Europees sociale beschermingsstelsel te komen:
 - toegankelijkheid van kwaliteitsvolle gezondheidszorg en langdurige zorg voor alle Europeanen;
 - invoering van een waardig minimumloon;
 - toegang tot de sociale diensten.
- Een hervorming van het Europees economische governance mechanisme (het Europees economisch Semester) door hierin een sterke sociale dimensie met sociale en milieu-indicatoren op te nemen.
- Een Europese richtlijn over de sociale diensten van algemeen belang die de concepten en het toepassingsgebied ervan verduidelijkt en de prioriteit van de sociale doelstellingen inzake gezondheidszorg en bijstand aan personen bevestigt.
- Rekening te houden met de specifieke rol van de ziekenfondsen in België bij de verschillende Europese beleidsdomeinen. De verwezenlijking van de interne markt in de domeinen gezondheidszorg en welzijn vormt niet het hoofddoel. De specificiteit van deze diensten van algemeen belang moet gerespecteerd worden.
- Een Europees gezondheidszorgbeleid dat steunt op de fundamentele waarden van universaliteit, toegankelijkheid, rechtvaardigheid en solidariteit, kwaliteit en stabiliteit. De Europese Unie moet erover waken dat deze waarden de hoeksteen blijven voor de Europese gezondheidszorgstelsels. De specificiteit van de gezondheidszorg en de welzijnssector moet erkend worden.

2.7 Internationale samenwerking

De toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor elkeen beperkt zich niet tot België of Europa. Ongelijke toegang tot zorg is niet enkel in België een probleem, maar wereldwijd, terwijl het recht op gezondheid een internationaal erkend mensenrecht is. Binnen de duurzame ontwikkelingsdoelstelling nr. 3 inzake gezondheid beoogt target 3.8 een universele

ziekteverzekering, met inbegrip van de bescherming tegen financiële risico's en toegang tot kwaliteitsvolle essentiële gezondheidszorgdiensten, tegen 2030. De jongste jaren voerden meerdere landen op verschillende continenten universele ziekteverzekeringssystemen in waarbij de dekking van de bevolking uit de informele sector aan de ziekenfondsen werd toevertrouwd. De Belgische internationale samenwerking moet deze processen ondersteunen, sociale bescherming inzake gezondheid tot een prioriteit maken en de rol van de sociale bewegingen, meer bepaald de ziekenfondsen, in deze sociale beschermingsstelsels erkennen.

Concrete aanbevelingen van CM:

- Strategische, afdwingbare nota's maken van de "position paper" van de DGD⁴ over sociale bescherming (2018) en de consensusnota over het recht op gezondheid (2017) voor alle betrokken administraties.
- Een prioriteit maken van sociale bescherming inzake gezondheid bij de bilaterale samenwerkingsprogramma's van België.
- De betrokken actoren bij de niet-gouvernementele samenwerking voor waardig werk en sociale bescherming (NGO's, vakbonden, ziekenfondsen, de platformen MASMUT en Be-Cause Health) ondersteunen en aanmoedigen tot synergie met overheidsactoren (Enabel, Coopami) met respect voor de autonomie van elke actor en de waarde die zij toevoegen.
- De opdracht geven aan de ambassades en de Enabel-vertegenwoordigingen in de partnerlanden om de nationale strategieën inzake universele ziektegedekking en de rol van de sociale bewegingen in deze stelsels actief te promoten.
- De overheden in de partnerlanden aanmoedigen tot samenwerking met de middenveldorganisaties, in het bijzonder de ziekenfondsen, om de universele ziektegedekking uit te werken en in te voeren.
- Op Europees niveau ervoor pleiten om van sociale bescherming effectief een prioriteit te maken voor de ontwikkelingssamenwerking van de Europese Unie overeenkomstig de Mededeling (2012)446 van de Commissie met een gerichte ondersteuning van universele sociale beschermingsstelsels die de actieve rol van middenveldorganisaties erkennen.

4 Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking en Humanitaire Hulp

3. Meer aandacht voor kwaliteit

Ieder systeem is gebaat bij een objectieve, competente en constructieve evaluatie en bijsturing van zijn werkprocessen. Dat geldt bij uitstek voor de zorgsector, waar kwaliteit het verschil kan maken tussen volledig herstel, verder leven met tijdelijke letsels of blijvende handicaps, of zelfs voortijdig overlijden. Kwalitatief minderwaardige zorg en complicaties leiden bovendien tot zinloze meeruitgaven, wat in een omgeving die kampt met budgettaire schaarste absoluut te vermijden is. Ook het toenemend belang van forfaitaire betalingssystemen moet ons aanzetten tot een permanente bewaking van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Zorg moet veilig, effectief en efficiënt zijn, zij moet tijdig, respectvol, billijk en gelijkwaardig worden aangeboden, met aandacht voor continuïteit en integraliteit. Als we de zorg willen kiezen die bij onze individuele voorkeur, behoeften en waarden past, dan is het primordiaal dat we de globale kwaliteit van het zorgaanbod kunnen vergelijken. Kwaliteitsbewaking moet een participatief en geconcentreerd proces worden, waarin personen met een zorgnood, zorgverleners, overheid en verzekeringsinstellingen ieder hun eigen rol te vervullen hebben. Ieder van hen heeft een significant belang bij het veiligstellen van de kwaliteit van zorg. Als gezondheidsfonds hebben wij zowel de expertise inzake kwaliteitsvolle zorg als data die toelaten kwaliteitsindicatoren op te volgen.



Wij vragen met aandring dat het Waals Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Duitstalige Gemeenschap in de loop van de volgende legislatuur werk maken van het ontwikkelen en implementeren van een duidelijke politieke visie op zorgkwaliteit en patiëntveiligheid. Wij vragen om systematisch rekening te houden met deze dimensie in de huidige en toekomstige decreten en ordonnanties.



Er is dringend nood aan een wet betreffende kwaliteitsvolle praktijkvoering die van toepassing is op alle zorgverleners, ongeacht of ze in de ambulante sfeer of in een residentiële sfeer werken. Hierin moeten regels worden opgenomen betreffende zorgcontinuïteit, verplicht deelnemen aan wachtdiensten, informatieplicht, uitwisselen van gegevens via het elektronisch patiëntendossier, minimale en maximale activiteitsdrempels, ... Er moet een minimuminhoud en een uniforme bewaringstermijn voor het patiëntendossier worden vastgelegd en de patiënt moet rechtstreekse en onmiddellijke toegang krijgen tot zijn dossier.



Van de Vlaamse Gemeenschap vragen we volgende zaken:

- Een actualisatie van het kwaliteitsdecreet die rekening houdt met recente evoluties.
- De verdere krachtige professionele uitbouw van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) vanuit de verschillende sectoren (ziekenhuis, GGZ, ouderenzorg, eerstelijnszorg) waarvoor voldoende middelen ter beschikking worden gesteld om hun basisopdrachten uit te voeren:
- Het ondersteunen en ontwikkelen van valide kwaliteitsindicatoren en kwaliteitspeilingen.
- Het ontwikkelen en veralgemenen van één of meer registratiesystemen voor de kwaliteitsindicatoren en -peilingen.
- Het stimuleren en ondersteunen van voorzieningen en zorgverleners om zelf met kwaliteitsindicatoren en kwaliteitspeilingen te werken, zodat de kwaliteit van de zorg kan verbeterd worden.
- Het verder uitbouwen van de website www.zorgkwaliteit.be die bijdraagt tot publieke transparantie.
- De nodige diensten leveren voor de verwerking van gezondheidsgegevens tot kwaliteitsindicatoren en kwaliteitsrapporten om deze ter beschikking te stellen voor verder onderzoek aan wetenschappelijke instellingen. ➤➤



- Het wegwerken van een aantal hiaten zoals een verplichte incidentenrapportering en het verplicht aanleveren van kwaliteitsgegevens in het kader van een interoperationeel en onderling uitwisselbaar dataregistratiesysteem.
- Wij pleiten ervoor dat er een duidelijke coördinatie wordt uitgetekend tussen de werking van het VIKZ en het huidige controle-, remediërings- en handhavingssysteem dat aan een grondige herziening toe is.

We pleiten voor betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Maar dat is niet voldoende. Er is dringend nood aan een morele reflectie rond waarden en waardengestuurde kwaliteit in gezondheidszorg en welzijn. Het uiteindelijk streefdoel in de zorg is menselijke waardigheid. Zorgverleners en mensen met een zorgnood ervaren een toenemende vervreemding bij respectievelijk het werken en behandeld/verzorgd worden in de zorg die soms iets lijkt weg te hebben van een productiebedrijf, waarin de illusie voorop staat van maakbaarheid, meetbaarheid ten behoeve van een economisch gedreven verantwoording. Men hongert naar menselijke waarden als uitgangspunt van de zorg. Menswaardige zorg betekent eerbied hebben voor de menselijke persoon: de hele

persoon, in al zijn dimensies (lichaam en geest, waarden, ideologieën, culturele voorkeuren, ...). Het impliceert dat we niet louter op de ziekte of beperking focussen. En dus moeten we streven naar dynamische zorg op maat. Menswaardige zorg betekent ook dat we de mens als maatstaf van de dingen hanteren. De mens bepaalt zelf, in overleg met de zorgverleners, of de gekregen zorg menswaardig is. In de praktijk worden zorgverleners met beperkingen en obstakels geconfronteerd (bv. efficiëntiedruk) die menswaardige zorg moeilijk of onmogelijk maken. Dan komt het erop aan om "zo menswaardig mogelijk" te handelen in de gegeven context. Meer aandacht voor zorgkwaliteit betekent dus ook meer aandacht voor menswaardige zorg.

4. Een efficiënter beheer van ons gezondheidssysteem

4.1. Een correcte prijszetting



Als we binnen de federale verplichte ziektekostenverzekering willen komen tot correcte tarieven, dan is het onontbeerlijk dat we inzicht hebben in de kostenstructuur van de medische goederen en hulpmiddelen die nodig zijn om bepaalde ingrepen uit te voeren. Vandaag de dag is die op zijn zachtst uitgedrukt niet transparant. We vragen van de federale overheid, met name van de volgende minister van Economie, dat hier orde op zaken gesteld wordt.

Als de federale overheid omwille van het monopolistisch en multinational karakter van bepaalde markten geen impact meer zou hebben op de kostprijs van bepaalde producten, dan vragen we dat de volgende regering initiatieven neemt om deze problematiek op het gepaste internationale niveau aan te kaarten.

Herijking nomenclatuur



Het waarderingsstelsel dat we hanteren voor de opmaak van onze nomenclatuur is uit evenwicht geraakt. Technische prestaties raakten overgewaardeerd (voornamelijk bij de klinische biologie en de medische beeldvorming), intellectuele prestaties ondergewaardeerd.

Het laatste regeerakkoord kondigde een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur aan. De tarieven zouden op transparante wijze afgestemd worden op de reële kostprijs van de prestaties, intellectuele prestaties en coördinatie in het kader van multidisciplinaire samenwerking zouden opgewaardeerd worden, inspanningsvergoeding en kostenvergoeding zouden losgekoppeld worden. Op dit domein is helaas weinig vordering geboekt, waarschijnlijk omwille van het feit dat deze problematiek onlosmakelijk verbonden is met de herziening van de ziekenhuisfinanciering en het scheppen van de nodige transparantie rond de afhoudingen op de erelonen en de wijze waarop deze retributies ingezet worden in het kader van de financiering van de ziekenhuizen.

De herijking van de nomenclatuur is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheid en stakeholders.

Wij vragen dat de volgende regering onverwijld een taskforce samenroept, samengesteld uit stakeholders uit alle betrokken domeinen, die resultaatgericht en via een strategische agenda de nodige klaarheid schept in dit probleem, en acceptabele en haalbare oplossingen formuleert, gebaseerd op transparante, objectief gefundeerde en billijke parameters, zoals een schappelijk norminkomen voor de artsen. Dit moet ons toelaten om vóór het eind van de volgende legislatuur een nieuw model tot vastleggen van de tarieven te implementeren.

Geneesmiddelen



Wat de prijs van de geneesmiddelen betreft zijn we dringend op zoek naar een nieuw evenwicht tussen het garanderen van toegankelijkheid tot nieuwe geneesmiddelen en budgetbeheersing. De wijze waarop de reglementering rond prijs-volumecontracten in het recente verleden werd toegepast heeft de traditionele manier van prijsbepaling binnen ons systeem volledig ondergraven. We zijn op een punt beland waar we geen referentiewaarde meer hebben waarmee we specialiteiten die gelijkaardig zijn aan specialiteiten waarvoor een prijs-volumecontract werd afgesloten kunnen vergelijken. De geheimhoudingsclausules en het daarmee gepaard gaande gebrek aan transparantie heeft ervoor gezorgd dat budgetbeheersing in deze aangelegenheid voor de partners in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de budgetcontrolecommissie en het verzekeringscomité onmogelijk is geworden. De procedures gebaseerd op de artikelen 81 en 81bis (sinds februari 2018 de artikelen 111, 112 en 113) moeten bijgevolg dringend geëvalueerd worden, en de regelgeving moet bijgestuurd worden.



Op Europees niveau pleit CM voor:

- Acties inzake prijsbeleid via
 - invoering van kostentransparantie inzake onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen;
 - invoering van billijke prijzen op basis van de reële kosten die farmaceutische bedrijven redelijke inkomsten opleveren om innovatie te stimuleren;
 - stimulering van Europese samenwerking inzake evaluatie van gezondheidstechnologieën (Health Technology Assessment);
 - prijstransparantie (openbaarmaking van de reële kostprijs in plaats van de nominale waarde (muntwaarde)) beginnend met ondersteuning en uitbreiding van initiatieven voor gegroepeerde aankoop van geneesmiddelen van het type Benelux⁵.
- Een herziening van de wetgeving inzake octrooien met onder meer de afschaffing van het aanvullend octrooi.
- Een wetswijziging betreffende de parallelle import, beginnend met een verbod op het verpakken van generische geneesmiddelen als originele geneesmiddelen, om de patiënten transparantie te bieden, en vervolgens het uitsluiten van deze praktijken voor geneesmiddelen.
- Een uitbreiding van het verbod op patiëntgerichte publiciteit tot alle geneesmiddelen (en niet enkel voor geneesmiddelen op voorschrift).

Medische producten



De kosten van bepaalde medische producten zijn niet transparant, en in vergelijking met de prijzen in het buitenland zeer hoog. We denken hierbij aan hoorapparaten en aan de prijs van klinische tests, die doorslaggevend is voor onze relatief hoge tarieven in de klinische biologie.

⁵ En ook die van Bulgarije met Roemenië, die van Hongarije met de Republiek Tsjechië, Slowakije, Polen, Kroatië en Litouwen of nog die van Malta, Cyprus, Griekenland, Italië, Spanje en Portugal.

Meer incentives voor controle



Als uitvoerders van de verplichte ziektekostenverzekering is het de taak van de verzekeringsinstellingen om de allocatieve en functionele efficiëntie van het systeem voortdurend te verbeteren. Alle vormen van sociale fraude moeten worden opgespoord en gelimiteerd. Onverantwoorde praktijkverschillen moeten worden teruggedrongen, overdreven of onaangepast voorschrijfgedrag moet worden tegengegaan. Via de financiële verantwoordelijkheid worden de verzekeringsinstellingen ook afgerekend op de wijze waarop zij zich van deze opdracht kwijten.

CM eist dat de overheid het belang van de opdrachten die ze aan de verzekeringsinstellingen toevertrouwt zou inzien, en onze inzet ook naar waarde zou beoordelen. De verzekeringsinstellingen moeten meer middelen en bijkomende beheersinstrumenten krijgen om de evolutie van de uitgaven bij te sturen in de richting van de begrotingsdoelstelling.

In het kader van het verhogen van de transparantie vragen wij de mogelijkheid om onze gegevensbestanden soepeler te kunnen koppelen aan andere relevante federale of regionale databanken (MKG, fiscale gegevens, Healthdata.be, Vaccinet, ...). Wij vragen met aandrang elektronische overdracht van de pathologiegegevens bij ziekenhuisopname naar de verzekeringsinstellingen.

Wij vragen dat de volgende regering eindelijk uitvoering zou geven aan artikel 164ter van de GVV-wet, dat de Koning toelaat om zorgverleners bij wie herhaaldelijk werd vastgesteld dat zij onrechtmatig factureren, te verplichten de administratieve kosten van de controle en recuperatie te vergoeden. Op deze wijze worden de controlediensten gestimuleerd, de onverbeterlijke overtreeders ontmoedigd.

Daarnaast moet het handhavingsbeleid minder op juridische leest geschoeid worden, maar eerder in de contractuele sfeer van overeenkomsten tussen verzekeringsinstellingen en zorgverleners worden opgenomen. De reglementering moet worden aangepast teneinde het facultatief gebruik van de derdebetalersregeling opnieuw via conventie te regelen.⁶ Dit zou de verzekeringsinstellingen toelaten om het toepassen van deze versoepelde betalingswijze snel te ontzeggen aan zorgverleners die ervan gebruik maken om te frauderen of hun prestatieniveau op te drijven. Dit zal ook meteen de aantrekkingskracht van het conventiesysteem verhogen.

De wetgever moet de verzekeringsinstellingen toelaten om via selectieve contractering afspraken te maken met zorgverleners over kwaliteit, kwantiteit en kost van de aangeboden zorg (vanzelfsprekend gebaseerd op de evidence based aanbevelingen van het KCE, internationale richtlijnen, ...). Verstrekkers die efficiëntere gezondheidszorg van betere kwaliteit aanbieden moeten daarvoor beloond kunnen worden. Zorgverleners met een excessief profiel dat niet gewettigd wordt door objectieve verschillen in patiëntenpopulatie moeten na een periode van monitoring gesanctioneerd kunnen worden, onder meer door differentiatie van de verzekeringstegemoetkoming.

De kostenbeheersing die het gevolg zal zijn van dit proces moet gedeeltelijk ten goede komen aan de verzekeringsinstelling, zodat goed werkende verzekeringsinstellingen zich op de markt kunnen profileren als een betere keuze dan verzekeringsinstellingen die niet controleren of niet op zoek gaan naar doelmatiger types van zorgverlening. Dit moet doorgetrokken worden naar een aanpassing van de reglementering op de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, waarbij het belang van het variabel deel van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen wordt versterkt, en de verdeelsleutels worden herzien.

⁶ Indien onze vraag naar een veralgemeende derdebetalersregeling niet wordt ingewilligd.



Dezelfde items van zorgbehoevendheid worden nog steeds gemeten met verschillende meetinstrumenten. We denken hier bijvoorbeeld aan inschaling voor een Hulp Van Derden tegemoetkoming op RIZIV niveau, voor een tegemoetkoming Personen met een Handicap op het niveau van de FOD sociale zekerheid, de inschaling van zorgzwaarte bij het Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap (VAPH), de inschaling in het kader van het Vlaams zorgbudget zwaar zorgbehoevenden, kinderbijslag, jongerenwelzijn, ... Toekomstgericht is een dergelijke dubbelmeting van dezelfde items niet langer aanvaardbaar.

Over bevoegdheidsniveaus heen werd door alle ministers in ons land beslist om de Belrai te gaan gebruiken als uniform inschalingsinstrument. De weg naar deze veralgemeende invoering is echter nog lang.

CM pleit voor een snelle veralgemeende invoering van de Belrai(screener). Hierbij gelden wel twee belangrijke randvoorwaarden:

- Een degelijk uitgewerkte regeling met betrekking tot gegevensdeling over de sectoren heen, bijvoorbeeld middels het gedeeld elektronisch patiëntendossier.
- Er moet rekening gehouden worden met het feit dat het gebruiken en beheren van de Belrai een stuk tijdsintensiever is dan vele bestaande schalen. Dit mag niet ten koste gaan van de beschikbare middelen voor de zorgverlening zelf.



Vanuit de huidige opgebouwde expertise van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen als multidisciplinaire teams (MDT's) in het kader van het VAPH en als indicatiestellers zorgbudget zwaar zorgbehoevenden (vroegere zorgverzekering) wil CM in Vlaanderen zeer duidelijk de rol van gemachtigd indicatiesteller verder opnemen.

Overlegmodel

Als middenveldorganisatie met een zeer brede ledenbasis voelen wij als geen ander wat er leeft bij de burger, in de samenleving. Door onze sterke betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid bij de sociale zekerheid verhoogt de legitimiteit van het beleid. Wij slagen erin om zeer veel individuele burgers die bij ons aangesloten zijn via directe

communicatie te bereiken. Ons beleid wordt participatief opgebouwd vanuit onze leden. Wij zijn bekommerd om een goede dienstverlening aan onze leden. Commerciële belangen of winstgevendheid zijn hierbij geen drijfveren. Wij zorgen bovendien voor een gezonde concurrentie omdat wij niet de enige middenveldorganisatie zijn die zich op dit terrein begeeft.



Het herschikken van de federale diensten die bevoegd zijn voor gezondheidszorg werd door de huidige regering op de agenda gezet. De hefboomwerking van dergelijke redesign mag niet onderschat worden. Wij blijven voorstander van een model waar het toekomstige beleid ontworpen wordt door alle stakeholders, en niet enkel door de overheid of door de topambtenaren van de betrokken administraties. Zonder beheersautonomie van de stakeholders glijden we af naar een governance van het Angelsaksische type. We blijven ook voorstander van een blijvende koppeling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en ziektekostenverzekering. CM wil deze beide taken blijven opnemen in het kader van de gezondheid van de hele samenleving.



De huidige Vlaamse regering heeft zijn goedkeuring gegeven voor de oprichting van de Vlaamse Raad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dit orgaan kan voor de betrokken domeinen akkoorden sluiten naar het model van het Vlaams Economisch Sociaal Overlegcomité (VESOC). Daarnaast brengt het ook adviezen uit op eigen beweging of op verzoek. Het is samengesteld uit de regering, de stakeholders van het beleidsdomein en de vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers. Vanuit CM hechten wij veel waarde aan deze raad. Wij vragen dan ook de onmiddellijke effectieve opstart.

[Rechtvaardige toegang tot klassieke of digitale grensoverschrijdende zorg](#)



CM steunt:

- de ontwikkeling van beveiligde elektronische medische dossiers doorheen Europa. De toegankelijkheid moet gegarandeerd worden voor de patiënten zelf en niet enkel voor de zorgverleners.
- EU-investeringen in digitale gezondheidszorg (e-health) ter verbetering van eenieders gezondheid in het algemeen belang.
- het opnemen van gezondheid als thema in de Europese hulpprogramma's om samenwerking mogelijk te maken ten gunste van de inwoners van de grensgebieden.

5. Een doelmatiger georganiseerde zorg, op maat van de patiënt

De gezondheids- en welzijnssector zal in de komende jaren aanhoudend geconfronteerd worden met een toenemend aantal mensen met al dan niet aangeboren beperkingen, chronische aandoeningen, psychische en emotionele klachten en met een toenemend aantal kwetsbare ouderen. Een nieuw begrip van “levensmoeheid” heeft hierbij zijn intrede gedaan. Waar in het verleden de vraag naar euthanasie gesteld werd in de context van het ziekenhuis en de thuiszorg, worden we steeds vaker geconfronteerd met levenseindevragen binnen woonzorgcentra en psychiatrische voorzieningen.

Dit alles vertaalt zich in een stijgende vraag naar complexe, langdurige zorg en ondersteuning. De aanpak is totaal anders dan bij het behandelen van acute aandoeningen, waarvoor ons zorgmodel geconcipeerd werd. Vandaag de dag moeten we nog vaak vaststellen dat zorgverleners de regie over de zorg en de ondersteuning van de patiënt zelf voeren, en invullen op basis van de dienstverlening die zij vanuit hun eigen deskundigheid kunnen aanbieden. Dit model komt vervreemdend over voor een toenemend aantal patiënten en hun naasten, die het niet langer pikken dat beslissingen die een grote impact hebben op hun leefwereld zonder hun inspraak worden genomen, en hun plaats als partner in de zorg opeisen.

Ons zorgsysteem zal een ware gedaanteverwisseling moeten ondergaan, van aanbodgestuurde en gefragmenteerde zorg naar een geïntegreerd zorg- en ondersteuningsmodel, waarin verschillende zorgverleners en zorgorganisaties op diverse zorgniveaus, in onderling overleg en in overeenstemming met de zorgbehoeften van de persoon met een zorgnood en diens omgeving, op een gecoördineerde wijze hun bijdragen leveren aan een integraal zorg- en ondersteuningsproces, van gezondheids promotie over preventie, begeleiding, ziekte-management en revalidatie tot palliatieve zorg. De realisatie van een zorgcontinuüm is essentieel. De onderliggende doelstellingen van deze paradigmashift, zoals vermaatschappelijking van de zorg, “patient empowerment” en het versterken van de rol van de eerstelijns, kunnen pas gerealiseerd worden als de organisatie van ons zorgsysteem globaal en fundamenteel hertekend wordt.

Specifiek voor ouderen pleiten wij voor de verdere ontwikkeling van alle schakels van een aan hen aangepast zorgcontinuüm: gaande van begeleiding thuis tot opvang in een woonzorgcentrum via structuren voor dagopvang, kortverblijf, herstel en revalidatie, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, de zorg in het ziekenhuis, de pijncentra of de centra voor palliatieve zorg. Met andere woorden: zorg en hulp op maat, op de juiste plaats en op het juiste tijdstip, waarbij de keuzevrijheid van de oudere en zijn mantelzorgers zoveel mogelijk gerespecteerd wordt. Wij onderstrepen ook dat gezondheid van ouderen niet enkel een kwestie van zorg is, maar dat ook heel wat andere factoren daarvoor bepalend zijn zoals isolement, kwaliteit van de woning, ruimtelijke ordening, vervoer, mobiliteit, cultuur, vrijetijdsbesteding, ... Ook hier is een transversaal beleid dus uiterst zinvol.

Wij vragen met aandrang dat alle overheden van dit land zich ertoe verbinden om de actielijnen van het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” (bijlage bij het Protocolakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid dd 19 oktober 2015) te onderschrijven, en om de nodige middelen vrij te maken voor de verdere uitvoering van dit plan (globale evaluatie van de lopende pilootprojecten, selectie en uitrol van de “best practices”).

Het ontwikkelen en uitbouwen van het hierboven beschreven model moet het voorwerp uitmaken van een ruim maatschappelijk debat waarbij alle stakeholders betrokken worden. De keuzes die we als samenleving maken in de zorg mogen niet enkel gebaseerd zijn op (gezondheids)economische en klinische evaluaties van de alternatieven. Er moet in de eerste plaats aandacht besteed worden aan een billijke verdeling van de schaarse middelen en vooral aan de ethische aspecten van de beslissingen die we nemen binnen de zorg. Voor een adequate reglementaire onderbouwing van het vernieuwde systeem is een gecoördineerde tussenkomst van alle bevoegde overheden nodig.



Naast een verdere afbouw van bedden moet het aanbod in de ziekenhuissector geheroriënteerd en beter gespreid worden. Terzelfdertijd moet werk gemaakt worden van een fundamentele herziening van de bestaande federale financierings-systemen, die door alle stakeholders als complex, ondoorzichtig, inflatoir, onbillijk en vaak ontoereikend worden bestempeld. Op die manier kan het relatief hoge beslag dat de acute zorg (bedden, diensten, zorgprogramma's en nomenclatuurprestaties) momenteel legt op de beschikbare middelen van de gezondheidszorg geleidelijk aan afgebouwd worden. De middelen die we aldus vrijmaken moeten opnieuw in het gezondheidssysteem geïnvesteerd worden.



Aan Brussel en de Duitstalige gemeenschap vragen wij om de vrije keuze van de zorgvrager voor thuiszorg en thuisverpleging te respecteren.



Specifiek voor het Waalse en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest vragen wij volgende zaken:

- Een progressieve fusie van de voorzieningen voor het beheer van de technische hulpmiddelen (vroeger door AWIPH, PHARE of VAPH) en de mobiliteitshulpmiddelen (vroeger federaal).
- Het beheer van deze gefuseerde voorziening toevertrouwen aan de “sociétés mutualistes régionales” zodat deze een eenheidsloket voor de burger vormen dat in Brussel toegankelijk is voor de verschillende taalgroepen.
- Als in Brussel een zelfredzaamheidssteun ingevoerd wordt (naar het voorbeeld van de zorgverzekeringen in de andere regio's), zijn de nabijheidsdiensten (de verschillende thuiszorgdiensten) in een stedelijke context waar bereikbaarheid van belang is, zeer relevant met het oog op de toekenning van financiële steun. Met andere woorden, er moet een echt aanbod van deze diensten bestaan dat bereikbaar is. Dit aanbod moet bovendien ook inspelen op de diversiteit van de Brusselse bevolking (verschillende taalgemeenschappen; combinatie van lage inkomensklassen en inkomende expats).



Specifiek voor de Duitstalige Gemeenschap vragen wij om de ziekenfondsen te betrekken bij het medebeheer van het leveringsproces van de mobiliteitshulpmiddelen.



De persoonsvolgende financiering in het kader van de Vlaamse sociale bescherming moet bijdragen aan het realiseren van deze paradigmashift. Persoonsvolgende financiering kan ervoor zorgen dat een zorgcontinuüm wordt gerealiseerd over sectoren heen waarbij de behoefte van de persoon met een zorgnood centraal staat. Voor CM is het echter duidelijk dat deze persoonsvolgende financiering niet gerealiseerd kan worden via cash budgetten maar wel via vouchers waarbij de persoon met een zorgnood zelf de keuze maakt op welke manier hij zijn vouchers zal inzetten op basis van objectieve informatie en begeleiding van de zorgkassen.

Het principe van persoonsvolgende financiering biedt zorgbehoevenden heel wat nieuwe mogelijkheden maar niet iedereen wenst of is in staat om zelf (of met behulp van mantelzorg) keuzes te maken. Wij zijn ervan overtuigd dat we zorgbehoevenden die dat wensen moeten begeleiden in hun zoektocht naar zorg en ondersteuning om op een zo kwaliteitsvol mogelijke manier hun leven verder te zetten. Wij vragen dat de overheid de zorgkassen die aangeduid werden als uniek loket binnen de Vlaamse sociale bescherming ten volle erkent en vergoedt voor deze informatie, advies- en begeleidingsrol.

Gezien de stijgende vergrijzing en de uitdagingen in het kader van de Vlaamse sociale bescherming die op ons afkomen, maar ook gezien het feit dat in het kader van het perspectiefplan 2020 en de persoonsvolgende financiering er een groter deel van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap aangeboden zal worden vanuit de reguliere eerstelijnsdiensten, vraagt CM bovendien dat er de komende beleidsperiode een sterk groeipad kan voorzien worden om te evolueren naar een volledige subsidiëring van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. In het woonzorgdecreet werden subsidiecriteria vastgelegd voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Op basis van verschillende parameters wordt het aantal gesubsidieerde full-time equivalenten (FTE) bepaald. Omwille van beperkte budgetten konden we tot nu toe echter nooit beschikken over het werkelijke aantal FTE waarop we volgens de criteria en parameters recht hebben. Enkel indien de Vlaamse overheid bijkomend investeert in de diensten maatschappelijk werk zullen we op kwaliteitsvolle wijze cliënten kunnen blijven ondersteunen en begeleiden.

Eerst en vooral moet er een akkoord komen tussen de federale overheid en de deelstaten om tegen 2030 het aanbod aan ziekenhuisbedden met 10.000 eenheden te verminderen. Ook het **relatief hoge aanbod** van acute en psychiatrische zorg en van verschillende andere diensten en zorgprogramma's moet **afgebouwd** worden.

Het idee van samenwerken in regionale en supraregionale netwerken is ondertussen op het terrein vrij algemeen aanvaard. Hierbij wordt het courante deel van het zorgspectrum, de planbare basiszorg en de chronische zorg, toegewezen aan lokale perifere ziekenhuizen die samenwerken in een regionaal netwerk en zodoende een complementair zorgaanbod verzekeren in iedere zorgregio. De gespecialiseerde zorg (behandeling van moeilijke of zeldzame aandoeningen, die schaarse expertise en dure infrastructuur vereisen) wordt

geconcentreerd in een beperkt aantal gespecialiseerde ziekenhuizen, ingebed in een supraregionaal netwerk.

Op deze wijze wordt de zorg op de tweede lijn rationeler georganiseerd, er wordt gesnoeid in het aanbod aan acute ziekenhuisbedden, diensten en zorgprogramma's, en de relatief lange verblijfsduur in onze ziekenhuizen zal teruglopen. Het is hierbij absoluut noodzakelijk dat de ziekenhuisnetwerken geografisch afgestemd zijn op de eerstelijnszones in Vlaanderen en de "bassins de soins" in Wallonië.

De diverse regelgevers van dit land moeten dringend werk maken van een **geschikt juridisch kader om deze netwerking reglementair te ondersteunen**. De deelstaten moeten hun **subsidiëringsregels gebruiken als hefboomen** om dit beleid te ondersteunen.



De federale regering dient bij haar intentie om de ziekenhuisnetwerken te rationaliseren en toenadering tussen de ziekenhuizen te organiseren rekening te houden met een **Waalse en Brusselse specificiteit**: het groter aantal openbare ziekenhuisstructuren dan in het noorden van het land. Vóór de ziekenhuizen uit de associatieve sector een associatie met die van de openbare sector kunnen overwegen, moeten zij een aantal garanties krijgen via een eigen rechtspersoonlijkheid en governance. Een dergelijke associatie is vooral te overwegen via het specifiek juridisch statuut voor associaties in hoofdstuk XII op voorwaarde dat dit statuut grondig wordt herzien en de decretale en reglementaire bepalingen worden aangepast.

Nu omvat dit juridisch statuut twee elementen die de wil om associaties te vormen, dreigen te blokkeren:

- De governance: de openbare structuur is ongeacht de grootte ervan steeds verzekerd van minstens de helft van de stemmen in de beheers- en bestuursorganen; het werkingsmodel moet het ziekenhuis bovendien in staat stellen de uitdagingen die de huidige verregaande reorganisaties in de sector met zich meebrengen, aan te pakken.
- Het personeel in een dergelijke associatie: dit personeel kan contractueel en/of statutair zijn. Het statutair regime legt meer verplichtingen op aan de werkgever en kost meer zonder rekening te houden met de complexiteit en het gebrek aan soepelheid ervan voor het HR-beheer welke inherent zijn aan het beheer van de sociale relaties bij de overheid. Het statutair pensioenregime legt bovendien een zware hypotheek op het budget en de ziekenhuizen kunnen die niet dragen.

Wij denken dat deze twee elementen bijzonder blokkerend zijn en de toenadering tussen ziekenhuisinstellingen kunnen bemoeilijken. Wij vragen een aanpassing van de wetgeving die deze associaties in hoofdstuk XII organiseert, door deze remmende elementen weg te nemen en de meerwaarde en het dynamisme van een associatief beheer te vrijwaren. Dezelfde redenering geldt ook voor het wetgevend kader voor de ziekenhuisintercommunales. De bevoegde overheden zouden zich daarvoor moeten inspireren op wat het Vlaamse Gewest deed en openbare ziekenhuizen moeten laten meewerken aan de oprichting van privaatrechtelijke associaties voor de volledige of gedeeltelijke exploitatie van een ziekenhuis of ziekenhuisgebonden activiteiten (art. 236 van het Decreet betreffende de organisatie van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn).

Terzelfder tijd moet werk gemaakt worden van een fundamentele herziening van het bestaande financieringsmechanisme van de ziekenhuizen. Verder werken op het bestaande stramien is geen optie voor de toekomst. In de loop van de huidige legislatuur werd een schuchter begin gemaakt met de invoering van prospectieve honoraria voor een beperkte groep van laagvariabele ingrepen. Ofschoon we niet akkoord gaan met de concrete invulling die de federale regering hieraan gaf, inzonderheid voor wat de mogelijkheid om bijkomende ereloon-supplementen aan te rekenen betreft, kunnen we de basisidee achter dit concept wel onderschrijven. We pleiten ervoor om de prospectieve honoraria verder uit te bouwen in de richting van een vaste financiering per ziekenhuisopname, op termijn ook voor minder gestandaardiseerde zorg, en gecombineerd met een gedeeltelijke betaling in functie van de kwaliteit van de geleverde zorg (P4Q).

5.2. Investeren in alternatieve zorgformules en ICT

De middelen die we aldus vrijmaken moeten - in constant overleg tussen de federale staat en de deelstaten - opnieuw geïnvesteerd worden:

- in integrale zorg- en samenwerkingsmodellen, die een zorgcontinuüm op maat van de patiënt uitbouwen;
- in alternatieven voor opvang in post-acute zorg van patiënten die niet langer gespecialiseerde medische omkadering nodig hebben, maar die nog niet doorverwezen

kunnen worden naar de thuiszorg, of voor palliatieve patiënten die niet meer in een gespecialiseerde Sp dienst opgenomen moeten worden, maar die ook niet thuis kunnen verblijven. We denken hierbij aan modellen van transmurale zorg, zorghotels, herstelorden, revalidatiecentra, ...;

- in het uitbouwen van een volwaardig en menswaardig zorgcontinuüm voor de ondersteuning van ouderen, chronisch zieken en mensen met blijvende en irreversibele beperkingen, gaande van voldoende thuiszorg en thuisverpleging, passende mobiliteitshulpmiddelen en thuiszorgondersteunende technologie over buurtzorg en assistentiewoningen tot woonzorgcentra. Bijzondere aandacht moet besteed worden aan de uitbouw van een volwaardig systeem van geestelijke gezondheidszorg;
- in het ontwikkelen van een volledig geïntegreerd ICT-platform, waarop informatie verzameld, geanalyseerd en gedeeld wordt tussen alle betrokken zorgverleners, de patiënt, zijn omgeving en zijn ziekenfonds/zorgkas.

Zodoende kan ook de relatief lange verblijfsduur in acute ziekenhuizen verkort worden.

De patiënten en hun familie kennen de herstelsector vaak niet goed maar dit geldt evenzeer voor het verzorgingspersoneel zelf of de maatschappelijk werkers in de ziekenhuizen. Tot op heden bestaat immers geen enkel kader of ondersteuning voor deze initiatieven die een nieuwe nood lenigen. De politici hebben hier een belangrijke rol te spelen. Wij vragen de regio's specifiek:



een wettelijk kader te creëren om de herstelorden te erkennen en hiervoor erkenningsnormen te bepalen.



voldoende financiering te voorzien voor de uitbreiding van het bestaande aanbod en het gebruik van deze diensten te promoten.

5.3. Een volledige reorganisatie van de eerste lijn

Er moet op alle bevoegdheidsniveaus een visie en een operationeel plan ontwikkeld worden voor een geconcentreerde reorganisatie van de eerstelijnszorg met als kernconcepten **subsidiariteit** en **interdisciplinaire samenwerking rond en met de patiënt**. De federale wet op de gezondheidszorgberoepen moet herzien worden. De effecten van deze herziening en van de samenwerking die hieruit via aangepaste financieringsmodellen moet voortvloeien, moeten aanleiding geven tot een herziening van de planning en de programmatie van zorgberoepen in de eerste lijn.

Veel van deze elementen zijn onderling met elkaar verbonden, en overstijgen de autonome bevoegdheidsfeer van de betrokken overheden. Zo zullen de deelstaten de knelpuntberoepen in de zorg niet kunnen wegwerken als de federale overheid niet inspeelt op de attractiviteit van deze disciplines door een billijke herijking van de nomenclatuur. Multidisciplinaire samenwerkingsinitiatieven zullen niet van de grond komen als de federale ziektekostenverzekering de zorgverleners prestatiegebonden blijft financieren.

Herziening van de wet op de gezondheidszorgberoepen

De reglementering op de gezondheidszorgberoepen moet dringend structureel aangepast worden om rekening te houden met een aantal recente ontwikkelingen en te anticiperen op toekomstige trends in de zorg. We denken hierbij aan de tendens naar patiëntautonomie, integrale zorg en multidisciplinaire samenwerking, de opkomst van superspecialismen en nieuwe zorgberoepen (praktijk-assistenten voor de huisartsenpraktijk, mondhygiënist, optometristen, ...). Hierbij moet ook ingespeeld worden op nieuwe behandelingsmethoden en communicatietools en de nood aan transversale zorgactoren.

De rol van de patiënt moet op een actieve wijze gedefinieerd worden. Een expliciete verankering van het concept "shared decision making" in de wetgeving kan hiertoe bijdragen.

De regeling betreffende de toevertrouwde handelingen moet meer gericht zijn op competentie- dan op bevoegdheidsprofielen. Subsidiariteit moet de regel worden. In principe moeten alle handelingen gedelegeerd kunnen worden naar een zo laagdrempelig mogelijk zorgniveau, ook naar de mantelzorgers. Enkel waar dit om medische redenen aangewezen is, kan een omstandig gemotiveerd reglementair verbod op delegatie worden ingeschreven. Vanuit deze optiek moet het substitutierecht van de apotheker inzake geneesmiddelen uitgebreid worden tot alle voorschriften.

Deze reorganisaties moeten worden doorgevoerd met respect voor de keuzevrijheid van de patiënt.

Correcte planning en programmatie van het aanbod

Vertrekkend vanuit de nieuwe functie- en taakomschrijvingen die volgen uit de herziening van de wet op de gezondheidszorgberoepen, en rekening houdend met de nieuwe trends in de zorg (digitaal consult, telemedicine, ...) moet de behoefte inzake medisch aanbod in de brede zin van het woord correct bepaald worden. Niet enkel voor artsen en tandartsen, maar ook voor kinesitherapeuten, logopedisten, psychologen, ... Dit is opnieuw een taak die de autonome bevoegdheidsdomeinen van de verschillende overheden overschrijdt.

Van de federale overheid vragen wij dat ze bij de planning van de globale contingenten rekening houdt met alle relevante parameters, zoals participatie- en activiteitsgraad van de zorgverleners, instroom van zorgverleners uit het buitenland, bevolkingsstructuur, sociaal profiel van de bevolking en zorgconsumptie. De federale overheid moet ook borg staan voor een correcte geografische spreiding van dit aanbod. Een verdeelsleutel die enkel rekening houdt met het aantal inwoners in de verschillende regio's van ons land is voor ons onaanvaardbaar.

Maar ook de concrete geografische spreiding en de vestiging van zorgverleners op een bepaalde locatie zou rekening moeten houden met de wijze waarop de deelstaten de eerstelijnszorg concreet organiseren.

De deelstaten moeten de toegang tot de opleiding afstemmen op de globale contingenten. CM pleit voor een waardengedreven opleiding waarbij mensen op basis van een intrinsieke motivatie een keuze maken voor een zorgberoep. Zij moeten ook zorgen voor een goede spreiding van de globale contingenten over de verschillende subspecialismen, teneinde knelpuntberoepen in de zorg weg te werken. Dit kan slechts lukken indien de federale overheid inspeelt op de attractiviteit van bepaalde zorgberoepen via een billijke herijking van de nomenclatuur.

Stimuleren van een multidisciplinaire aanpak

De voorbije decennia werden tal van initiatieven tot coördinatie en onderlinge afstemming van de zorg en ondersteuning opgestart, op diverse niveaus en in diverse sectoren. We denken hierbij aan overleg- en coördinatiestructuren als GDT, SEL, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, palliatieve netwerken, ...

Wij vragen de aantredende regeringen om in gezamenlijk overleg de werking van deze initiatieven en hun rol in het globale samenwerkingsmodel kritisch te evalueren, overlappings weg te werken en hiaten op te vullen.

CM pleit voor de erkenning en ontwikkeling van de rol van casemanager, die door diverse types van zorgverleners

(waaronder welzijnswerkers) kan worden opgenomen. Casemanagement moet een onderdeel zijn van meerdere beroepsprofielen. Een dergelijke rol moet tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus onderling worden

gedefinieerd en afgesproken. Daarbij vragen wij dat alle mogelijke financieringsbronnen worden aangesproken, en dat een bijkomende opleiding wordt voorzien voor zorgverleners die de rol van casemanager willen opnemen.



De eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 geeft duidelijk de richting aan waarin het Vlaams beleid wil evolueren bij de reorganisatie van de eerstelijns. Deze keuzes zullen de komende jaren verankerd worden in regelgeving. Zeker inzake casemanagement en zorgcoördinatie moeten duidelijke lijnen uitgezet worden.

Voor CM kan iedere zorgverlener de rol van zorgcoördinator en de functie van casemanager opnemen rekening houdende met de nodige competenties. CM vraagt dat de maatschappelijk werkers van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, in situaties waarin de sociale of welzijnsproblematiek belangrijk is, erkend worden door de Vlaamse overheid als zorgcoördinator en casemanager. Vanuit onze jarenlange ervaring zijn onze diensten maatschappelijk werk immers bij uitstek geschikt om de functie van casemanager op te nemen. Ook zorgcoördinatie maakt momenteel reeds onderdeel uit van de opdrachten van de diensten maatschappelijk werk.

Daarnaast pleit CM ervoor om overlegcoördinatie te vrijwaren als aparte functie, ook los van casemanagement; overlegcoördinatie in het kader van multidisciplinair overleg moet ook mogelijk blijven voor cliënten voor wie geen casemanager wordt aangesteld. Indien overlegcoördinatie wegvalt dan zullen immers veel zorgsituaties uit de boot vallen. De toegang tot overlegcoördinatie is ruimer dan bij casemanagement; casemanagement is enkel voor het topje van de ijsberg. De praktijk op het terrein leert dat het in bepaalde cliëntsituaties meer dan een meerwaarde is dat de overlegcoördinator (een derde die niet betrokken is in de concrete hulpverlening bij een cliënt) alle partijen die instaan voor de zorg van de cliënt bij elkaar kan brengen om de situatie te bespreken, afspraken te maken en eventuele problemen uit te praten.

Net zoals voor casemanagement vragen wij structurele financiering voor zorgcoördinatie.



Volgens de oriënteringen die de verschillende bevoegdheidsniveaus voor de functie van casemanager zullen bepalen, zouden de coördinatiecentra, indien nodig, eveneens deze aanvullende aanpak in hun opdrachten moeten kunnen integreren, ter aanvulling van de coördinatie-opdracht die zij al hebben.

Aangepaste financieringsmodellen

Prestatiegebonden financiering kan een hinderpaal zijn voor het proces van gecoördineerde en behoeftegestuurde zorg. We moeten daarom overstappen naar financieringsmodellen die de samenwerking rond de persoon met een zorgnood stimuleren. Het doordacht invoeren van gebundelde betalingsmodellen, waarbij alle elementen van de zorg voor bepaalde types van

patiënten, transmuraal en over de grenzen van de verschillende disciplines en bevoegdheidsniveaus heen, globaal vergoed worden, kan een stimulans geven voor doelmatige netwerkzorg die beter afgestemd is op de behoeften van de patiënt en diens omgeving. Er moet werk gemaakt worden van een reglementering die dit soort van innovatieve financieringsmodellen onderbouwt.



In dit kader pleiten we ook voor een herziening van de financiering van het GMD (afhankelijk van een positieve evaluatie van de kwaliteit en de efficiëntie). Het forfaitaire ereloon dat de huisarts krijgt voor het beheer van een GMD moet gemoduleerd worden naargelang van het type patiënt, zoals reeds het geval is voor bepaalde chronisch zieken. Een uitbreiding naar andere doelgroepen moet worden nagestreefd.

We pleiten ook voor een modulering van de erelonen voor raadplegingen, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen een klassieke raadpleging omwille van gezondheidsklachten, een raadpleging rond veerkracht en positieve gezondheid⁷, en een digitaal consult.

Wat betreft het financieringsmodel voor de zorgverleners, pleiten we voor een formule gebaseerd op:

- 60 procent forfaitaire financiering: dekt de activiteit van de praktijk volgens haar patiëntenprofiel;
- 30 procent à l'acte: om verstrekkingen te kunnen financieren buiten de forfaitaire aanpak;
- 10 procent op basis van kwaliteitscriteria: het streven naar het halen van doelstellingen; een verbeterd accrediteringsproces via het hanteren van een Portfolio.

Betere ondersteuning van de zorgprofessionals

Het welzijn van de zorgprofessionals is een belangrijke parameter voor de kwaliteit van het zorgsysteem. De overheid moet meer aandacht besteden aan het verhogen van de

attractiviteit van de zorgberoepen en aan de ondersteuning van de zorgprofessionals. Initiatieven als Impulseo en Assisteo kunnen hiertoe bijdragen, evenals het verder uitbouwen van de continuïteitsfuncties in de eerstelijnszones (huisartsen-wachtposten, wachtdiensten van apothekers, ...).

7 <https://www.mijnpositievegezondheid.be/>

Intermezzo: Verbeteren van de communicatie tussen de verschillende actoren

Een integraal zorgmodel kan niet geïmplementeerd worden zonder permanente communicatie tussen de verschillende actoren. We hebben een performant en interoperabel ICT model nodig, waarin alle nuttige informatie doelmatig verzameld, geanalyseerd en gedeeld wordt tussen alle betrokken zorgverleners, de patiënt, zijn omgeving en zijn ziekenfonds/zorgkas. Dat systeem moet op termijn evolueren naar een "community" waarin zorgverleners, zorggebruikers, mantelzorgers, verzekeringsinstellingen en overheden actief betrokken zijn. Uiteraard moeten hierbij de patiëntenrechten en het recht op privacy van de patiënt/zorggebruiker worden gerespecteerd.

Inspraak kan enkel positief werken als de patiënt ook inzicht heeft in de consequenties van zijn keuzeopties. Momenteel beschikt de patiënt niet altijd over de juiste informatie aangaande kwaliteit en prijs van de zorg om een bewuste keuze te kunnen maken. De informatie is vaak zeer diffuus of niet meer geactualiseerd. In een constant evoluerende zorgmarkt zullen de patiënten hun rol als partner in de zorg enkel kunnen opnemen als ze correct geïnformeerd zijn over de opties die voor hen openleggen, en voldoende inzicht aangeboden krijgen in de prijs en de kwaliteit van het zorgaanbod via een uniek laagdrempelig ICT platform. Hierin ligt volgens ons een taak voor het gezondheidsfonds. Wij vragen van de overheid dat ze deze rol zou erkennen en honoreren, en ervoor zou zorgen dat wij als gezondheidsfonds over alle nuttige informatie kunnen beschikken om onze leden correct te informeren omtrent de opties die voor hen openliggen.

Elk beleidsniveau ondernam reeds heel wat pogingen om te komen tot een geïntegreerd model van gegevensdeling maar de inspanningen moeten opgedreven worden.

Zo moet het actieplan eGezondheid onverkort en met bijkomende inspanningen worden gerealiseerd. Deze maatregelen moeten ondersteund worden door flankerende informatie naar burgers en zorgverleners.

Absolute prioriteit is het veralgemeend invoeren van een gedeeld en geïntegreerd elektronisch medisch dossier. Er moet ook bijzondere aandacht besteed worden aan een betere afstemming van welzijns- en gezondheidsgegevens, over de grenzen van de bevoegdheidsdomeinen van federale staat en deelstaten heen.

We stellen vast dat momenteel vooral (para)medische gegevens elektronisch uitgewisseld worden. Nochtans komt in een model van vermaatschappelijking de context en het welzijn meer en meer op de voorgrond te staan. Een betere afstemming van welzijn en gezondheid mag hierbij geen dode letter blijven.

In dat kader pleiten wij ervoor dat de deelstaten semantische interoperabiliteit in de welzijnssector bevorderen en stappen zetten voor een authentieke bron van welzijnswerkers (die niet beschikken over een RIZIV-nummer in het kader van KB78; bv. de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen). Dat moet de integratie van welzijns- en contextgegevens toelaten in het globale dossier van de patiënt/cliënt.



We pleiten ervoor dat het Vlaamse bestuursniveau, dat bevoegd is voor de erkenning van de zorgberoepen, dit proces instrueert en opneemt als expliciete werf, onder meer bij de verdere uitrol van een geïntegreerd breed onthaal in Vlaanderen.

Mantelzorgers tekenen voor 60% van de zorg bij chronisch zieken. Op dit ogenblik bestaat er geen formeel systeem (behalve het doorgeven van de eID met pincode door de chronisch zieke) dat hen toelaat om toegang te krijgen tot de gegevens in Vitalink of andere databronnen van andere deelstaten. CM vraagt dat er een systeem komt waarbij mantelzorgers kunnen gemandateerd worden om de welzijns- en zorggegevens van de personen waarvoor ze de zorg op zich nemen te consulteren (en te beheren indien van toepassing). De zorgbehoevende of zijn mantelzorgers zou tevens de regie moeten hebben over de informatiedeling.

5.4. Betere ondersteuning voor palliatieve patiënten

Essentieel bij het levenseinde is respect voor de wil en de keuze van elkeen inzake het soort pijnbestrijding. Daarnaast moet iedereen kunnen kiezen waar men zijn laatste levensdagen doorbrengt: thuis, in het ziekenhuis of in een instelling.

In dat verband formuleren wij volgende specifieke vragen:



- De financiering van de multidisciplinaire palliatieve equipes moet voldoende zijn om aan de behoeften te kunnen beantwoorden. De behoeften zijn niet enkel gerelateerd aan de vergrijzing van de bevolking en aan de explosie van chronische aandoeningen die tot palliatieve situaties leiden. Er is ook nood aan tijd om de patiënt op een correcte, volledige, begrijpelijke manier te informeren over zijn toestand en de palliatieve zorgen zodat hij zijn keuze kan maken met kennis van zaken. We moeten vermijden dat de patiënt door onvoldoende informatie en door gebrek aan vroegtijdige zorgplanning (VZP), keuzes maakt onder druk van de maatschappij, van zijn mantelzorgers, van zorgverleners. De wet rond euthanasie en de omstandigheden van de aanvraag ervan moeten geëvalueerd worden.
- Subsidiëring van de Waalse, Brusselse en Vlaamse federaties voor palliatieve zorg. Deze federaties zijn al vele jaren actief. Zij treden op als transversale vertegenwoordigers van de actoren inzake palliatieve zorg op federaal en gewestniveau. Zij krijgen geen federale subsidies ondanks hun dynamische inbreng bij de uitwerking van maatregelen die het palliatief zorglandschap verbeteren.



- In het kader van de vroegtijdige detectie van situaties die aanleiding zouden geven tot palliatieve zorgen, stellen we voor dat de VZP (vroegtijdige zorgplanning) snel geïmplementeerd wordt. Dit impliceert informatie en sensibilisering naar zorg- en hulpverleners toe in alle settings: eerstelijns, woonzorgcentra en ziekenhuizen.
- Uitbouwen van verschillende verblijfsalternatieven.

5.5. Mantelzorg

De rol van mantelzorgers bij de ondersteuning, hulp en begeleiding van zorgbehoevende personen is essentieel: dagelijks zorgen duizenden Belgen voor een ouder, een kind of, ruimer, voor een naaste die in meer of mindere mate zorgbehoevend zijn. Vandaag is aangetoond dat die hulpverlening een impact kan hebben op de gezondheid van de mantelzorger zelf, vooral wanneer intensieve hulp nodig is of door de gevorderde leeftijd van de mantelzorger. De erkenning

van mantelzorgers en de toekenning van een specifieke sociale bescherming zijn een hoofdzakelijk federale bevoegdheid maar de Gemeenschappen en Gewesten hebben wel de belangrijke rol om passende antwoorden en ondersteunende voorzieningen voor de specifieke noden van de mantelzorgers te bieden. Daarbij moet er wel over worden gewaakt dat zij niet ter vervanging van de hulp- en zorgberoepen worden ingezet.



De regio's moeten meer bepaald:

- het aanbod aan respijtzorg uitbreiden en versterken door opvangstructuren voor kortverblijf en herstel te ondersteunen en te ontwikkelen die aangepast zijn aan de noden van de zorgbehoevende persoon en zijn hulpverlener;
- de diensten voor hulp en zorg aan huis uitbouwen en voor iedereen toegankelijk maken om een gepersonaliseerd antwoord te bieden voor de verschillende noden van iemand die thuis woont maar zorgbehoevend wordt;
- thuisoppas financieren en uitbouwen, vooral nachtelijke thuisoppas;
- initiatieven voor een betere preventieve psycho-sociale begeleiding van mantelzorgers ondersteunen en ontwikkelen door uitbreiding van de begeleidings- en ondersteuningsmogelijkheden en door een proactievare tussenkomst van de coördinatiecentra en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, zodat mantelzorgers zo snel mogelijk kunnen genieten van de voor hen bestemde medisch-sociale voorzieningen;
- de zorgbehoevenden en hun mantelzorgers vlotter informatie verstrekken over de specifieke wetgeving en de hulp die op hen betrekking heeft, en voorzien in een eventuele administratieve ondersteuning bij de formaliteiten die hiervoor vervuld moeten worden;
- de mantelzorgers aanmoedigen en ondersteunen wanneer zij passende antwoorden zoeken voor hun zorgnoden door de VZW mantelzorgers - l'ASBL aidants proches te erkennen als verbindende entiteit om een aantal operatoren die belast zijn met het concreet bieden van antwoorden aan de mantelzorgers, samen te brengen.

5.6. Zorgend vrijwilligerswerk

Zorgend vrijwilligerswerk biedt een grote meerwaarde in de thuiszorgsituaties waardoor zorgbehoevende personen langer thuis kunnen blijven wonen.



CM vraagt grote aandacht voor de vrijwilliger in de komende legislatuur. We vragen dat alle relevante wetgeving ondersteuning van het vrijwilligerswerk mogelijk maakt zonder hieraan een semiprofessioneel statuut toe te kennen. De deelstaten moeten betrokken worden bij de besprekingen over de vrijwilligers.

Zorgverzekering (“assurance autonomie”)

De demografische en socio-medische context toont aan dat zelfredzaamheidsverlies voor steeds meer Belgen een probleem zal worden in de toekomst. De ontwikkeling van een globale visie voor het toekomstig beleid hieromtrent is meer dan ooit nodig. Deze visie zal afhankelijkheid in brede zin moeten definiëren en de problematiek van zowel fysieke, psychische als sociale afhankelijkheid moeten omvatten. Belangrijk is om te blijven investeren in de bestaande voorzieningen die de zelfredzaamheid kunnen bevorderen en deze te versterken. De invoering van een zorgverzekering in Wallonië en Brussel naar het voorbeeld van Vlaanderen zal een nieuwe hefboom vormen om voor al deze uitdagingen een antwoord te bieden.

Deze toekomstige verzekering zal aan verschillende eisen moeten voldoen:

- voorzien in de noden van de hele bevolking ongeacht leeftijd, inkomen of woonplaats;
- gebaseerd zijn op solidaire en universele financierings- en retributiemechanismen: onze voorkeur gaat uit naar een gewestelijke sociale zekerheidsbijdrage of een progressieve inkomstenbelasting voor de financiering ervan maar tegelijkertijd dringen wij aan op medefinanciering door de overheid;
- voldoende gefinancierd zijn om een echte sociale meerwaarde voor de burgers te vormen;
- de zorgbehoevendheidsgraad moet het hoofdcriterium zijn om het begunstigd publiek te bepalen en dit vanaf de laagste graad om te voldoen aan de doelstelling van het voorkomen van zelfredzaamheidsverlies;
- het aanbod van de zorgverzekering uitbouwen via een combinatie van twee benaderingen: een forfaitaire tegemoetkoming en een uitbreiding van de diensten om de keuzevrijheid van de patiënt te garanderen en zijn onafhankelijkheid te bevorderen, waarbij een dynamiek van sociaal ondernemerschap wordt ondersteund door een uitbreiding van het dienstenaanbod van de erkende associatieve diensten;
- voldoende ondersteuning voorzien voor die groepen van personen die niet worden beoogd door de toekomstige zorgverzekering (meer bepaald situaties van sociale afhankelijkheid);
- op termijn slechts één enkele schaal gebruiken om de zorgbehoevendheid te bepalen: de BELRAI – indien dit instrument toelaat de zorgbehoevendheid te meten op adequate en multidimensionele wijze, in overleg met de zorgverleners en de rechthebbenden.



In het **Waalse en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest** moet de prioritaire hulp die met een toekomstige zorgverzekering wordt beoogd drie zaken omvatten: de toegankelijkheid tot de diensten voor hulp bij het dagelijks leven; de versterking van de coördinatiecentra; en de steun aan de mantelzorgers. Op langere termijn zal de zorgverzekering progressief ook de ondersteuning van de woningaanpassing moeten dekken en diensten voor hulp op afstand, de materiële hulpmiddelen en het niet-dringend vervoer.



In het **Brussels-Hoofdstedelijk Gewest** besliste het Verenigd College om de Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden te behouden en deze door de ziekenfondsen te laten beheren. Tegelijkertijd zal worden onderzocht of de oprichting van een zorgverzekering haalbaar en opportuun is. In dat opzicht pleiten wij ervoor dat de zorgverzekering zou worden uitgewerkt rekening houdend met de noden die de Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden dekt en om een aanvullende voorziening hierbij uit te werken.



In de **Duitstalige Gemeenschap** pleiten wij voor een analyse van de mogelijkheden tot invoering van een zorgverzekering die compatibel is met gelijkaardige voorzieningen in de andere deelstaten, zodat de overdracht van de rechten van de burgers verzekerd is.



Voor het **Waalse Gewest** en in de veronderstelling van de uitwerking van een zorgforfait⁸ op basis van de bestaande Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden, vragen wij:

- een evaluatie van de bestaande voorziening;
- een progressieve overgang van een bijstandsregeling naar een verzekeringsregeling;
- dat de ziekenfondsen deze opdrachten van de FOD zouden overnemen en hiervoor de nodige middelen zouden krijgen;
- een ruimere toegang door de inkomensplafonds op te trekken;
- op termijn enkel nog gebruik te maken van de BELRAI als enige beoordelingsschaal voor afhankelijkheid.

5.8. Samenhangend beleid inzake geestelijke gezondheid

Geestelijke gezondheid is een zeer complex concept. Tussen eenvoudig nood hebben aan een luisterend oor en een geestesziekte liggen oneindig veel specifieke situaties die elk om een passende oplossing vragen. Elke situatie gaat gepaard met een bijzondere familiale, professionele en sociale context die een grote impact heeft op de geestelijke gezondheid en op het soort ondersteuning dat geboden zal moeten worden.

Het zorgaanbod voor psychisch zieken is ruim en vrij divers. Dit aanbod is ook in volle ontwikkeling, onder meer als antwoord op de vraag naar vermaatschappelijking en patiëntgerichte zorg in het herstelproces.

Tegelijk stellen we knelpunten vast in de zorg- en hulpverlening aan personen met psychische problemen, knelpunten die elkaar bovendien versterken: hardnekkig taboe en stigma, onvoldoende vertrouwde met het hulpverleningsaanbod bij personen met psychische problemen én bij hulpverleners, laattijdige detectie van psychische problemen, uitstel van de noodzakelijke zorgvraag, inadequate doorverwijzing, onvoldoende afgestemde en continue zorg, wachtlijsten en financiële, culturele en geografische drempels tot zorgverlening. Dit komt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg niet ten goede.

Het ziekteverzuim wegens psychische problemen (1 op 3 nieuwe arbeidsongeschikten) neemt toe: langdurig werkverlet vanaf jongere leeftijd maar ook een stijgend presentisme, een hoger risico op co-morbiditeit, een toename van de angststoornissen, een hoog aantal zelfdodingen en allerlei stresserende omgevingsinvloeden hebben een maatschap-

pelijke impact op het welzijn met daaraan gekoppeld een hoge kost.

De sector van de geestelijke gezondheidszorg is toe aan een grondige herziening. Niet alleen de centralistische (residentiële) organisatie en complexe financiering maar ook de versnippering van zorg moet worden aangepakt. Diverse bevoegdheden van de federale en gemeenschapsoverheden maken het geheel onoverzichtelijk en staan een efficiënte zorg in de weg.

Nog meer aandacht moet besteed worden aan de diverse kwetsbare groepen in de samenleving: mensen in armoede, chronisch zieken, personen met lagere sociaal-economische status, kinderen & jongvolwassenen, allochtonen, problematische gezinnen, ... Ook de gevolgen van de vergrijzing vragen onze specifieke aandacht, met waardig ouder worden als vertrekpunt.

Wij vragen om de financiering van de geestelijke gezondheidszorg fundamenteel bij te sturen en de zorg nog meer te integreren in de samenleving. Dit is een alternatief voor de ziekenhuisopname van patiënten. De vermaatschappelijking van zorg wordt niet enkel bereikt door afbouw en reconversie van een aantal bedden en het besteden van vrijgekomen middelen in (zinvolle) "mobiele teams". Een deel van die middelen moet besteed worden aan de versterking en integratie van netwerken: een volwaardige herstelgerichte eerstelijns GGZ, de uitbouw van 'community care', een verdere de-institutionalisering mits patient empowerment, en een optimale tweedelijnszorg middels de koppeling aan respijtzorg.

8 « Allocation Forfaitaire Autonomie (AFA) »

Essentieel voor de ontwikkeling van een beter beleid inzake geestelijke gezondheid zijn volgende zaken:

- De bevolking sensibiliseren rond problemen inzake geestelijke gezondheid om stigmatisering en taboes te bestrijden.
- Preventie van geestelijke gezondheidsproblemen van jongsaf aan.
- De bevolking correct informeren over de bestaande voorzieningen voor opvang en ondersteuning.
- Studies en statistieken maken om te bepalen welke de grootste problemen zijn inzake geestelijke gezondheid. De ziekenfondsen kunnen hierbij een rol spelen gezien het volume en de aard van de gegevens waarover zij beschikken.
- Geld investeren in dienstverlening aan huis om personeel op te leiden voor de ondersteuning en begeleiding van geesteszieke personen thuis.
- Ondersteuning van psychiatrie-opleidingen om aan de schaarste aan psychiaters tegemoet te komen.
- Meer uren vorming over geestelijke gezondheid voorzien voor eerstelijnszorgverleners.

Het succes van een maatschappelijk gestuurde zorg hangt af van het lenigen van de zorgnood/zorgvraag met hierbij de kwaliteit centraal. Inzetten op vroegtijdige detectie is essentieel. Efficiënte preventie heeft een impact op de zorgnood. Binnen dat perspectief kent evidence based werken limieten. De werkelijke zorgnood ligt hoger bij mensen die geen specifieke diagnose hebben. Diagnose is namelijk geen goede voorspeller voor de zorgvraag.

De ziekte- en behandeluitkomst hangt ook af van de efficiëntie waarmee de netwerken op elkaar en op de zorgvraag inspelen. Een versterking en verder differentiëren van het zorgaanbod is om die reden van belang zodat tijdig en op een kwaliteitsvolle wijze de noodzakelijke zorg kan verleend worden. CM vraagt de uitbouw van bijkomende nieuwe laagdrempelige en financieel

toegankelijke initiatieven van psychologische hulpverlening op de eerste lijn die bijdragen tot een snellere hulpvraag en snellere detectie van problemen. Waar nodig, moet dit op maat gebeuren van specifieke, moeilijker te bereiken doelgroepen. Tevens moet meer ingezet worden op de samenwerking tussen geestelijke gezondheid en de welzijnsactoren en de verdere implementatie van de diverse zorgnetwerken: efficiënte vroegtijdige detectie en tijdige verwijzing (sociale en eerstelijns hulp) met zorg voor mensen met psychische problemen zorgen voor een doelmatige community based care. Hieronder begrijpen we: thuiszorgdiensten, revalidatieteams en preventiewerkers, mantelzorgers, patiënten- en familieorganisaties en ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen inzetten kan meerdere voordelen opleveren: contact maken met mensen die hulpverlening vermijden, de voorbeeldfunctie, een ondersteunende functie in het benutten van de eigen kracht m.b.t. het herstelproces.

Binnen deze netwerken bekleedt de eerstelijnspsycholoog (ELP) een coördinerende positie. Hij/zij levert kortdurende zorg bij niet-complexe psychische klachten in participatie met alle andere eerste- en tweedelijns hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg, en doet aan vroegdetectie en vroegpreventie bij psychische problemen (matige klachten). De ELP werkt nauw samen met de huisarts enerzijds en de GGZ actoren/respijtzorg anderzijds. Cliënten in een acute risicosituatie, met een verstoorde realiteitstoetsing of met een aanzienlijke kwetsbaarheid worden geheroriënteerd naar intensievere begeleiding op de tweede of derde lijn.

Het belang van de ELP en de eerstelijnswerker in het algemeen m.b.t. de detectie van signalen en de inschatting van de zorgbehoefte, is voor CM duidelijk. Hij/zij heeft inzicht in de minimale zorgbehoefte en intensieve zorg indien nodig. "Vroeger ingrijpen" betekent het motiveren van mensen op vrijwillige basis en het ondersteunen van een 'gezonde' coping, rekening houdend met een persoonsgerichte, laagdrempelige benadering.

De vergrijzing vraagt om specifieke aandacht. Het mentale welzijn van de oudere volwassenen kent een eigen dynamiek. De ontplooiing van de psychogeriatric als een volwaardige subspecialiteit binnen de GGZ is noodzakelijk.



Er is nood aan een (innovatieve) versterking van het aanbod, onder meer in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), in de zorg voor kinderen en jongeren maar ook voor ouderen, voor personen met een verslavingsproblematiek en personen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek. Verder moet ook ingezet worden op deskundigheidsbevordering van reguliere actoren en stimulansen tot overleg en samenwerking.

5.9. Vervoer

De toegankelijkheid van het gezondheidsstelsel blijft een permanente uitdaging. De hervorming van het stelsel ingevolge de vergrijzing en de ontwikkeling van chronische aandoeningen, de reorganisatie van de eerstelijnszorg en het algemene zorglandschap, of nog de wens van de mensen om thuis te blijven wonen, vereisen een aangepast vervoersaanbod dat goed functioneert en dat toegankelijk en inclusief is. Dat betekent toegankelijkheid van hulp en zorg waarborgen rekening houdend met de vele factoren die hierbij een rol spelen (niet enkel financiële toegankelijkheid maar ook fysieke en temporele aspecten, toegang tot informatie, begeleiding en kwaliteitsvol onthaal, enz.). Binnen dit kader moeten de burgers zoveel mogelijk kunnen kiezen tussen eigen vervoer, gepland vervoer en mindermobielenvervoer. Naast het medische aspect moet het vervoersaanbod ook de sociale participatie kunnen bevorderen, meer bepaald de sociale inclusie van personen met verminderde mobiliteit vrijwaren of bevorderen.

Daarom denken wij dat het nodig is:

- de ontwikkeling van deze sector binnen de social profit sector te ondersteunen en aan te moedigen door deze enkel open te stellen voor actoren afkomstig uit de openbare en de associatieve sector:
 - bepaling van kwaliteitsnormen, zowel technisch als op menselijk vlak;
 - vorming en kwalificatie van het betrokken personeel;

- identieke financieringsnormen voor de hele social profit sector;
- ontwikkeling van associatieve initiatieven voor ziekenvervoer met vrijwilligers, in het kader van het pact met de associatieve sector.
- meer aangepaste voertuigen te voorzien voor gemeenschappelijk vervoer en toegangsinfrastructuren hiervoor;
- overleg aan te moedigen tussen de verantwoordelijken van de openbare vervoersmaatschappijen en de vertegenwoordigers van personen met beperkte mobiliteit;
- eenvormigheid te creëren inzake toegang tot voorkeurabonnementen voor personen met een beperkte mobiliteit tussen de openbare vervoersbedrijven door ze op de verschillende netwerken aan te bieden en zelfs bruikbaar te maken op de verschillende netwerken.

Voor het vervoer van deur tot deur via de minibus vragen wij volgende verbeteringen:

- meer beschikbare voertuigen;
- uitbreiding van de tijdvakken voor reservatie en vereenvoudiging van de procedure;
- optrekken van de huidige budgetten voor de diensten voor aangepast vervoer zodat zij de opdrachten die vroeger aan de TEC 105 waren toevertrouwd, kunnen uitvoeren en verder kunnen verbeteren.

6. Meer aandacht voor preventie en gezondheidspromotie

6.1. Nood aan een gecoördineerd beleid

Een slechte gezondheid wil niemand. Ons dagelijks gedrag – bewust of onbewust – op het werk of thuis, tijdens onze verplaatsingen of onze vrije tijd kan echter schadelijk zijn voor onze gezondheid. We ondergaan ook schadelijke effecten van zaken waarover we niet altijd controle hebben.

Preventie en gezondheidspromotie, een domein waarrond CM al tientallen jaren werkt, spelen in dit kader een essentiële rol. Hier wordt rekening gehouden met de sociale determinanten van gezondheid (fysiek en mentaal). Algemeen wordt aangenomen dat deze determinanten een belangrijke rol spelen om ongelijkheid op het vlak van gezondheid – individueel en collectief – te bestrijden. Het beleid inzake preventie en gezondheidspromotie wordt in ons stelsel echter stiefmoederlijk behandeld.

- Inzake overleg en governance pleiten wij voor een coherent beleid dat in co-constructie op alle niveaus wordt uitgewerkt:
- op eenzelfde beleidsniveau (meer bepaald tussen de verschillende ministeriële bevoegdheden zoals huisvesting, mobiliteit, milieu, tewerkstelling enz.);
- tussen de verschillende deelstaten;
- tussen de federale overheid en de deelstaten, meer bepaald voor de uitvoering van het Pact met de ziekenfondsen

(federaal) dat de opdracht van de ziekenfondsen inzake preventie en promotie benadrukt: **Ziekenfondsen nemen een belangrijk engagement op binnen de preventieve gezondheid. Wij wensen dit engagement actief op te blijven nemen.** Daarom vraagt CM om (pro-)actief betrokken te worden bij iedere relevante preventie-actie die ondernomen wordt, om zo de bevolking (en kwetsbare groepen) nog meer te ondersteunen.

Beter overleg zou de campagnes bovendien efficiënter en toegankelijker moeten maken dankzij een beter georganiseerde communicatie en terreinacties die meer aangepast zijn aan het doelpubliek.

Wij vragen dat alle overheden een globaal protocol zouden afsluiten omtrent het beleid dat zij gezamenlijk wensen te voeren inzake gezondheidspromotie en preventie. Het zou nuttig zijn om een kadaster op te maken van alle lopende initiatieven, en na te gaan welke acties gezondheidswinst opleveren, en in welke mate. Een kritische analyse van het terrein zal aantonen waar er overlapping is, en waar er nog blinde vlekken zijn die door een betere samenwerking kunnen worden weggewerkt.

Terzelfdertijd moeten de overheden een visie ontwikkelen op gezondheidsvoorlichting en preventie, en een actieplan uitwerken om de bestaande initiatieven over de verschillende bevoegdheidsniveaus heen te coördineren. Projecten die een nuttig effect bewezen hebben moeten structureel gestimuleerd worden via subsidies.



De prioritaire uitdaging in het Waalse Gewest om goede resultaten te bereiken in het kader van het preventie-/promotieplan 2030⁹, bestaat erin om toereikende structurele middelen hiervoor vrij te maken, alsook om een regelmatige evaluatie uit te voeren om rekening te houden met de evolutie van de noden en eventuele dysfuncties aan te pakken. Wij vragen bovendien om betrokken te worden bij de sturing van de uitvoering van het plan gezien de nieuwe opdracht van de verzekeringsinstellingen in het Pact met de ziekenfondsen.

Ten slotte vragen wij een adequate financiering van de diensten voor gezondheidspromotie op school¹⁰ in functie van de evolutie van hun opdrachten (bijvoorbeeld dekking van vervoerskosten of valorisatie van de beroepen en functies).

9 « Le plan prévention/promotion de la santé 2030 »

10 « Les services PSE »



In het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (GGC-COCOF-Vlaamse Gemeenschap) vragen wij, na de ervaring met het strategisch plan voor gezondheidspromotie van de COCOF:

- dat de verenigingen erkend worden als partner en niet louter als operator voor preventie en gezondheidspromotie;
- dat wordt gezorgd voor een band tussen de voorzieningen van de Franse en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOF – GGC) (waaronder het Brussels gezondheidsplan) en die van de Vlaamse Gemeenschap, met het oog op een coherent beleid voor alle Brusselaars;
- een dynamische aanpak door de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnszorg van de GGC bij de overdracht van de federale bevoegdheden inzake preventie.



In de Duitstalige Gemeenschap vragen wij de oprichting van een coördinatieplatform voor de uitvoering van het concept preventie en gezondheidspromotie dat de Duitstalige Gemeenschap ontwikkelde. Dit platform zal de schakel vormen tussen de verschillende betrokken actoren en zal de verschillende projecten begeleiden en evalueren samen met de administratie.



Momenteel wordt binnen preventie in Vlaanderen reeds gestreefd naar de uitvoering van health in all policies. Bij de actieve uitvoering ervan, zijn er echter nog heel wat barrières. Om actief aan health in all policies te doen, dient een actieplan opgesteld te worden waarbij verschillende stakeholders betrokken worden.

CM vraagt aldus dat de overheid aan de slag gaat met de verschillende stakeholders (waaronder de ziekenfondsen) die engagement tonen om samen meer aandacht voor gezondheid(spreventie) binnen de verschillende domeinen te verkrijgen.

Vandaag de dag worden verschillende kwalitatieve acties door meerdere organisaties (al dan niet in samenwerking met elkaar) uitgevoerd. Het meten van gezondheidseffecten is niet vanzelfsprekend en vraagt zeer veel inspanningen. Niet enkel negatieve effecten van ongezonde levensstijl, maar ook gezondheidswinst die opgeleverd wordt dankzij kwalitatieve interventies, dienen meer aandacht te krijgen.

CM vraagt dan ook aan de Vlaamse overheid om een zo eenvoudig mogelijke tool uit te werken die bruikbaar is voor de organisaties die aan preventie en gezondheidsbevordering doen, om zo op een effectieve en efficiënte manier na te gaan hoeveel gezondheidswinst zij gerealiseerd hebben.



CM vraagt dat Europa politiek en wetgevend initiatief neemt op het vlak van:

- luchtkwaliteit;
- verbod op hormoonverstorende stoffen;
- financiële steun van Europa voor onafhankelijk klinisch onderzoek en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

6.2. Specifieke werven

Health impact assessment

De overheid zou meer oog moeten hebben voor de transversale impact van nieuwe beleidsbeslissingen op de gezondheid en het welzijn van haar burgers. Daarom vragen we om de opmaak van de impactanalyse, waartoe elk regeeringslid thans reeds wettelijk gehouden is, uit te breiden tot aangelegenheden die de

gezondheid betreffen. Als gezondheidsfonds kunnen wij de visie van onze leden tot uitdrukking brengen en meewerken aan het ontwikkelen en implementeren van dergelijke tests. Wij vragen dat deze impactanalyse ook zou gelden voor uitvoeringsbesluiten, samenwerkingsovereenkomsten en andere beslissingen.

Voeding



Wij vragen dat de overheid werk maakt van een strikte regulering van de gezondheids- en voedingsclaims op de etiketten van voedingsproducten. Naar het voorbeeld van het energielabel zou tegen 2024 een front-of-pack voedingslabel de consument moeten toelaten zich op een snelle en eenvoudige manier een idee te vormen van de voedingswaarde en de potentiële gezondheidsrisico's van het product. Zo kunnen mensen welbewuste keuzes maken.

Wij vragen ook een totaal verbod op het verkopen van suikerrijke frisdranken en snoep (in distributieautomaten) op school en in de directe omgeving van de schoolpoort.



CM vraagt dat Europa politiek en wetgevend initiatief neemt op het vlak van:

- uniforme etikettering van de voedingsmiddelen betreffende hun effect op de gezondheid;
- verbod op marketing voor gesuikerde of vette producten naar jonge kinderen toe.

Beschikbaarheid van alcohol en tabaksproducten

Het gebruik van alcohol en tabak moet verder teruggedrongen worden via verschillende, gecoördineerde maatregelen op diverse beleidsniveaus.



Wat het federale luik van dat beleid betreft, moet de prioriteit gegeven worden aan maatregelen die de beschikbaarheid van alcohol en tabak bemoeilijken, zoals het optrekken van de minimumleeftijd voor de aanschaf van deze producten tot 18 jaar, en een betere controle op de naleving van de wetgeving.

Voor wat tabaksproducten betreft vragen we een significante verhoging van de prijs (minstens +50%, een Europese minimumprijs voor deze producten op niveau van de prijs in het VK is nog beter), en een totaal verbod op reclame voor deze producten, inclusief neutrale verpakking en uitstalverbod in de commerciële ruimte. Wij vragen een beleid dat aan ieder kind het recht garandeert om op te groeien in een rookvrije omgeving. Er moeten maatregelen komen om kinderen te beschermen tegen de schadelijke gevolgen van meeroken en de verleiding om zelf te gaan roken, gaande van sensibiliseringscampagnes rond rookvrije zwangerschap tot een absoluut verbod om te roken in de nabijheid van kinderen en adolescenten. CM steunt het project 'Generatie Rookvrij', gelanceerd door 9 organisaties op 29 maart 2018, en vraagt dat de overheid eveneens haar schouders zet onder dit positief initiatief.

Inzake alcohol vragen we een verbod op verkoop van sterke drank in nachtwinkels en tankstations, en een verbod op de verkoop van alcoholhoudende dranken in automaten. We vragen daarnaast ook voor deze producten een significante prijsverhoging.



We vragen dat Europa een reclameverbod voor alcohol invoert.

Bevorderen van een gezonde omgeving

Wij vragen aan alle overheden van dit land om samen de strijd aan te gaan tegen de overlast die het gevolg is van overdreven en ondoordacht autoverkeer (files, geluidsoverlast, luchtvervuiling, ...), en om de publieke ruimte en de openbare weg zo te herschikken dat zachte mobiliteit zich op een veilige en gezonde manier kan ontwikkelen (efficiënter openbaar vervoer, veilige fietspaden, inrichten van voetgangerszones, ...).

Ziektepreventie

Wat ziektepreventie betreft, vragen we:

- de nadruk te leggen op de sociale component van preventie, bijvoorbeeld via sport of engagement in het verenigingsleven. Wij willen investeren in de component 'sociale band' als determinant voor gezondheid;
- versterking van de informatie- en screeningscampagnes (bv.: diabetes, cholesterol, kanker, enz.). Vooral de screening van borstkanker met de mammotest en van dikkedarmkanker moet meer personen bereiken. We moeten ons afvragen waarom deze screenings zo weinig succes hebben;
- versterking van de informatiecampagnes over goedkopere geneesmiddelen;
- versterking van de therapietrouw;
- versterking van informatiecampagnes over de noodzaak van inenting;
- preventieve tandzorg te promoten van jongsaf aan via preventiecampagnes (op school, op TV, ...), met bijzondere aandacht voor het tanden poetsen, voeding en preventief tandartsbezoek;
- meer promotieacties voor gezonde sportbeoefening en dopingbestrijding.

Geestelijke gezondheid

Op het vlak van geestelijke gezondheid vragen we:

- meer in te werken op de psycho-sociale determinanten bij geestelijke gezondheidszorg zoals verslaving (drugs, tabak, alcohol, gokspelen, ...), gebrek aan werk of de werkomstandigheden, de gezins- of sociale structuur, opvoedingsbegeleiding, eigenwaarde, ... van jongsaf aan;
- meer preventiebeleid inzake burn-out (op het werk, als ouder) en bore-out.



- verdere veralgemening van relationele, affectieve en seksuele opvoeding tot alle onderwijsniveaus en -types in de Federatie Wallonië-Brussel;
- een recurrente financiering voor contraceptiemiddelen waarborgen, ook voor langdurigwerkende contraceptiemiddelen, in de centra voor gezinsplanning in het Waalse en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest.

Relaties en seksualiteit

Inzake relaties, gevoelens en seksualiteit vragen we hetvolgende:

- versterken van preventiecampagnes rond sexueel overdraagbare aandoeningen en HIV-screening bij het brede publiek, en sensibiliseringscampagnes over contraceptie;
- toekomstige gezondheidswerkers (artsen, verpleegkundigen, ...) opleiden hieromtrent;
- sensibiliseringscampagnes inzake geweld (pesten, huiselijk geweld, ...).

7. Een volwaardig en onderbouwd vervangingsinkomen

7.1. Beter voorkomen dan genezen

De gezondheid van mensen kan voor CM alleen tot stand komen in een gezonde samenleving. Dit is een samenleving waar levenskwaliteit in al haar facetten (fysiek, mentaal, sociaal, zingeving) centraal staat. CM stelt vast dat er vandaag iets schort aan het “leefbaar leven” in onze samenleving. De voorbije jaren werd de samenleving geconfronteerd met een sterke stijging van het aantal langdurig zieken. Voor CM zijn dit onrustwekkende cijfers. Er moet een fundamentele omslag worden gemaakt naar een andere maatschappelijke levensstijl.

Vanuit CM wensen wij dat:

- de volgende minister van Sociale Zaken een samenwerking opzet tussen het Kenniscentrum voor de arbeidsongeschiktheid bij het RIZIV, universiteiten, ziekenfondsen e.a. om te komen tot een grootschalig kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar de maatschappelijke oorzaken van arbeidsongeschiktheid en meer bepaald ook de grote toename in de invaliditeit. CM wil deze maatschappelijke oorzaken wetenschappelijk in kaart laten brengen om vervolgens met alle betrokken actoren te komen tot een sluitende aanpak;
- er werk wordt gemaakt van een flexibele werkomgeving waar het mogelijk is om werk en gezin beter op elkaar af te stemmen. In dit kader kan er gedacht worden aan een uitbreiding van het geboorteverlof en moederschapsrust (dat op maat van de werknemer kan worden opgenomen), meer mogelijkheden tot ondersteundtelewerk, flexibel optenemen ouderschapsverlof, uitbreiding van kinderopvang, ...;
- er maatregelen worden genomen om langer werken haalbaar te maken opdat de laatste fase van de loopbaan positief en gezond kan worden doorgebracht. Deeltijds tijdscrediet eindeloopbaan moet mogelijk blijven en deze periode moet gelijkgesteld blijven voor het pensioen;
- ook de werkgever in dit verhaal wordt gesensibiliseerd en ondersteund. Al te vaak krijgen wij van personen in arbeidsongeschiktheid te horen dat er vrees is om het werk te verliezen of dat de werkgever geen ruimte biedt (/kan bieden) voor aangepaste werktijden. Deze mentaliteit van werkgeverszijde moet dus veranderen. De regering kan zeker en vast bijdragen tot een change op dit vlak, o.a. met de uitbouw van het gezondheidsbudget voor ondernemingen.

Een mens kan maar gezond zijn en blijven als hij hiertoe de middelen heeft. Voldoende financiële mogelijkheden dragen bij aan toegang tot gezonde voeding, tot gezondheidszorg en behandeling wanneer nodig, tot sociale en spirituele ontwikkeling. Wie te weinig middelen heeft, moet zichzelf te veel ontzeggen om gezond te kunnen blijven. CM zet daarom in op een voldoende hoog inkomen, ook voor mensen die langer ziek zijn.

Vanuit CM wensen wij dat:

- de minimumuitkeringen in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zouden worden opgetrokken tot de armoededrempel;
- een volwaardige inhaalpremie wordt toegekend aan alle personen in invaliditeit. Voor zelfstandigen in invaliditeit werd de inhaalpremie al even niet meer gerevaloriseerd;
- er wordt voorzien in een jaarlijkse herziening van de invaliditeitsuitkeringen om ze welvaartsvast te maken;
- er vanuit de overheid voldoende stimulans wordt geboden aan de uitkerende instanties (zoals verzekeringsinstellingen, OCMW's, ...) om sociale rechten zoveel als mogelijk automatisch toe te kennen;

7.2 Multi-disciplinaire begeleiding naar (gedeeltelijke) werkhervatting, met responsabilisering van alle betrokken actoren

CM verzet zich tegen het sanctioneren van langdurig zieken. Begeleiding via actieve samenwerking tussen de adviserend artsen van het ziekenfonds, de arbeidsgeneesheer en de werkgever blijft de focus.

Vanuit CM wensen wij dat:

- de werkgever actiever in het verhaal zou worden betrokken: vandaag de dag moeten wij vaak vaststellen dat de werkgever een blokkerende factor vormt in het re-integratietraject van een arbeidsongeschikt persoon. Een efficiënte mogelijkheid die ertoe leidt dat een werkgever financieel kan worden gesanctioneerd indien hij onvoldoende kansen biedt tot re-integratie, zal de werkgever stimuleren bij te dragen aan de re-integratie van zijn werknemer;
- er een erkenning wordt gegeven aan de ‘paramedicus’. Voor onze werking is het essentieel dat er voldoende medische capaciteit is, maar, te meer, vanuit hun specifieke discipline genereren ‘paramedici’ een enorme meerwaarde (kinesithérapie, ergotherapie, psychologie, ...). Vandaag de dag is de wetgeving hieromtrent zeer complex. Wij vragen dan ook een duidelijk omlind kader te creëren dat hen de nodige beslissingsbevoegdheid geeft.

7.3. Werken aan legislatieve en administratieve vereenvoudiging

Vanuit CM wensen wij dat:

- er initiatieven worden genomen tot legislatieve vereenvoudiging. Een opportuniteit hieromtrent schuilt voor ons in het herbekijken van de notie 'gezinslast'. Verschillende wetswijzigingen hebben gemaakt dat dit een zeer onoverzichtelijk kluwen aan regelgeving is geworden, moeilijk werkbaar voor de ziekenfondsen en weinig transparant en duidelijk naar de sociaal verzekerden toe;
- het verplichte ziektebriefje naar de werkgever wordt afgeschaft voor de eerste twee à drie dagen. Wij zijn ervan overtuigd dat mensen dan sneller het werk zullen hervatten, en bovendien betekent dit ook een besparing in de terugbetaling van doktersbezoeken. Er moet in eerste instantie vertrouwen zijn bij de werkgever: het feit dat deze snel wil controleren of er werkelijk sprake is van ziekte, moet geen kost zijn die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt gedragen.

7.4. Rechten binnen sociale zekerheid voldoende waarborgen

Een van de voornaamste pijlers binnen onze werking als gezondheidsfonds is de sociale component, waarbinnen wij het algemeen welbevinden van onze leden willen vergroten. Wij willen ervoor pleiten om de sociale rechten van burgers steeds zoveel als mogelijk te waarborgen. Veranderingen binnen de sociale zekerheid mogen er niet toe leiden dat sociale rechten worden ingeperkt.

Vanuit CM pleiten we ervoor dat:

- een blijvende garantie wordt geboden van voldoende pensioenrechten voor periodes van arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en moederschapsrust;
- ervoor wordt geijverd om de duurtijd van de periodes moederschapsrust in overeenstemming te brengen met de voorstellen die in dit kader op Europees niveau bestaan: met name voor werknemers een uitbreiding van 15 naar 20 weken. Voor zelfstandigen kan er geopteerd worden voor een gelijkstelling met de regeling voor werknemers. In concreto komt dit dan neer op een verlenging van de bestaande periode van 12 weken;
- binnen de plannen die er bestaan om het ziektepensioen in de openbare sector te hervormen, er de nodige waarborgen worden getroffen om de sociale rechten van betrokkenen te garanderen.

Prioriteiten voor federale en Vlaamse verkiezingen

1. Afschaffing van ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname
2. Heroriëntering van het zorgaanbod om sterker tegemoet te komen aan de noden van de burgers
3. Substitutierecht voor apothekers ten voordele van de patiënt
4. Taakdelegatie en nieuwe zorgberoepen in eerstelijnszorg
5. Leefbaar werk
6. Vrijwilligers aan het roer
7. Zorgkas als uniek loket
8. Investeren in Maatschappelijk Werk
9. Focus op preventie
10. Gegevens delen voor betere zorg
11. Meer en beter overleg tussen de verschillende overheden
12. Casemanager coördineert zorg
13. De mobiele samenleving: versterking van het vervoersaanbod

Vinden patiënten hun weg naar financiële informatie bij een ziekenhuisopname?

*Karen Mullié en Anaïs Verleyen, Juridisch Departement
Patrick Verhaegen, Altéo
Bertout Hellemans, Samana
Sigrid Vancorenland, Departement Onderzoek & Ontwikkeling
Cajsa Tonoli, Departement Gezondheidsbevordering*

Samenvatting

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

In aanloop naar deze patiëntendag 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. De resultaten van deze analyse werden voorgesteld in het vorig nummer van CM Informatie¹.*
- Ten tweede werden focusgroepen georganiseerd om patiënten te bevragen over hun ervaringen met geïnformeerd worden over de financiële gevolgen bij een ziekenhuisopname. De focus lag op de mate waarin de patiënt gebruik maakt van het aanbod aan financiële informatie vanuit de ziekenhuizen. Dit artikel bespreekt de resultaten van deze focusgroepen.*

De analyse van de ziekenhuiswebsites bracht aan het licht dat de financiële transparantie vanuit de ziekenhuizen vergroot is. In vergelijking met 2013 wordt in 2018 meer financiële informatie op de ziekenhuiswebsites gegeven. Bovendien doet de kostenraming zijn intrede, vooral op de Vlaamse ziekenhuiswebsites. Voor patiënten is dit zeker een handig hulpmiddel omdat ze op die manier op voorhand een idee krijgen van de kostprijs van een ziekenhuis.

De resultaten van de focusgroepen nuanceren deze vaststelling echter enigszins. Uit de gesprekken met de deelnemers bleek immers dat zij in de praktijk nog steeds veel problemen ondervinden met het krijgen van financiële informatie. Ze geven aan dat ze slechts zelden spontaan informatie krijgen en dat de informatie zeer versplinterd is. De kostenraming blijkt niet gekend bij de deelnemers, hoewel zij een kostenraming zeker toejuichen. Belangrijk is dan wel dat deze kostenraming op een duidelijke en begrijpelijke manier wordt opgesteld. Bovendien blijft de dialoog fundamenteel. De kostenraming kan, net zoals alle andere bronnen met financiële informatie, helpen om die dialoog te ondersteunen.

Rond 18 april werden verschillende acties gevoerd rond het recht op financiële transparantie, om dit recht ruim bekend te maken bij het grotere publiek en om de aandachtspunten van CM kracht bij te zetten.

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

¹ Vancorenland S. e.a. Actie patiëntenrechten 2018: analyse ziekenhuiswebsites. In: CM Informatie 272, juni 2018.

1. Achtergrond

In ons land zijn de rechten van de patiënt wettelijk vastgelegd. Ze omvatten acht items en zijn van toepassing op de relatie tussen patiënt en zorgverlener.

- Het recht om de zorgverlener vrij te kunnen kiezen,
- Het recht om een kwaliteitsvolle dienstverstreking 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 patiëntendossier 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 maar kan je hierbij laten bijstaan door een persoon die je zelf kiest tijdens een consultatie, de inzage van je patiëntendossier, het neerleggen van een klacht...

Als je zelf niet meer in staat bent om je wil te uiten en je rechten zelf te doen gelden, kan je, om een moment dat je wel nog wilsbekwaam bent een vertegenwoordiger van jouw keuze aanduiden. Die persoon zal dan in jouw plaats beslissen als je dat zelf niet meer kan (bijv. in het geval van een persoon met dementie, een persoon 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 werd gekozen voor het recht van elke patiënt om vooraf alle informatie te krijgen over de behandeling, waaronder de financiële gevolgen. De informatie over de kostprijs maakt een belangrijk en dikwijls onderschat onderdeel uit van de voorafgaandelijke informatie die nodig is om op een geïnformeerde wijze je toestemming te kunnen geven.

De actie patiëntenrechten van 2017 focuste op het belang een gesprek over de kostprijs aan te gaan bij de zorgverlener. De boodschap was dat dit gesprek aangaan over de kostprijs evengoed een onderdeel is van het contact met de zorgverlener, net als het spreken over symptomen of de behandeling. De actie patiëntenrechten vestigt in 2018 de aandacht op 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 geplande opname in het ziekenhuis.

De nadruk werd gelegd op de kostenraming, een belangrijk hulpmiddel in de uitoefening van dit recht. Een kostenraming laat je immers toe om een idee te hebben van de grootteorde van de kostprijs die je kan verwachten en aldus onaangename verrassingen bij het ontvangen van de ziekenhuisfactuur te vermijden. Ook stelt het je in staat om een bewuste kamerkeuze (individuele versus gemeenschappelijke kamer) te maken en om vóór de opname gerichte vragen te stellen aan het ziekenhuis, de

behandelende arts(en), het ziekenfonds of de hospitalisatieverzekeraar (bijvoorbeeld over de mate waarin de hospitalisatieverzekering zal tussenkomen). Als je dat wenst, kan je als patiënt ook de kostprijs van een bepaalde ingreep vergelijken tussen verschillende ziekenhuizen. Uiteraard moet je dan rekening houden met het feit dat vandaag niet elke kostenraming op dezelfde basis is opgesteld en dat je keuze op meer elementen zal gebaseerd zijn dan de kostprijs alleen.

In aanloop naar deze dag 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 focust zich op het aanbod aan financiële informatie vanuit de ziekenhuiswebsites. De resultaten hiervan werden reeds besproken in het vorig CM-informatie nummer².
- Ten tweede werden focusgroepen georganiseerd om patiënten te bevragen over hun ervaringen met geïnformeerd worden over de financiële gevolgen bij een ziekenhuisopname. Dit onderzoek focuste zich op de mate waarin de patiënt gebruik maakt van het aanbod aan financiële informatie vanuit de ziekenhuizen. Dit artikel bespreekt de resultaten van deze focusgroepen.

Daarnaast werden rond de dag van de patiëntenrechten ook nog regionale en nationale acties georganiseerd, die we in dit artikel ook kort zullen voorstellen.

2 Ibidem

2. Focusgroepen: doelstelling en methodologie

2.1. Doelstelling

Als belangenbehartiger van haar leden, vindt CM het heel belangrijk om haar leden te beluisteren en hun stem mee te nemen in haar eigen werking en op het politieke niveau. Ook voor het recht op financiële informatie, met de nadruk op de kostenraming, hebben we de leden, via focusgroepen, aan het woord gelaten.

De doelstelling van deze focusgroepen was om te peilen naar wat de deelnemers weten over dit thema en naar hun ervaringen en hun verwachtingen. Deze input nemen we mee om verbeterpunten op te sporen en verbetervoorstellen te formuleren naar het beleid en naar andere betrokken partners.

In ons onderzoek hebben we ons beperkt tot het recht op informatie over de kostprijs binnen de context van een ziekenhuisverblijf.

2.2. Methodologie

Om te weten wat er op het terrein leeft, hebben we een onderzoek gedaan via de methodologie van focusgroepen³. Deze methodologie impliceert dat we een 6 tot 10-tal personen samenbrengen om een dialoog te starten over het onderwerp van de financiële informatie bij ziekenhuisopname. Deze dialoog vindt plaats onder de vorm van een semi-gestructureerd gesprek, dat wil zeggen volgens een specifieke gespreksgids, samengesteld uit open onderzoeksvragen. De bedoeling is om gesprekken te organiseren tot er geen nieuwe bevindingen meer naar boven komen tijdens de gesprekken.

Deze methode laat ons toe een onderwerp grondig te onderzoeken en heeft onder meer als voordeel dat onze leden rechtstreeks en actiever betrokken worden bij ons onderzoek en onze acties. Het doelpubliek voor de focusgroepen waren mensen die zelf ziek zijn of meer te maken hebben met ziekenhuisopnames als patiënt of naaste dan het gemiddelde voor de Belgische bevolking. De groepen waren vooral samengesteld uit leden van de Christelijke Mutualiteit en haar bewegingen (Altéo, Samana, Enéo, ...) die geïnteresseerd waren in het onderwerp. Personen met meer ervaring als patiënt of als naaste van de patiënt hebben zich aangemeld. De deelnemers spraken steeds vanuit hun eigen ervaringen, wat zeer interessante inzichten opleverde.

De rekrutering van de deelnemers gebeurde via een oproep in de CM-ledenbladen Visie en En Marche en in de CM-nieuwsbrieven.

Er gebeurde ook een gerichte mailing vanuit Samana en CM en er werden flyers verspreid. Ook vanuit hospitaalplan werden een aantal mensen, die recent een vraag over hun ziekenhuisopname hebben gesteld, via mail uitgenodigd.

Er werden verspreid over België 10 focusgroepen georganiseerd, met een totaal van 78 deelnemers. De focusgroepen vonden plaats tussen november 2017 en februari 2018.

3. Focusgroepen : resultaten

3.1. Algemene informatie over de kostprijs van een ziekenhuisopname

"Ik denk niet aan mijn portemonnee. Wel vragen als 'heb ik de juiste beslissing genomen? Wat gaat het resultaat zijn?' Heb ik de juiste keuze gemaakt? Pas achteraf denk ik aan hoeveel het mij gaat kosten."

*"Il y a du stress de l'opération du coup on ne s'occupe pas de l'aspect 'ce que cela van vous coûter'?"
("Er is de stress van de operatie waardoor men zich niet afvraagt wat het zal kosten".)*

"Het besef van de kostprijs kwam pas na mijn herstelling. Ik liep rond in het ziekenhuis en aan de hand van de infofiches in het ziekenhuis kreeg ik de info."

"Un rêve : avoir l'info sans devoir la demander ! Savoir où on met les pieds..." ("Een droom: informatie krijgen zonder erom te moeten vragen! Weten wat je te wachten staat ...")

Uit de focusgroepen komt duidelijk naar voor dat patiënten bij een ziekenhuisopname in de eerste plaats aan hun gezondheid denken. De kostprijs komt dikwijls pas later aan de orde. Dat neemt echter niet weg dat patiënten ook belang hechten aan een correcte informatie over de kostprijs.

Zoals ook blijkt uit de analyse van de ziekenhuiswebsites, beschreven in het vorig nummer van CM Informatie, is er wel degelijk een verbetering merkbaar in de door ziekenhuizen aangeboden informatie over patiëntenrechten in het algemeen en de financiële impact van een ziekenhuisopname. Dit wordt bevestigd door de deelnemers aan de focusgroepen. Zij geven aan dat er zeker meer tijd gemaakt wordt voor informatie aan de patiënten. Maar deze informatie is niet altijd volledig en voor de patiënt of zijn naaste verstaanbaar. Bovendien geven ze mee dat

3 Eliot & Associates (2007) Guidelines for Conducting a Focus Group. Disponible en ligne: https://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4_How_to_Conduct_a_Focus_Group-2-1.pdf

Taylor-Powell, E. and Renner, M. (2003). Analyzing qualitative data. Madison, WI: University of Wisconsin Extension. Disponible en ligne: <http://learningstore.uwex.edu/assets/pdfs/g3658-12.pdf>

er wel een zeker vertrouwen is in de geneeskunde en het systeem van de sociale zekerheid. Ze verwachten onder meer van hun ziekenfonds dat zij ook een informerende rol opneemt, ook met betrekking tot de kostprijs van een ziekenhuisopname.

Ondanks de verbetering van het aanbod aan informatie, is er nog veel werk aan de winkel. De focusgroepen brengen aan het licht dat de informatie te versplinterd is en vaak ook te beperkt. Sommige patiënten geven aan dat ze zelf op zoek moesten gaan naar informatie over de kostprijs via verschillende kanalen, zoals de website van het ziekenhuis, brochures van het ziekenhuis zelf of van bijvoorbeeld CM, mondelinge informatie via zorgverleners, etc. Er is dus een gebrek aan volledige, gebundelde informatie. De informatie spitst zich vaak toe op de hospitalisatie zelf, maar niet op de kosten die er nadien nog bijkomen (zoals bijvoorbeeld kinebehandelingen of de nodige nazorg). Bovendien wordt het onderwerp van het kostenplaatje niet altijd spontaan door de zorgverleners aangebracht, maar moet de patiënt hier vaak zelf naar vragen.

Er is een sterke nood aan informatie voorafgaand aan de eigenlijke opname. Bij het plannen van een opname wordt de informatie te weinig proactief gegeven. Indien deze informatie pas wordt gegeven op het moment zelf van de opname, is het een groot nadeel dat deze informatie dikwijls minder goed doordringt. Op dat moment is er bovendien vaak te weinig tijd en ruimte om bijkomende vragen te stellen. Zoals eerder opgemerkt, zijn patiënten bij het opnamemoment immers in de eerste plaats bezig met hun gezondheid en zijn ze soms zenuwachtig en wat angstig voor de ingreep of behandeling.

Belangrijk is ook dat de informatie toegankelijk is en in een taal die is aangepast aan de patiënt. Hij moet immers ten volle kunnen verstaan en begrijpen wat er wordt gezegd. Onder meer om die reden is het belangrijk dat de persoon die de informatie geeft, de persoon is die hiervoor het meest geschikt is. De deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat ze niet verwachten dat de behandelend arts zelf alle informatie geeft, dit kan ook door een andere dienst of persoon gebeuren. Uiteraard zijn de arts of de verpleegkundigen het best geschikt om uitleg te geven over de medische en andere aspecten van de behandeling, en eventueel ook over de kostprijs van de materialen die gebruikt zullen worden. Maar als het gaat over de kost van het ziekenhuisverblijf, de geneesmiddelen,... kan het een andere dienst zijn.

Belangrijk is dat de patiënt weet bij wie hij terecht kan voor vragen en dat hij een contactpunt of contactpersoon heeft binnen het ziekenhuis. Ziekenhuis en arts moeten elkaar hierin versterken en complementair werken aan elkaar.

Verder worden nog enkele specifieke problemen rond de financiële impact van een ziekenhuisopname aangekaart, zoals

de voorschotten. Hoewel dit een verplichte rubriek is in de opnameverklaring⁴, is het de patiënt vaak niet duidelijk of hij een voorschot moet betalen en in voorkomend geval, hoeveel dit voorschot zal bedragen. Het is belangrijk dat hierover transparant wordt gecommuniceerd aan de patiënt. Ook wordt het al dan niet vragen van een voorschot in de praktijk gekoppeld aan de vraag of de patiënt over een hospitalisatieverzekering beschikt. De vraag 'heeft u een hospitalisatieverzekering' is dan ook een standaardvraag geworden, zo blijkt uit de focusgroepen. Iemand die niet verzekerd is, zou vaak een hoger voorschot moeten betalen.

De problematiek van een gedwongen eenpersoonskamer kwam eveneens aan bod. Ook in dit kader wordt vaak de vraag gesteld of de patiënt een hospitalisatieverzekering heeft. Bij patiënten met een verzekering, dringt men er soms op aan om voor een eenpersoonskamer te kiezen, zodat men supplementen kan aanrekenen aan de patiënt. De redenering is dan wellicht dat dit dankzij de hospitalisatieverzekering weinig of geen invloed heeft op de factuur voor de patiënt omdat de bijkomende kosten ten laste van de verzekering vallen.

3.2. Kostenraming

"Graag op papier EN iemand die dit met je overloopt op voorhand. Dus voor de opname, bij intake. Niet iedereen gaat hier op ingaan, maar de optie moet bestaan."

"L'hôpital reconfirme les rendez-vous des patients par SMS ... pourquoi pas envoyer d'office un devis ... et qu'en fonction du montant, le patient puisse dire "je ne le fais pas" ("Het ziekenhuis bevestigt de afspraak van de patiënt per SMS ... waarom niet standaard een kostenraming opsturen ... en in functie van het bedrag, kan de patiënt zeggen 'ik doe het niet'")"

Omdat de actie patiëntenrechten van 2018 de specifieke nadruk legt op de kostenraming als belangrijk hulpmiddel voor informatie over de kostprijs van een ziekenhuisopname, werden de deelnemers aan de focusgroepen hierover uitdrukkelijk bevraagd.

Hoewel de meerderheid van de deelnemers nog geen ervaring had met een voorafgaande kostenraming, werd het idee positief onthaald. Slechts enkele deelnemers waren zich bewust van de mogelijkheid om een kostenraming op te vragen bij opname in het ziekenhuis.

Ook in het geval van de kostenraming geldt uiteraard dat de aangeboden informatie begrijpbaar moet zijn voor de patiënt. Tijdens de focusgroepen werd een voorbeeld getoond van een kostenraming. De deelnemers merkten op dat er soms vage omschrijvingen van kostenposten gebruikt worden, waarbij het

⁴ Zowel bij een klassieke opname (met minstens een overnachting), bij daghospitalisatie als bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis moet het ziekenhuis de patiënt een opnameverklaring voorleggen die in tweevoud moet worden ingevuld. Dit document informeert de patiënt over de financiële voorwaarden van het ziekenhuis.

niet duidelijk is wat deze juist inhouden. Zo is het bijvoorbeeld niet duidelijk wat er met “diverse kosten” wordt bedoeld. Ook werd niet altijd alle belangrijke informatie opgenomen. De deelnemers vonden het bijvoorbeeld belangrijk dat ook het ZIV-aandeel wordt weergegeven, wat niet bij de kostenraming van elk ziekenhuis zo is.

Vandaag bestaat er geen uniform model van kostenraming. Het is daarom moeilijk voor de patiënt om hier de relevante informatie uit te halen. De kostenramingen worden ook niet op een uniforme manier berekend en voorgesteld, zodat ze moeilijk vergelijkbaar zijn.

4. Aanbevelingen op basis van de resultaten van de focusgroepen

Naar aanleiding van de pijnpunten die naar voren zijn gekomen tijdens de focusgroepen, heeft CM enkele aanbevelingen geformuleerd, zowel voor het ziekenhuis, voor de patiënt als naar het beleid toe.

- Het is belangrijk om een eerste afspraak met de arts of een andere dienst binnen het ziekenhuis in te plannen ruim genoeg voor de geplande opname. Zo is er voldoende tijd om de gekregen informatie te laten doordringen en om eventuele vragen te stellen of bijkomende informatie op te vragen. In het geval dat je als patiënt sommige dingen niet goed begrepen hebt of in geval van bijkomende vragen, aarzel zeker niet om deze te stellen. Dit kan bij het ziekenhuis zelf, maar ook bij het ziekenfonds en desgevallend de hospitalisatieverzekeraar.
- Het kan nuttig zijn om je voor de consultatie met de arts te laten vergezellen door een vertrouwenspersoon. Deze kan je niet alleen morele steun bieden, maar kan ook meer afstand bewaren en neemt daarom soms andere informatie op. Hij kan dan nadien ook met jou het gesprek opnieuw overlopen zodat je rustig en weloverwogen eventuele beslissingen kan nemen. Bovendien bevindt de vertrouwenspersoon, anders dan de patiënt, zich soms in een meer comfortabele positie om vragen te stellen.
- Uit de focusgroepen blijkt dat er nood is aan een toegankelijk contactpunt in het ziekenhuis voor financiële informatie rond het ziekenhuisverblijf. Op die manier ligt de verantwoordelijkheid om een zo volledig mogelijke informatie te bekomen niet in de eerste plaats bij de patiënt, maar kan deze met vragen terecht bij een uniek loket in het ziekenhuis. Het is dan de medewerker van dit uniek loket dat binnen het ziekenhuis de noodzakelijke informatie verzamelt. Het is voor een patiënt trouwens niet altijd even evident om te weten wat de juiste vragen zijn die hij moet stellen om een volledige informatie te bekomen.

- De patiënt doet er goed aan om voorafgaand aan de opname de dekking van zijn hospitalisatieverzekering na te gaan. Dit kan veel misverstanden vermijden.
- Wat specifiek de kostenraming betreft, is het belangrijk dat de patiënt deze op voorhand kan verkrijgen. Enkel op die manier heeft hij genoeg tijd om deze grondig te bekijken en te begrijpen en desgevallend bijkomende informatie in te winnen. CM pleit ervoor dat ieder ziekenhuis een kostenraming ter beschikking stelt, die bovendien volgens een duidelijk en verstaanbaar standaardmodel wordt opgesteld. Deze kostenramingen moeten – naar de mening van CM – minstens beschikbaar zijn op de ziekenhuiswebsite, op een gemakkelijk vindbare plaats. Het is ook nuttig dat er bij het doorgeven van een kostenraming de naam van een contactpersoon wordt vermeld, bij wie de patiënt terecht kan mocht hij nog bijkomende vragen hebben.

Zoals gezegd, zijn deze kostenramingen een handig hulpmiddel om de patiënt goed te informeren over de kostprijs, maar vervangen ze geenszins de dialoog tussen arts, ziekenhuis en patiënt die ook moet gaan over de financiële gevolgen van de ziekenhuisopname.

5. Acties gevoerd rond 18 april

Op 17 april werden de resultaten van de analyse van de ziekenhuiswebsites en van de focusgroepen aan de Nederlandstalige pers voorgesteld tijdens een publieksactie in samenwerking met het ziekenhuis AZ Damiaan in Oostende. Het ziekenhuis heeft de initiatieven gepresenteerd die zelf het onderneemt om een zo goed mogelijke informatie te voorzien voor de patiënten. Er was ook een vrijwilliger van Samana aanwezig om vragen te beantwoorden. CM Oostende had een infostand opgezet in de hal van het ziekenhuis met collega's die patiënten te woord konden staan.

Langs Waalse kant werd op 17 april een actie georganiseerd in samenwerking met Clinique Saint Pierre Ottignies. Ook daar werden de resultaten van de verschillende onderzoeken besproken en waren deelnemers van de focusgroepen in Namen aanwezig. Clinique Saint Pierre heeft haar eigen goede praktijken op het gebied van financiële transparantie en patiëntenrechten voorgesteld aan de pers. Het legde hierbij de nadruk op de kostenraming die het ter beschikking stelt op haar website. De Franstalige pers was voltallig aanwezig en de getuigen en sprekers werden door elk van hen geïnterviewd.

Ook de andere regio's zaten niet stil en organiseerden verschillende acties. Mensen werden actief aangesproken in lokale CM consultatiebureaus en aan ziekenhuizen om hen informatie te verschaffen over financiële transparantie en de kostenraming. Dit werd georganiseerd in samenwerking met CM-vrijwilligers,

Samana en Altéo. Er werden bovendien marktacties opgezet waar zo veel mogelijk in dialoog werd getreden met voorbijgangers. Zo kon men peilen naar wat zij wisten over de kostprijs van een ziekenhuisopname en kon men hen sensibiliseren over het belang van correcte informatie hierover.

De brochures van CM rond de ziekenhuisopname en de website werden herzien en er werd een online quizje, specifiek over het recht op financiële informatie, gehouden bij de CM medewerkers.

Zowel langs Nederlandstalige als langs Franstalige kant was er een grote persbelangstelling voor onze actie.

Zo kopte De Morgen: "Ziekenhuizen zelden helder over de prijs", (De Morgen, 18 april 2018, p. 1)

Ook La Libre Belgique wijdde hier een artikel aan: « *Combien va coûter un séjour à l'hôpital ? Mystère... Le stress de la facture s'ajoute à celui de l'opération* » (La Libre Belgique, 18 april 2018, p. 8)

6. Conclusie

De actie patiëntenrechten van 2018 heeft zich toegespitst op het recht op financiële informatie, met de nadruk op de kostenraming, omdat hier nog veel onduidelijkheid over bestaat en er nog veel vragen rond zijn. Uit de analyse van de ziekenhuiswebsites, zoals

besproken in een artikel in het vorig nummer van CM Informatie, kunnen we afleiden dat er tegenover 2013 een verbetering is in de financiële informatie die de ziekenhuizen op hun websites aanbieden.

Deze verbetering laat zich echter slechts beperkt voelen op het terrein. Hoewel er wel al meer aandacht aan wordt besteed dan vroeger, wordt er nog steeds niet voldoende spontaan gecommuniceerd. De patiënt moet nog te vaak zelf op zoek gaan naar informatie over de kostprijs en krijgt zulke informatie zelden voorafgaand aan het ziekenhuisverblijf. Het is bovendien niet voldoende om informatie op de website te plaatsen, er moet voor gezorgd worden dat de informatie de patiënten ook effectief bereikt.

Ook de kostenraming is nog niet volledig ingeburgerd in de praktijk. Slechts een minderheid van de deelnemers aan de focusgroepen was zich bewust van de mogelijkheid om een kostenraming op te vragen voor een ziekenhuisverblijf en nog minder deelnemers hadden hier zelf al ervaring mee.

Deze vaststellingen tonen aan dat het van uiterst groot belang is om dit signaal mee te nemen naar het beleidsniveau en ervoor te ijveren dat de ziekenhuizen hier meer aandacht aan besteden. CM pleit ervoor dat de kostenraming een evidentie wordt en dat zowel artsen als ziekenhuizen op zoek gaan naar een organisatie die maakt dat patiënten zonder veel tussenstappen en op een eenvoudige manier rechtstreeks en voorafgaande informatie krijgen over de kostprijs. De inrichting van een uniek contactpunt zou hier een idee voor kunnen zijn.

CM Informatie is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: Mieke.Hofman@cm.be

Inhoud

Redactioneel 2

CM Memorandum 3

Inleiding 3

Een duurzame en solidaire financiering 6

Een voor iedereen toegankelijke zorg 9

Intermezzo: Transparantie 11

Meer aandacht voor kwaliteit 13

Een efficiënter beheer van ons gezondheidssysteem 15

Een doelmatiger georganiseerde zorg,
op maat van de patiënt 20

Intermezzo: Verbeteren van de communicatie
tussen de verschillende actoren 27

Meer aandacht voor preventie en gezondheidspromotie 34

Een volwaardig en onderbouwd vervangingsinkomen 39

Actie patiëntenrechten 2018 41

Vinden patiënten hun weg naar financiële informatie
bij een ziekenhuisopname?

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	Favorit
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel