

Gezondheidszorgbudget 2019

CM heeft altijd een constructieve rol gespeeld (en zal dat blijven spelen) in de jaarlijkse totstandkoming van het budget voor het volgende jaar. We hebben desalniettemin een aantal fundamentele bezwaren bij het budget van 2019 en bij het proces van de totstandkoming daarvan. Het proces om tot de begroting voor 2019 te komen, heeft opnieuw aangetoond dat het paritair overleg onder druk staat.

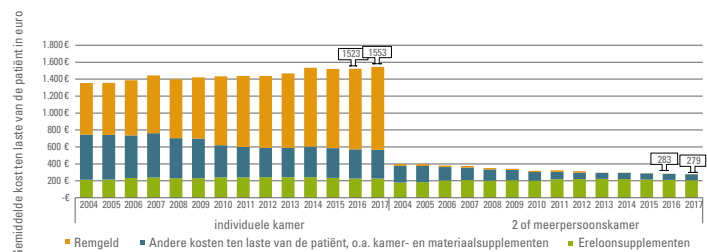
Staatshervorming

De operationalisering van de 6^e staatshervorming gebeurde soms erg verschillend in Brussel, Vlaanderen, het Waals Gewest en de Duitstalige Gemeenschap. We zullen moeten wennen aan nieuwe namen van instellingen en beheersstructuren zoals Iriscare, Agence pour une vie de qualité (AVIQ), Vlaamse sociale bescherming (VSB) en de Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben (DSL).

Ziekenhuisbarometer

De vastgestelde groei in ereloon-supplementen heeft geen reden om vanzelf stil te vallen. CM pleit onomwonden voor een wettelijk verbod op ereloon-supplementen bij ziekenhuisopname en lanceert een voorstel hoe een dergelijk proces er in grote lijnen zou kunnen uitzien.

Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een klassieke opname, per kamertype (gegevens CM leden, 2004 – 2017, prijzen 2017).



Gebruik van opioïden

In 2017 gebruikten 55.000 CM-leden chronisch opioïden voor niet-kankeraandoeningen waar zij, volgens de richtlijnen, nauwelijks een plaats hebben.

Tabel 5: Aantal opioïdengebruikers volgens type gebruik (gegevens CM)

Jaar	Chronisch gebruik zonder kanker	Tijdelijk gebruik zonder kanker	Gebruik bij kanker	Totaal
2010	46.742	234.919	22.723	304.384
2011	49.885	249.335	24.364	323.584
2012	50.147	255.640	25.406	331.193
2013	51.790	269.732	26.297	347.819
2014	54.085	288.566	27.780	370.431
2015	55.501	299.754	29.046	384.301
2016	56.926	311.496	30.675	399.097
2017	54.754	316.323	31.159	402.236
% toename 2010-2017	17,1%	34,7%	37,1%	32,2%



Op 1 januari 2019 kwam er een einde aan de overgangperiode voor de overdracht van bevoegdheden in de sociale zekerheid zoals bepaald in de zesde staatshervorming van oktober 2011. Wij geven in dit nummer een stand van zaken van de operationalisering van de overgedragen bevoegdheden in de verschillende deelstaten. Deze operationalisering gebeurde soms erg verschillend in Brussel, Vlaanderen, het Waals Gewest en de Duitstalige Gemeenschap. We zullen moeten wennen aan nieuwe namen van instellingen en beheersstructuren zoals Iriscare, Agence pour une vie de qualité (AVIQ), Vlaamse sociale bescherming (VSB) aangestuurd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) en de Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben (DSL). De rol van de ziekenfondsen verschilt in de verschillende landsdelen. Het gaat van een sterke betrokkenheid in Wallonië en Brussel, een betrokkenheid via de zorgkassen en het Vlaams intermutualistisch college (VICO) in Vlaanderen tot een louter consultatieve functie in Duitstalig België. Er zijn hiervoor heel wat nieuwe bestuursorganen opgericht en nieuwe IT-applicaties ontwikkeld op maat van de gefedereerde entiteiten. Om ervoor te zorgen dat de mobiele burger niet de dupe wordt van een administratief kluwen als hij/zij zorg op een andere locatie wenst, heeft men heel wat samenwerkingsakkoorden moeten sluiten. Welk model van gezondheidszorg je ook kiest op het niveau van een gemeente, zorgregio, regionale entiteit, België of Europa, er zal altijd samenwerking nodig zijn zowel voor de organisatie van zorg en welzijn als voor de financiering ervan.

Samenwerking heeft altijd voordelen. Maar helaas moeten we bij de analyse van het federaal budget 2019 voor de ziekteverzekering vaststellen dat de Algemene Raad het goedgekeurde voorstel van het Verzekeringscomité naast zich neerlegde om plaats te maken voor een unilateraal voorstel van de minister. Het paritair overlegmodel komt daarmee onder druk. Een groot zorgkind in de begroting zijn de ontsprende uitgaven binnen de sector farmaceutische verstrekkingen met een structurele overschrijding tot gevolg. De groei van de farmaceutische sector zet de begroting van de ganse verplichte ziekteverzekering onder druk. Het wordt dringend tijd om tot structurele besparingen te komen in de farmaceutische sector en om de ontsprende geneesmiddelenprijzen zowel nationaal als internationaal aan te pakken. Gezondheidszorg is, net zoals onderwijs, een basismensenrecht betaald door afdrachten van het loon en door belastingen. Het kan niet dat in de gezondheidszorg soms ongebreidelde winsten gemaakt worden op de kap van de maatschappij en de patiënt. Het Verzekeringscomité vraagt

daarom de oprichting van een werkgroep farmaceutische specialiteiten die de beheersmechanismen binnen deze sector moet herzien en dit op middellange en lange termijn.

Een dergelijke aanpak is ook nodig om de betaalbaarheid van de ziekenhuisfactuur te waarborgen. De CM ziekenhuisbarometer stelt vast dat de ereloonsupplementen ook in 2017 verder stijgen. Een éénpersoonskamer, de wens van onze leden bij een ziekenhuisopname, wordt onbetaalbaar voor wie geen dure hospitalisatieverzekering heeft. Het IMA berekende dat meer dan 10.000 patiënten in 2017 meer dan 5.000 euro moesten opleggen. Naast supplementen betaalden onze leden bijna 4 miljoen euro voor 'kamercomfort', ook in twee- of meerpersoonskamers. Soms neemt men nog patiënten op binnen de klassieke hospitalisatie voor aandoeningen die evengoed in daghospitalisatie kunnen behandeld worden. Het wegwerken van de supplementen en het terug invoeren van sociale 'zekerheid' in de ziekenhuizen zijn wij aan onze leden verplicht. Het artikel legt uit hoe dit kan gefinancierd worden binnen de bestaande middelen.

Tenslotte stellen we een studie voor over het stijgend gebruik van opioïden voor pijnbestrijding bij niet-kankerpatiënten. Deze geneesmiddelen kwamen onlangs nog in het nieuws wegens de nefaste gevolgen van verslaving aan deze medicatie in de Verenigde Staten. Bijna 10 procent van de Belgen nam in 2017 een opioïde. 55.000 onder hen nemen die chronisch voor niet-kankeraandoeningen waar zij, volgens de richtlijnen, nauwelijks een plaats hebben. De bevolking moet geïnformeerd worden over de mogelijke risico's van deze medicatie bij niet-kankeraandoeningen. Maar uiteraard moeten ook de voorschrijvers hun verantwoordelijkheid opnemen en is ook hier samenwerking belangrijk om tot een goed beleid te komen. Voorschrijvers en patiënten moeten overleggen om de meest aangepaste behandeling te vinden voor chronische pijn en dit vergt vaak een multidisciplinaire aanpak.

Gelukkig merken we meer en meer dat er een bewustzijn groeit dat het tijd wordt om problemen in de ziekteverzekering en de gezondheidszorg ten gronde aan te pakken. Ziekenfondsen doen dit onder andere door studies blijvend onder de aandacht te brengen en door samen te werken om tot goede oplossingen te komen.

Michiel Callens

Directeur Studiedienst

Stand van zaken van de overdracht van bevoegdheden inzake gezondheid en bijstand aan personen na de zesde staatshervorming

Nicolas Rossignol, Jonathan Bouvy, Laurent Jauniaux en Naïma Regueras - Service politique MCFG
Koenraad Pauwelyn - Departement Zorg LCM

Samenvatting

De staatshervorming, in 2011 onderhandeld en in 2014 in wetgeving omgezet, is geleidelijk aan geoperationaliseerd in Brussel, het Waals Gewest, Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap, en dit soms op zeer verschillende manieren. Dit artikel beschrijft de keuzes die in elk van deze entiteiten zijn gemaakt voor het beheer van de overgedragen bevoegdheden inzake gezondheid en bijstand aan personen. Welke instellingen zijn in het leven geroepen? In welk perspectief en met welke actoren? Hoe zal elk van deze entiteiten, als het erop aankomt om het beheer van deze zaken effectief over te nemen, handelen, deze beheren of co-beheren? Wat zijn de gevolgen voor de interne organisatie van de ziekenfondsen? Hoe werken de gefedereerde entiteiten samen om de overdraagbaarheid van rechten te verzekeren? En tot slot, welke zijn de uitdagingen van deze hervorming?

Sleutelwoorden: staatshervorming, bestuur, paritair beheer, zorgkas, Regionale Maatschappijen van Onderlinge Bijstand

1. Inleiding

Het politiek akkoord over de 6^e staatshervorming, gesloten in oktober 2011, legt belangrijke bevoegdheidsoverdrachten aan de gefedereerde entiteiten vast inzake sociale zekerheid, meer bepaald op het vlak van gezondheidszorg en bijstand aan personen. Het gaat onder meer om hulp bij tabaksontwenning, mobiliteitshulpmiddelen en zorg in woonzorgcentra, in bepaalde revalidatiecentra, in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) of in initiatieven voor beschut wonen (IBW). In 2014 zijn deze overdrachten formeel vastgelegd in de hervormingen van de Bijzondere Wet tot Hervorming van de Instellingen en van de Bijzondere Financieringswet.

Op 1 januari 2019 is de overgangperiode, voorzien in het akkoord tussen de verschillende gefedereerde entiteiten en de federale overheid, afgelopen. Deze overeenkomst bepaalde dat de federale instellingen (d.w.z. het RIZIV¹ en HR-Rail²) tijdens een overgangperiode de betalingen van de prestaties aan de verzekerden en de financiering van de zorgverleners zouden

blijven verzekeren, terwijl de gefedereerde entiteiten al budgettair verantwoordelijk zouden zijn voor deze aangelegenheden. Sinds 1 januari is het dus aan de gewesten en de gemeenschappen om de overgedragen bevoegdheden zelf uit te voeren en de voorwaarden van hun tegemoetkoming te bepalen.

2. Stand van zaken in elke gefedereerde entiteit

2.1. Brussel

2.1.1 Het governancemodel

Bij het begin van de legislatuur 2014-2018 hebben de Brusselse autoriteiten de nodige reflecties gelanceerd om het organisatie- en beheersmodel voor de overgedragen aangelegenheden te

1 Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

2 De Kas der geneeskundige verzorging van HR-Rail is de verzekeringsinstelling voor het personeel en de wettelijke gepensioneerden van de Belgische Spoorwegen en hun rechthebbenden.

bepalen. Men zou zelfs kunnen zeggen dat zij bijzonder proactief zijn geweest, aangezien een voorontwerp van ordonnantie tot de oprichting van Iriscare³ eind 2014 op het Verenigd College⁴ van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) werd goedgekeurd.

Na diverse officiële adviezen van vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld, en na felle onderhandelingen binnen het Verenigd College tussen de voorstanders van een beheersmodel volledig aan de overheid toevertrouwd en de voorstanders van een model gebaseerd op paritair beheer, is in december 2016 een nieuw ontwerp van verordening aan de Verenigde Vergadering van de GGC voorgelegd, om op 23 maart 2017 te worden goedgekeurd⁶.

In vergelijking met het beheersmodel van de andere gefedereerde entiteiten, is het bijzondere aan het Brusselse dat het het midden houdt tussen het paritair beheer (zoals in het Waals Gewest) en het (meer) gecentraliseerd beheer door de overheid (zoals in Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap). De Iriscare-verordening ontwikkelt niet alleen de werking van de structuur zoals hierboven uiteengezet, maar ze specificeert ook de zaken die door Iriscare zullen worden beheerd, en dus evenzeer de zaken die onder de verantwoordelijkheid van de GGC-administratie zullen vallen; met andere woorden: wat aan het paritaire beheer en de controle door verzekeringsinstellingen (VI) en sociale partners⁷ wordt onttrokken.

2.1.2 Effectieve oprichting van de verschillende organen

Zoals we in CM Informatie 266 hebben aangegeven, staat Iriscare onder leiding van een **Algemeen Directiecomité** dat verantwoordelijk is voor het beheer van de organisatie en van de algemene begroting. Dit comité staat eveneens in voor de verdeling van het budget tussen de twee beleidstakken van de structuur: gezondheidszorg en bijstand aan personen enerzijds en kinderbijlagen anderzijds. Het comité wordt paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de sociale partners, de VI, de zorgverleners en het Verenigd College. De kinderbijlagfondsen en de gezinsorganisaties zijn eveneens vertegenwoordigd. Afhankelijk van het soort besluit dat wordt genomen, hebben de leden ervan een beslissende of raadgevende stem. Sinds juni 2018 komt het comité één keer per maand bijeen.

Het beheer van de budgetten van de twee beleidstakken gebeurt in paritair beheer met twee instanties: de **Beheerraad voor gezondheidszorg en bijstand aan personen** en de

Beheerraad voor de kinderbijlagen. Deze vervullen overigens een adviserende functie voor een reeks beleidsmaatregelen die hen aanbelangen. De Beheerraad voor gezondheidszorg en bijstand aan personen wordt paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de VI en de zorgverleners. Ook de sociale partners maken deel uit van de raad, evenals twee commissarissen van het Verenigd College en een vertegenwoordiger van de Adviesraad voor gezondheidszorg en bijstand aan personen van de GGC. Sinds juni 2018 komt het comité één keer per maand bijeen.

De **Beheerraad voor de kinderbijlagen** wordt paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de sociale partners, de gezinsorganisaties en de kinderbijlagfondsen. Ook hier zijn twee commissarissen van het Verenigd College aanwezig. Sinds juni 2018 komt het comité één keer per maand bijeen.

De Beheerraad voor gezondheidszorg en bijstand aan personen wordt sinds begin 2019 in haar opdracht ondersteund door 4 technische commissies en arbitreert op basis van voorstellen die door deze commissies zijn geformuleerd. Ook de technische commissies worden paritair samengesteld uit VI en zorgverleners. Zij bepalen de noodzakelijke behoeften voor de ontwikkeling van het beleid en onderhandelen ad hoc akkoorden en overeenkomsten.⁸ Wanneer deze commissies handelen in het kader van de raadgevende functie die hun door een ontwerpverordening wordt verleend en die momenteel aan de Algemene Vergadering wordt toevertrouwd, wordt de samenstelling uitgebreid naar vertegenwoordigers van werknemers en gebruikers.

Dit ontwerp van verordening voorziet tevens in de oprichting van een "Rolstoelcommissie" en een "Multidisciplinair College" om geheel of gedeeltelijk de taken uit te voeren die voorheen werden uitgevoerd door respectievelijk de Rolstoelcommissie en het College van Geneesheren-Directeurs van het RIZIV.

Ten slotte vereist de overname van de bevoegdheden inzake gezondheid en bijstand aan personen door de GGC via Iriscare ook de omzetting van de federale regelgeving en overeenkomsten tussen zorgverleners en VI, alsook de aanpassing van de omzendbrieven waarin de administratieve processen tussen de verschillende belanghebbenden worden toegelicht. Er werd overeengekomen om geen wijzigingen aan te brengen in de federale wetgeving, maar deze alleen om te zetten ("AS IS"-overname van aangelegenheden). Het kwam er dus op aan deze documenten te "Iriscariseren". Vervolgens moesten ze worden vertaald in IT-ontwikkelingen die het voor de Regionale

3 Een instelling van openbaar nut met autonoom beheer (ION) voor het paritaire beheer van overgedragen aangelegenheden.

4 Dit is de uitvoerende macht, de 'overheid' van de GGC.

5 Dit is het parlement van de GGC.

6 Verordening van de Verenigde Vergadering van de GGC tot oprichting van het bicommunautair bureau voor gezondheid, bijstand aan personen en gezinsbijlagen, 23 maart 2017.

7 Voor details over de verdeling van aangelegenheden, zie CM Informatie nr. 266.

8 Technische commissies (1) Geestelijke gezondheid, (2) Eerstelijnszorg, (3) Opvang en verzorging van hulpbehoevendheid en (4) Personen met een handicap.

Maatschappijen van Onderlinge Bijstand van de ziekenfondsen mogelijk maakten deze bevoegdheden effectief in de circuits over te nemen (zie 2.3.1.). Deze ontwikkelingen hebben geleid tot aanzienlijke IT-investeringen (zie paragraaf 2.3.6.).

[2.1.3 Begroting van Iriscare](#)

De begroting van Iriscare bedraagt 1.240 miljoen euro voor 2019; de belangrijkste posten zijn uiteraard de kinderbijslagen (815 miljoen euro) en de financiering van instellingen en burgers voor gezondheidsgerelateerde zaken en bijstand aan personen (396 miljoen euro, waarvan 270 miljoen euro voor woonzorgcentra en dagverzorgingscentra).

2.2. Wallonië

[2.2.1 Het governancemodel](#)

In het Waals Gewest hebben de onderhandelingen aan het begin van de legislatuur het mogelijk gemaakt om de grenzen te bepalen van het nieuwe orgaan, dat nu verantwoordelijk is voor het beheer van de overgedragen bevoegdheden inzake gezondheid, maar ook van de aangelegenheden inzake gezondheid en handicap die reeds vóór de 6^e staatshervorming werden uitgeoefend door het Gewest of door de Franse Gemeenschap⁹, alsook van de kinderbijslagen die door de federale regering werden overgedragen. Zo heeft het Waals Parlement op 3 december 2015 het decreet betreffende het Waals Agentschap voor Gezondheid, Sociale Bescherming, Handicap en Gezinnen¹⁰ (AViQ) aangenomen, waarin het voormalig Waals Agentschap voor de Integratie van Personen met een Handicap (AWIPH) en de Waalse Raad voor Sociale Actie en Gezondheid (CWASS, die tot nu toe als adviesorgaan optrad) werden geïntegreerd.

De keuze om al deze bevoegdheden te groeperen in één enkele Instelling van Openbaar Nut (ION) impliceert het naast elkaar bestaan van drie verschillende beheersmodellen. Zo worden daar de regale, adviserende en paritaire beheersfuncties (zoals bij het RIZIV) uitgeoefend. Naast de administratie vinden we er dus ook verschillende organen van medebesluitvorming waarbij regering, zorgverleners, VI, werkgevers, vakbonden, en representatieve organisaties voor de betrokken doelgroepen op paritaire wijze betrokken zijn.

[2.2.2 Effectieve oprichting van de verschillende organen](#)

Het AViQ, beheersorgaan

Zoals we in CM Informatie 266 hebben aangegeven, staat het AViQ onder leiding van een **Algemene beheerraad** met als

belangrijkste taak het beheer van alle middelen van het Agentschap (personeelsbeheer, beheerscontract, evaluatie, ...) en de vaststelling van het totale budget en de verdeling ervan over de drie sectoren: gezondheid, handicap en gezinnen. Deze raad wordt paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgevers- en werknemersorganisaties, maar ook politieke gezagsdragers (op basis van de vertegenwoordiging van de partijen in het Waals parlement) en de VI. Sinds 21 januari 2016 komt de raad één keer per maand bijeen.

De verschillende Branchecomité's (gezondheid, handicap en gezinnen) zijn verantwoordelijk voor het beheer van het budget voor de aangelegenheden in hun respectieve sectoren. Het **Branchecomité voor gezondheid** wordt paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de VI en de zorgverleners, maar ook van de overheid, de vakbonden en de werkgeversorganisaties. Het is verantwoordelijk voor het geregionaliseerde gezondheids- en welzijnsbeleid en komt sinds 23 maart 2016 eenmaal per maand bijeen.

De meest recente organen die zijn opgericht, de **AViQ-commissies**, komen sinds juni 2018 regelmatig bijeen en zijn de drijvende kracht achter het paritaire beheer. Zij zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de VI en de zorgverleners en verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de behoeften, het opstellen van begrotingsvoorstellen op aangelegenheden die onder hun bevoegdheid vallen en het sluiten van overeenkomsten tussen de VI en de zorgverleners. Sommige commissies vallen uitsluitend onder de Branche gezondheid (eerstelijnszorg, opvang en huisvesting van ouderen, geestelijke gezondheid, ziekenhuizen), terwijl andere transversaal zijn voor de Branche gezondheid en de Branche handicap (Autonomie en grote afhankelijkheid) of voor de 3 Branches (gezondheidspreventie en -bevordering). Sinds hun oprichting hebben de Commissies voornamelijk gewerkt aan de omzetting van de regelgeving (Waalse verordening inzake sociale bescherming) en de RIZIV-conventies (woonzorgcentra, PVT, IBW, ...) op gewestelijk niveau. Het principe is dat er niets verandert op 1/1/2019 ('ASIS'-overname van aangelegenheden). Vanaf 2019 zullen zij actief betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van de begroting 2020 van het AViQ.

Ten slotte heeft de op 8 juli 2016 opgerichte **Raad voor financieel en budgettair toezicht** drie hoofdtaken:

- Advies uitbrengen in het kader van de procedure voor het opstellen van de begroting voor de opdrachten en de beheersbegroting van het Agentschap.
- Op kwartaalbasis verslag uitbrengen aan de Algemene Raad, de Branchecomités en de Regering over de ontvangsten en uitgaven van het Agentschap, met name over de prognoses op dit gebied en over de verschillende aspecten van hun ontwikkeling.

⁹ De Sint-Emilie-akkoorden, het "project voor de organisatie van de nieuwe bevoegdheden inzake gezondheid, hulp aan personen en gezinsbijslagen", ondertekend door de voorzitters van MR, PS, Ecolo en CdH, 19 september 2013.

¹⁰ Decreet van het Parlement van het Waalse Gewest betreffende het Waalse Agentschap voor Gezondheid, Sociale Bescherming, Gehandicapten en Gezinnen, 3 december 2015.

- Advies uitbrengen over de budgettaire gevolgen van het sluiten of verlengen van overeenkomsten tussen de VI en de zorgverleners.

Het AViQ, orgaan voor advies en prognose

Door de CWASS op te nemen, heeft het AViQ haar adviserende functie geërfd, een functie die zij uitoefent via de **Raad voor strategie en prognose**, bestaande uit een centraal college en groepen van deskundigen (werkgevers, vakbonden, VI, vertegenwoordigers van gebruikers en van voorzieningen en diensten en het IWEPS¹¹...). In deze context volgt zij de beleidsontwikkelingen op binnen het actieterrain van het AViQ, evalueert zij op kwalitatieve en kwantitatieve wijze het gevoerde beleid en geeft zij, hetzij op verzoek van de Waalse regering, de Algemene Raad of een Comité, hetzij op eigen initiatief, advies over aangelegenheden die binnen het werkkterrein van het Agentschap vallen. Advies kan worden ingewonnen over een voorontwerp van decreet, over een ontwerp van decreet van de Waalse regering en over de uitvoering van de programmatie en van het vijfjarenplan voor gezondheidsbevordering. Het is het enige orgaan dat nog niet is opgericht sinds de oprichting van het Agentschap. Wel is de oproep tot kandidaturen voor het centrale college in december 2018 afgerond en is de startvergadering normaal gesproken gepland voor begin 2019. Het zijn dan de leden van het College die aan de Regering de leden voorstellen om de toekomstige expertengroepen te vormen.

2.2.3 Het budget van het AViQ

Tot 31/12/2018 omvatte de begroting van het AViQ, naast het werkingsbudget van het Agentschap, enkel de budgetten voor de aangelegenheden waarvoor het Gewest al vóór de 6^e staatshervorming verantwoordelijk was (handicap, bepaalde gezondheidszaken) en voor bepaalde overgedragen aangelegenheden waarvoor het Gewest al een doeltreffend beheer uitoefende (vb. de fondsen Impulso en Assisteo of het fonds voor de bestrijding van verslaving), maar die op een niet-paritaire manier werden beheerd (vroegere RIZIV-aangelegenheden waarvoor de financiering niet over de VI liep). De totale begroting van het Agentschap bedroeg voor 2018 1,070 miljard euro. Vanaf 1/1/2019 is het budget voor alle overgedragen bevoegdheden (gezondheid en gezinsbijslagen) opgenomen in de begroting van het Agentschap, en bedraagt deze nu 4,595 miljard euro.

2.3. De organisatorische gevolgen van de staatshervorming in het Brussels Gewest en het Waals Gewest

2.3.1 Oprichting van maatschappijen van onderlinge bijstand (MOB)

Hoewel zij krachtens de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen reeds een afzonderlijke boekhouding moeten voeren voor de uitvoering van de verplichte verzekering en de aanvullende verzekering, hebben het Verenigd College van de GGC en de Waalse regering de VI verzocht twee specifieke rechtspersonen op te richten voor het beheer van het systeem van tegemoetkomingen voor personen en patiënten voor aangelegenheden die onder de bevoegdheid vallen van respectievelijk de Gemeenschappelijke Gemeenschaps-commissie en het Waalse Gewest. Deze moesten bovendien gebaseerd zijn op de wet van 1990 om de daarin vervatte grondbeginselen te handhaven.

Bijgevolg hebben de VI besloten om Maatschappijen van Onderlinge Bijstand (MOB) op te richten, bestaande uit verenigingen van verschillende ziekenfondsen van eenzelfde landsbond met het oog op de bundeling van bepaalde diensten, waaronder de terugbetaling van zorgverstrekkingen en de toekenning van bijstand, informatie, begeleiding en ondersteuning.

CM besliste om een Brusselse en een Waalse MOB op te richten waarin de 19 regionale ziekenfondsen van de CM-groep zijn verenigd. Doordat ze alle ziekenfondsen van de groep verenigen, kunnen deze MOB alle Brusselse en Waalse leden die bij een ziekenfonds van de groep zijn aangesloten, dekken (onze Brusselse leden kunnen bijvoorbeeld aangesloten zijn bij de Christelijke Mutualiteit van Hainaut-Picardie, CM Limburg of MC Saint-Michel in Brussel).

2.3.2 Erkenning van de Brusselse en Waalse MOB

Aangezien de 6^e staatshervorming nieuwe zaken aan de GGC en het Waals Gewest toevertrouwde, was het noodzakelijk om formeel het wettelijk kader vast te leggen voor de erkenning van de actoren die bevoegd zijn om bij te dragen tot het beheer van deze zaken, met andere woorden, om de genoemde MOB's te erkennen.

Daarom werd op 21 december 2018 de Verordening betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen inzake de gezondheidszorg en de bijstand aan personen aangenomen. Deze verordening bepaalt de materiële en persoonlijke werkings sfeer van de Brusselse regelgeving, identificeert de Brusselse VI die verantwoordelijk zullen zijn voor de toekenning van rechten op de overgedragen aangelegenheden, en beschrijft hun taken, de erkennings- en financiële voorwaarden en wie erop toeziet.

¹¹ Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.

In het Waals Gewest legt het decreet betreffende de erkenning van Waalse VI, dat op 8 november 2018 werd goedgekeurd, het wettelijk kader voor de Waalse MOB's vast¹². Het bevestigt de blijvende rol van de ziekenfondsen in het beheer van de overgedragen aangelegenheden en voorziet in de mogelijkheid om hen in de toekomst nieuwe taken toe te wijzen. Dit decreet bepaalt voornamelijk de erkenningscriteria voor Waalse MOB's en bepaalde financieringsmodaliteiten. Het stelt ook het kader vast voor de betrekkingen tussen de MOB's, het AViQ en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ).

2.3.3 Brusselse en Waalse verzekerden

Deze verordening en dit decreet zijn respectievelijk van toepassing op elke natuurlijke persoon met domicilie in het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest enerzijds, en op elke natuurlijke persoon met domicilie op het Franstalige grondgebied van het Waalse Gewest anderzijds, en die onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid, "Brusselse verzekerde" of "Waalse verzekerde" genoemd. Er is slechts één uitzondering op het criterium van domicilie, namelijk voor personen die hun recht op vrij verkeer hebben uitgeoefend en hun domicilie in een andere lidstaat van de Europese Unie hebben. Het criterium van het verbinden van de vestigingsplaats van de werkgever geldt alleen voor deze personen. Voor personen die gepensioneerd zijn en recht hebben op een Belgisch pensioen, maar die hun domicilie in een andere lidstaat hebben, geldt het verbindingscriterium van de vestigingsplaats van de laatste werkgever. Onder "andere lidstaat" wordt ook een andere staat verstaan die lid is van de Europese Economische Ruimte (EER) of Zwitserland.

Naast het domiciliebeginsel is er voor de Brusselse verzekerde ook de verplichting om zich op het grondgebied van het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest te bevinden (deze verplichting geldt niet voor EU-burgers die in een andere lidstaat verblijven, maar die onder deze verordening vallen) en om verzorgd te worden in een door het Verenigd College erkende voorziening of door een erkende zorgverlener (bijvoorbeeld een bandagist). Hetzelfde principe geldt in het Waals Gewest in het kader van het decreet betreffende de erkenning van Waalse verzekeringsinstellingen. Gelukkig wordt de reikwijdte van deze verplichting sterk beperkt door de bepalingen van de samenwerkingsakkoorden tussen de gefedereerde entiteiten (cf. 3.2), de Europese regelgeving en internationale sociale zekerheidsvereenkomsten.

2.3.4 De Brusselse en Waalse MOB's

Een van de voorwaarden voor de goedkeuring van de Brusselse MOB's is dat zij, voorafgaand aan de erkenningsaanvraag bij het Verenigd College, door de CDZ worden erkend, overeenkomstig de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990.

De goedkeuring geldt in principe voor onbepaalde tijd. Gedurende de gehele erkenningsperiode moeten de MOB's voldoen aan alle tien erkenningsvoorwaarden van het besluit.

Deze verordening bepaalt ook dat het Verenigd College een bicommunautaire openbare instelling, opgericht door de GGC, kan aanwijzen als een Brusselse hulpkas. Zolang het College dit niet doet, zal de HZIV deze rol op zich nemen.

De wettelijke opdrachten van de Brusselse VI vloeien eveneens voort uit de in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen vastgelegde doelstelling om, in een geest van vooruitziendheid, onderlinge bijstand en solidariteit, het fysieke, psychologische en sociale welzijn te bevorderen. Meer specifieke juridische missies zijn: fungeren als uniek loket voor alle vragen in verband met dossiers en rechten in de overgedragen bevoegdheden, het beoordelen van aanvragen, het nemen van besluiten over tegemoetkomingen en het behandelen van betalingen.

In de verordening wordt ook het beginsel van de responsabilisering van de Brusselse MOB's voor hun administratiekosten nader uitgewerkt. Een variabel deel van maximaal 20% zal worden gekoppeld aan de financiële en kwaliteitscontrole door de CDZ en door Iriscare. Dit responsabiliseringsmechanisme zal geleidelijk worden ingevoerd door het Verenigd College, in overleg met de MOB's van Brussel, met dien verstande dat het uiterlijk vijf jaar na de inwerkingtreding van deze verordening in werking moet treden. Het Verenigd College kan deze termijn eenmaal verlengen door middel van een uitvoeringsbesluit.

Ook de Waalse MOB's moeten voldoen aan een aantal voorwaarden om erkend te worden door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de Waalse regering. Deze voorwaarden en de erkenningsprocedure zijn vastgelegd in het decreet en het bijbehorende uitvoeringsbesluit. De goedkeuring geldt voor onbepaalde tijd, maar kan worden ingetrokken. Het AViQ (via de Algemene beheerraad) en de CDZ spelen respectievelijk een controlerende rol op de erkenningsvoorwaarden en de activiteiten van de Waalse MOB's.

Net als in Brussel, ontlenen de Waalse MOB's hun wettelijke opdrachten aan de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen, met uitzondering van artikel 5a, ter bevordering van het fysieke, psychologische en sociale welzijn, in een geest van vooruitziendheid, onderlinge bijstand en solidariteit.

Het Waalse decreet en het uitvoeringsbesluit bevatten verschillende bepalingen over de betaling van de kosten voor de opdrachten en de administratiekosten van de Waalse VI en voorzien ook in een responsabiliseringsmechanisme voor de administratiekosten (nog te specificeren in een besluit op het

12 Tot de Waalse verzekeringsinstellingen behoren de MOB's van de 5 landsbonden, HZIV en HR-Rail.

moment van schrijven), alsook in een formule voor de verdeling ervan over de verschillende Waalse VI. Zij voorzien ook in sancties in geval van niet-naleving van de wet op de ziekenfondsen of van de bepalingen van het decreet inzake de betaling van tegemoetkomingen. Het uitvoeringsbesluit bevat op zijn beurt een responsabiliseringsmechanisme voor de uitgaven voor de opdrachten van de Waalse VI. Het preciseert dat, in geval van een begrotingsoverschrijding, de Waalse VI 1% van deze overschrijding zouden moeten dragen (maximaal 2% van de totale begroting). Zij kunnen een reserve aanleggen van maximaal 1% per jaar en maximaal 3,5% van de begroting.

2.3.5 NIC-B et NIC-W

Na de 6^e staatshervorming besloten de VI om een Brussels Intermutualistisch College (NIC-B) en een Waals Intermutualistisch College (NIC-W) op te richten naar het voorbeeld van het Nationaal Intermutualistisch College. Het NIC-B en het NIC-W zijn verenigingen van ziekenfondsen, samengesteld uit vertegenwoordigers van de 5 Landsbonden van ziekenfondsen, de HZIV en de Kas der geneeskundige verzorging van HR-Rail.

Ze hebben als opdracht:

- het organiseren van overleg tussen de verschillende ziekenfondsen over alle problemen die van belang zijn voor de aan het Brussels en het Waals Gewest overgedragen bevoegdheden en over de mutualistische sector in het algemeen;
- het innemen van een standpunt over deze problemen, rekening houdend met de belangen van alle sociaal verzekerden;
- het aanmoedigen van gezamenlijke acties of organische samenwerking bij het beheer van de VI;
- het coördineren van de vertegenwoordiging van de VI binnen de organen van Iriscare en AViQ;
- het voorzien van de ontwikkeling van gemeenschappelijke instrumenten voor het beheer van gewestelijke aangelegenheden.

2.3.6 Administratiekosten, investeringskosten en de verdeling ervan over de Brusselse en de Waalse MOB's

Het feit dat de Brusselse en Waalse overheden besloten hebben om het beheer van de overgedragen bevoegdheden toe te vertrouwen aan de Waalse en Brusselse MOB's, brengt beheers- en investeringskosten met zich mee voor rekening van de GGC en het Waals Gewest.

In overleg met de overheden van de twee betrokken gefedereerde entiteiten hebben de VI daarom een algemene evaluatie opgesteld:

- terugkerende administratiekosten voor het dagelijks beheer van de overgedragen aangelegenheden (dossierbeheer, personeelskosten, enz.);
- eenmalige investeringskosten voor de aankoop van IT-apparatuur, IT-ontwikkeling, enz. die nodig zijn voor de

overname van het beheer van de bevoegdheden op 1 januari 2019.

Eens deze globale enveloppen voor de GGC en het Waals Gewest waren vastgesteld en door de overheden goedgekeurd, bereikten de VI overeenstemming over de verdeelsleutels voor deze bedragen tussen de MOB's, HR-Rail en de HZIV. De verdeelsleutels zijn identiek voor de GGC en het Waals Gewest en zijn als volgt vastgesteld:

Wat betreft de administratiekosten:

- Basis van 5% van de totale enveloppe gelijkelijk verdeeld over de zeven VI (solidariteitsbasis);
- Verdeling van de rest van de enveloppe over de VI op basis van drie criteria:
 - Totaal aantal rechthebbenden (gerechtigden en personen ten laste) om rekening te houden met de totale omvang van de activiteiten van elke VI: 50% van de resterende enveloppe;
 - Totaal aantal rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (gerechtigden en personen ten laste) om rekening te houden met sociale factoren: 10% van de resterende enveloppe;
 - Totaal aantal rechthebbenden van 65 jaar en ouder (gerechtigden en personen ten laste) om rekening te houden met het feit dat de overgedragen bevoegdheden sterk verband houden met de vergrijzing: 40% van de resterende enveloppe.

Elk jaar wordt het gemiddelde aantal leden in de laatste twee bekende jaren gebruikt (afvlakking over twee jaar).

Wat betreft de investeringskosten:

- Voor de helft van de enveloppe, een vast bedrag per ontwikkelingsentiteit (aangezien NVSM ook ontwikkelt voor LLM, en MLOZ voor LNZ).
- Voor de tweede helft van de enveloppe, een uitsplitsing op basis van het aantal rechthebbenden van elke ontwikkelingsentiteit.

De gegevens die door de VI gebruikt worden om de variabele delen toe te wijzen komen van het RIZIV. Voor 2019 werd in de AViQ-begroting 16,8 miljoen euro uitgetrokken voor de administratiekosten van de Waalse VI, te verdelen over de 5 MOB, HZIV en HR-Rail. Dit bedrag vertegenwoordigt 1,7% van de budget voor tegemoetkomingen die in het kader van de Waalse sociale bescherming langs de Waalse VI zullen gaan. In Brussel omvat de begroting van Iriscare 8,5 miljoen euro voor de beheerskosten van de VI, wat neerkomt op 2,1% van de uitgaven voor gezondheid en bijstand aan personen.

2.4. Vlaanderen

2.4.1 Regelgeving en organisatie

In Vlaanderen worden de nieuwe bevoegdheden beheerd en aangestuurd vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Binnen de afdelingen van het VAZG wordt een onderscheid gemaakt tussen de sectoren die reeds sinds 1 januari 2019 gekoppeld werden aan het verzekeringsmodel van de Vlaamse sociale bescherming (VSB) en de sectoren die het federale verzekeringsmodel uit de verplichte ziekteverzekering voorlopig zullen behouden. Deze sectoren zullen pas in een latere fase geïntegreerd worden in de VSB of gekoppeld worden aan andere beleidsinitiatieven.

Pijlers VSB-decreet

- Zorgbudgetten
- Mobiliteitshulpmiddelen
- Ouderenvoorzieningen (woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra)

Pijlers overnamedecreet

- Revalidatie
- Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)
- Initiatieven beschut wonen (IBW)
- Multidisciplinaire Begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE)

Regelgevend vertaalde deze keuze zich in twee te onderscheiden basisteksten, nl. het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (hierna: 'VSB-decreet') en het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (hierna: 'overnamedecreet').

Het VSB-decreet regelt sinds 1 januari 2019 naast de zorgbudgetten¹³ ook de mobiliteitshulpmiddelen en ouderenzorgvoorzieningen, het overnamedecreet regelt de in de titel opgesomde bevoegdheden. Andere, op zich staande overgehevelde bevoegdheden zoals tabakologie en Geïntegreerde Diensten Thuiszorg (GDT) worden in eigen, specifieke regelgevende teksten geregeld.

2.4.2 Rol zorgkassen en verzekeringsinstellingen

Het onderscheid in organisatie en regelgeving vertaalt zich eveneens in een onderscheid tussen de uitvoerende partners.

De zorgkassen werden reeds aangeduid als uitvoerder voor de zorgbudgetten binnen de VSB. Ook voor de nieuwe bevoegdheden binnen de VSB (ouderenzorg en mobiliteitshulpmiddelen) wordt verder beroep gedaan op de zorgkassen. De zorgkassen functioneren binnen de VSB als uniek loket voor het verwerken van aanvragen en de facturatie, staan in voor de betalingen aan de zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen en vormen het aanspreekpunt voor burgers, voorzieningen en zorgverleners. Vandaag bestaan er vijf zorgkassen opgericht door de ziekenfondsen. Daarnaast is er ook een Vlaamse zorgkas, aangestuurd vanuit het VAZG.¹⁴

Gezien het behouden van het federale verzekeringsmodel voor de sectoren binnen het overnamedecreet, wordt voor de uitvoering ervan verder beroep gedaan op de verzekeringsinstellingen¹⁵ (VI's). Zij blijven de zekerbaarheid controleren en verwerken verder de aanvragen en facturatie en staan in voor de betalingen aan de zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen.

Voor de bevoegdheden die buiten deze teksten vallen, zoals de GDT, worden ad hoc samenwerkingsverbanden voorzien met de VI's binnen de materies waar zij nog steeds een rol spelen.

2.4.3 Impact

De VI's zullen voor de pijlers binnen het overnamedecreet rapporteren aan het VAZG dat de aansturing en financiering voorziet. Tot en met 31 december 2018 werd deze taak uitsluitend vervuld door het federale Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Deze omschakeling betekende voor de VI's een opsplitsing van de betrokken systemen en boekhoudkundige circuits. Voor de samenwerking met het VAZG werden analoge stromen en systemen gebouwd zoals die reeds gebruikt worden voor de samenwerking met het RIZIV. Naast deze ontwikkelingen, werden tevens aanpassingen verricht aan de interne processen, zoals de centralisatie van de aanvragen voor de Vlaamse materies op één punt.

Ook voor de voorzieningen en zorgverstrekkers dient sinds 1 januari 2019 een opsplitsing gemaakt te worden in de facturatie en aanvragen voor de regionale materies enerzijds en de federale materies anderzijds. Nieuwe afspraken werden gemaakt met de VI's en het VAZG rond de wijze waarop de aanvragen en facturatie voor de regionale materies verwerkt moeten worden.

Voor de zorgkassen betekent de uitbreiding van het VSB-verzekeringsmodel een evenredige uitbreiding van hun operationele werking. De verwerking van de aanvragen en facturatie van de mobiliteitshulpmiddelen en ouderenzorgvoorzieningen gebeurt sinds 1 januari 2019 niet langer door de VI's maar door de zorgkassen. Beide sectoren werden in een

¹³ De zorgbudgetten vormen een voortzetting en uitbreiding van de zorgverzekering, meer info zie www.cm.be/zorgkas

¹⁴ Voor een volledige lijst van de zorgkassen zie www.vlaamsoesocialebescherming.be/de-zorgkassen

¹⁵ De ziekenfondsen en hun landsbonden zoals geregeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen

samenwerking tussen het VAZG en de zorgkassen gedigitaliseerd. Voor de mobiliteitshulpmiddelen worden de aanvragen en facturatie sinds 1 januari 2019 volledig digitaal verwerkt. Voor de ouderenvoorzieningen wordt een gespreide uitrol van het digitale circuit voorzien in de eerste helft van 2019. Het is de bedoeling dat alle ouderenvoorzieningen vanaf 1 juli 2019 volledig digitaal gaan.

Naast de aanpassingen en herstructureringen bij de verschillende actoren heeft de regionalisering ook een algemene impact op het zorglandschap in Vlaanderen. Regio's en actoren moeten nadenken over het organiseren van een kwalitatieve zorgverlening over de grenzen heen, zowel in een nationale als internationale context. Burgers moeten blijvend beroep kunnen doen op een kwalitatief, gelijkwaardig zorgaanbod zonder hierin beperkt te worden binnen de regiogrenzen.

[2.4.4 Inhoudelijke wijzigingen](#)

In een eerste fase werd bij de overdracht van de bevoegdheden zoveel mogelijk gekozen voor de continuïteit van regelgeving om de impact op de betrokken actoren, inclusief de burgers, zoveel mogelijk te beperken. Wel werden reeds een aantal eigen accenten gelegd zoals een uitbreiding van de gevallen waarin een hulpmiddel gehuurd kan worden of wijzigingen van de termijnen waarbinnen om de vervanging ervan gevraagd kan worden.¹⁶

De grootste wijziging is de digitalisering van de pijlers die reeds in de VSB werden ingekanteld, namelijk de ouderenvoorzieningen en de mobiliteitshulpmiddelen. Alle aanvragen en facturatie zullen vanaf 2019 elektronisch verlopen. Zoals hoger vermeld gebeurt dit voor de ouderenvoorzieningen, in samenspraak met de sector, middels een gespreide uitrol. De zorgkassen werken voor beide pijlers volledig digitaal. Voor de rapportering en financiering zijn de toepassingen van de zorgkassen gekoppeld aan een gemeenschappelijk platform dat beheerd wordt door de zorgkassen en het VAZG.

Tenslotte wijzigt ook de wijze waarop medische akkoorden worden verleend voor de aanvragen voor de mobiliteitshulpmiddelen en revalidatie. Tot 1 januari 2019 werden de medische akkoorden voor deze aanvragen georganiseerd en toegekend vanuit het ziekenfonds waarbij de patiënt aangesloten was. Adviserend artsen en paramedici van de VI's verwerkten alle aanvragen voor de eigen leden. Vanaf 2019 wordt in Vlaanderen gefaseerd een nieuw orgaan voor deze controles in het leven geroepen: de zorgkassencommissie. Deze commissie bestaat uit artsen, paramedici en experts van de verschillende zorgkassen en zal medische akkoorden verlenen voor aanvragen van alle zorgkassen, ongeacht bij welke zorgkas het lid aangesloten is.

Voor de ouderenvoorzieningen neemt de Zorgkassencommissie

de rol van de huidige Lokale Colleges over wat betreft de controle op de indicatiestellingen.

[2.4.5 Vlaamse sociale bescherming en Brussel](#)

Reeds sinds de invoering van de VSB werd aan Brusselaars de keuze gegeven om mee te stappen in het verzekeringsmodel van de VSB. Zo kunnen ook Brusselaars rechten openen in de VSB en beroep doen op de zorgbudgetten. Vanaf 1 januari 2019 komen hierbij ook de nieuwe pijlers, de mobiliteitshulpmiddelen en ouderenvoorzieningen. In tegenstelling tot de zorgbudgetten, is er voor VSB-verzekerden in Brussel hier wel een dubbel aanbod: ook vanuit de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) wordt voor beide pijlers een eigen financieringsmodel voorzien. Een VSB-verzekerde Brusselaar heeft zo de keuze om zijn aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel in te dienen in het Vlaams of Brussels systeem. Voor zijn verblijf in een ouderenvoorziening heeft de VSB-verzekerde de keuze tussen een Vlaams of Brussels erkende instelling.

2.5. Duitstalige gemeenschap

[2.5.1 Het governancemodel](#)

Om de nieuwe bevoegdheden in de gezondheidszorg en bijstand aan personen te implementeren en te beheren, heeft de Duitstalige Gemeenschap besloten om een hybride bestuursmodel op te zetten.

- De overheid beheert en implementeert zaken met betrekking tot kinderbijlagen en "gezondheid": gezondheidspreventie en -bevordering, revalidatie, financiering van de ziekenhuisinfrastructuur en woonzorgcentra en centra voor dagverzorging.
- De nieuwe instelling van openbaar nut (ION), "*Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben*" (DSL of het agentschap voor een zelfbepaald leven), zal zich bezighouden met bijstand aan personen (overname van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, mobiliteitshulpmiddelen), meer specifiek alles wat te maken heeft met hulpbehoevende personen, ongeacht hun leeftijd. Dit nieuwe agentschap, opgericht op 1 januari 2017 als uniek loket, richt zich op hulpbehoevende personen en hun families, maar ook op chronisch zieken. Het is de bedoeling om aan de burgers alle middelen te verstrekken die noodzakelijk zijn om autonoom te leven. De belangrijkste taak is het verstrekken van informatie, advies en ondersteuning aan de hulpbehoevende persoon en zijn mantelzorgers. Daarnaast heeft het agentschap de plicht om voorstellen en beleid uit te werken op het gebied van gehandicapten en senioren en treedt het op als adviseur van de regering van de Duitstalige Gemeenschap.

¹⁶ Voor meer info en een overzicht van alle wijzigingen zie www.vlaamse sociale bescherming.be

Vanaf januari 2019 is de DSL bevoegd voor de beoordeling van de mate van afhankelijkheid van bewoners in woonzorgcentra en centra voor dagverzorging, alsmede de mate van handicap van kinderen in het kader van de verhoogde kinderbijslag. Om de informatiestroom te optimaliseren, blijft de Federale Overheidsdienst voor personen met een handicap de mate van invaliditeit van kinderen evalueren voor de toekenning van verhoogde kinderbijslag. Op die manier kunnen de ziekenfondsen snel de rechthebbenden blijven identificeren om de rechten van hun leden te handhaven in het kader van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De DSL heeft een Raad van Bestuur die gedeeltelijk paritair is samengesteld. Zijn vertegenwoordigd met stemrecht: vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers en de VI. Vertegenwoordigers van de zorgverleners maken geen deel uit van de Raad van Bestuur. De DSL heeft ook een adviesorgaan dat verschillende vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties uit verschillende sectoren zoals gezondheidszorg, werkgelegenheid, huisvesting, sociale en professionele reïntegratie, enz. samenbrengt. Ten slotte zijn er nog twee extra adviesorganen in het leven geroepen: conferenties van dienstverleners, waarbij vertegenwoordigers van sectoren die verband houden met kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap en verlies van autonomie, en vertegenwoordigers van de sector van ouderen met verlies van autonomie bijeenkomen.

Na twee jaar heeft de DSL zijn werking geëvalueerd. Het resultaat is een reorganisatie naar een horizontale functionele indeling. Uitgaande van een duidelijke scheiding tussen de zorg voor ouderen enerzijds en de zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap anderzijds, zijn deze twee gebieden geïntegreerd. Het resultaat is een nieuwe functionele scheiding tussen de gebieden van begeleiding en behoeften enerzijds en diensten anderzijds.

[2.5.2 Rol van de VI](#)

In het door de Duitstalige Gemeenschap opgezette beheersmodel voor de overgedragen aangelegenheden hebben VI een beperkte rol. De enige toegangspoort die overblijft is preventie en gezondheidsbevordering via het nieuwe concept van gezondheidsbevordering. De VI hebben twee stemmen in de Raad van Bestuur van de DSL, maar zijn niet langer cobeheerders met zorgverleners, zoals het geval is bij de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Om hun invloed te handhaven, hun projecten te doen slagen en hun visie op gezondheid en de maatschappij te verdedigen, hebben de ziekenfondsen op het grondgebied van de Duitstalige Gemeenschap eind 2015 een overlegplatform opgericht dat vergelijkbaar is met het overlegplatform dat op federaal niveau (het NIC) bestaat. Dit platform coördineert het overleg over de bij de overheid te verdedigen standpunten in het belang van de leden. Het is inderdaad van essentieel belang dat het actief deelneemt aan de raadplegings- en besluitvormingsfora.

Terwijl de Duitstalige regering via de DSL een structuur heeft geïmplementeerd die gedeeltelijk op paritaire basis wordt beheerd, zijn de uitdagingen verbonden aan de implementatie van een beheersvorm die alle actoren die sociale zekerheidsaangelegenheden beheren, en die dus een solide expertise en veel knowhow inbrengen, samenbrengt.

Meer fundamenteel vraagt CM zich af of de Duitstalige Gemeenschap in de toekomst in staat zal zijn de uit de sociale zekerheid overgedragen aangelegenheden te beheren en de burgers hierbij dezelfde kwaliteit van dienstverlening en hetzelfde (in dit geval sociale) zekerheidsniveau te bieden. Alles hangt af van het gezondheids- en welzijnsbeleid dat zal worden ingevoerd. Gezien de kleinschaligheid van de Duitstalige Gemeenschap, de demografische veranderingen en de specifieke kenmerken van de mobiliteit van de bevolking, staat er veel op het spel. Het is belangrijk dat politici zich bewust worden van de noodzaak om voldoende middelen ter beschikking te stellen voor het vervullen van hun politieke, bestuurlijke of dienstverlenende taken. Dit beleid moet doeltreffend en betaalbaar zijn en vooral dicht bij de behoeften van de mensen staan.

Het beheer van de gezondheidszorg en bijstand aan personen in de Duitstalige Gemeenschap wordt dan ook sterk gekenmerkt door centralisatie op het niveau van de overheid.

3. De belangrijkste uitdagingen

3.1. De overgang van het federale niveau naar de gefedereerde entiteiten

Op het moment van schrijven van dit artikel, moeten enkele belangrijke elementen van de bevoegdheidsoverdracht nog worden geregeld in onderling overleg tussen alle gefedereerde entiteiten. Zo wordt het overgangsprotocol dat de transitie tussen het RIZIV en de regionale instanties op 1/1/2019 regelt, nog steeds besproken op de Interministeriële Conferentie. In dit protocol moet onder meer worden bekrachtigd welke instantie bevoegd is om de in 2019 gefactureerde, maar in 2018 verleende prestaties te betalen.

Hetzelfde geldt voor de overeenkomst om kwesties in verband met de behandeling van internationale verdragen te regelen, en dan vooral het vastleggen van één enkel contactpunt met het buitenland (dat het RIZIV zou blijven) en de wijze waarop de in het buitenland teruggevorderde middelen zullen worden herverdeeld. Het moet ook de regels vastleggen voor de betaling van de uitkeringen (welke verbindende entiteit) voor Belgen die in het buitenland gevestigd zijn, maar onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid.

3.2. De overdraagbaarheid van de rechten van de burgers in een gefragmenteerd socialezekerheidsstelsel

Om de overdraagbaarheid van de rechten van de verzekerden tussen de verschillende entiteiten van het land te garanderen, moesten verschillende samenwerkingsovereenkomsten en -protocollen worden gesloten tussen Vlaanderen, het Waals Gewest, de GGC, de COCOF en de Duitstalige Gemeenschap.

Het doel van de "samenwerkingsovereenkomst betreffende de financiering van de zorg in geval van een beroep op zorgvoorzieningen buiten de grenzen van de gefedereerde entiteit" is voorkomen dat een verzekerde die op het grondgebied van de ene entiteit woont, wordt uitgesloten van dekking in geval van zorg in een erkende voorziening op het grondgebied van een andere entiteit. Dit akkoord heeft betrekking op woonzorgcentra, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, revalidatieziekenhuizen en centra voor ambulante revalidatie, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen. Concreet maakt deze overeenkomst het mogelijk om bijvoorbeeld een Waalse verzekerde te verzorgen en te verzekeren in geval van een verblijf in een woonzorgcentrum op het Vlaams of Brussels grondgebied.

Een andere overeenkomst over mobiliteitshulpmiddelen heeft tot doel de continuïteit van de dienstverlening en de rechtszekerheid te waarborgen voor alle actoren die bij deze materie betrokken zijn (voornamelijk rechthebbenden op mobiliteitshulpmiddelen en bandagisten). Het algemene beginsel is dat de bevoegde entiteit (en dus verantwoordelijk voor de aanvraagprocedure en de kosten van het hulpmiddel) die entiteit is waar de rechthebbende is gevestigd. De aanvragen en betalingsprocedure wordt dus uitgevoerd volgens de regels van de gefedereerde entiteit waarbij de aanvraag is ingediend. De overeenkomst bevat ook regels voor de overgang van de ene entiteit naar de andere.

Met betrekking tot bandagisten bepaalt de overeenkomst dat bandagisten die vóór 1 januari 2019 door de federale overheid erkend werden, automatisch erkend worden en verbonden zijn aan de gefedereerde entiteit waar zij hun standplaats hebben, onder voorbehoud van entiteitsgebonden bepalingen. De gefedereerde entiteit heeft de bevoegdheid om de basiserkenning op te schorten of in te trekken. Bandagisten met een exploitatiezetel in het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest moeten een keuze maken om erkend te worden door de Vlaamse Gemeenschap of door de GGC.

Om de versnippering van het aanbod van mobiliteitshulpmiddelen tegen te gaan en de administratieve lasten voor fabrikanten en leveranciers van mobiliteitshulpmiddelen te verminderen, werken de gefedereerde entiteiten - met uitzondering van de

Duitstalige Gemeenschap - samen, zodat fabrikanten en leveranciers slechts één aanvraag tot erkenning van een product hoeven in te dienen. De gefedereerde entiteiten ontwikkelen een gemeenschappelijke structuur en logica voor het vastleggen van productinformatie. Dit moet leiden tot een gemeenschappelijke lijst van producten, waarbij elke entiteit autonoom de voor vergoeding in aanmerking komende producten, de administratieve procedure, de voorwaarden voor de toekenning, de terugbetalingscriteria en de hernieuwingstermijnen beheert.

Het doel van een derde overeenkomst betreffende de oprichting van een uniek loket voor materiaal en mobiliteitshulpmiddelen in Brussel, is de Brusselaars de keuzevrijheid en de gelijke behandeling te garanderen van personen met een handicap erkend door PHARE¹⁷ of het VAPH¹⁸, wat betreft de toegang tot materiaal en mobiliteitshulpmiddelen.

Het doel van deze drie overeenkomsten is dat de Belgische burgers hun rechten "kunnen uitoefenen", d.w.z. ze in alle gefedereerde entiteiten van het land kunnen doen gelden, zonder beperkingen en dus zonder de gevolgen van de staatshervorming te voelen. De complexiteit van ons institutioneel systeem, nog versterkt door de staatshervorming, doet vermoeden dat de toepassing van deze overeenkomsten nog steeds tot overdraagbaarheidsproblemen of verschillen in behandeling tussen de Belgen kan leiden.

Merk op dat op het moment van schrijven deze verschillende teksten het wetgevende proces nog niet volledig hebben doorlopen. Terwijl de overeenkomsten zijn afgerond, wachten we nog steeds op de formele goedkeuring van alle gefedereerde entiteiten door middel van een verordening of decreet.

3.3. De progressieve uitdoving van het overgangsmechanisme na de hervorming van de bijzondere financieringswet

Zoals we weten, was de 6^e staatshervorming ook een gelegenheid om de regels voor de financiering van de Gemeenschappen en Gewesten te herzien. De wetgever heeft namelijk voorzien in een overgangsregeling die elke gefedereerde entiteit in staat stelt om, bij de invoering van het nieuwe financieringsmodel en gedurende de eerste jaren van de overname van de overgedragen aangelegenheden, over financiële middelen te beschikken die ten minste gelijkwaardig zijn aan de middelen waarin de bijzondere financieringswet vóór de staatshervorming voorzag. Dit komt omdat met de nieuwe regels die van kracht zijn, sommige entiteiten minder goed gefinancierd zijn (het Waals Gewest), terwijl andere beter gefinancierd zullen worden (GGC, de Duitstalige Gemeenschap en Vlaanderen).

¹⁷ Brusselse Franstalige dienst voor personen met een handicap (informatie, advies en financiële tegemoetkomingen).

¹⁸ Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Dit bedrag, bepaald per entiteit, is constant gedurende 10 jaar, te beginnen in 2014, alvorens geleidelijk af te nemen met 10% per jaar voor de volgende 10 jaar, te beginnen in 2025, om vervolgens te worden teruggebracht tot nul in 2034.

Dit uitdovingsmechanisme is goed nieuws voor de GGC, Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap, maar het Waalse Gewest zal zich moeten voorbereiden op een tekort dat vanaf 2025 met 10% per jaar zal toenemen tot bijna 550 miljoen euro per jaar in 2034.¹⁹

3.4. Doeltreffende werking van het paritaire beheer in Brussel en het Waals Gewest

Hoewel de ziekenfondsen erin geslaagd zijn om via een paritair beheersmodel in Brussel en het Waals Gewest actief betrokken te blijven bij de bepaling van het gezondheidsbeleid, blijft de doeltreffende werking ervan een grote uitdaging. Het impliceert immers een belangrijke cultuurverandering binnen de gewestelijke overheden (AViQ en IRISCARE) die de overgedragen bevoegdheden hebben geërfd en die niet aan deze manier van werken gewend zijn. Het is bijzonder belangrijk dat de verschillende Commissies en Comités niet alleen maar kamers zijn die de voorstellen van de administratie of van de Waalse regering en het Verenigd College goedkeuren. Het is belangrijk dat de organen van co-beheer worden uitgerust met de instrumenten (met name begrotingsrapportage, maar ook statistische gegevens uit het veld) om het gewestelijke gezondheidsbeleid van morgen mee vorm te geven en actief deel te nemen aan de voorbereiding van de gewestelijke begrotingen op dit gebied.

4. Nuttige links

Agence pour une Vie de Qualité: <https://www.aviq.be/>

Iriscare: <http://www.iriscare.brussels/fr/>,
<http://www.iriscare.brussels/nl/>

Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben:
<https://selbstbestimmt.be/>

Vlaamse Sociale Bescherming:
www.vlaamseSOCIALEbescherming.be

5. Bibliografie

De Sint-Emilia-akkoorden, het "project voor de organisatie van de nieuwe bevoegdheden inzake gezondheid, hulp aan personen en gezinsbijslagen", ondertekend door de voorzitters van MR, PS, Ecolo en CdH, 19 september 2013.

Bayenet, B., Bourgeois, M., et Darte, D., *Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État: Précis des nouvelles règles de financement des Communautés et des Régions*, Tax Institute, Larcier, 2017, 993 p.

Decreet van het Parlement van het Waalse Gewest betreffende het Waalse Agentschap voor Gezondheid, Sociale Bescherming, Gehandicapten en Gezinnen, 3 december 2015.

Verordening van de Verenigde Vergadering van de GGC tot oprichting van het bicommunautair bureau voor gezondheid, bijstand aan personen en gezinsbijslagen, 23 maart 2017.

Verordening van de Verenigde Vergadering van de GGC met betrekking tot de Brusselse verzekeringinstellingen op het gebied van gezondheidszorg en bijstand aan personen, 21 december 2018.

¹⁹ Bayenet, B., Bourgeois, M., et Darte, D., *Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État: Précis des nouvelles règles de financement des Communautés et des Régions*, Tax Institute, Larcier, 2017, pp.600-604

Budget 2019: totstandkoming, risico's en conclusies

Bram Peters en Pauline van Cutsem, studiedienst CM
Caroline Lebbe, Medische Directie (cel geneesmiddelen)
Liesbet Sommen, departement gezondheidsbeleid

Inleiding

Elk jaar in oktober legt de Algemene Raad van het RIZIV de globale begrotingsdoelstelling vast en de verdeling daarvan in partiële begrotingsdoelstellingen per zorgsector voor de verplichte ziekteverzekering voor het daaropvolgende jaar. Het grote kader ligt vast en de verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers vullen dit kader verder in via paritair overleg. De technische ramingen, die een schatting zijn van de uitgaven in de toekomst en worden opgesteld door het RIZIV, geven een objectieve basis mee.

Tijdens de Algemene Raad van 15 oktober 2018 werd het budget voor 2019 vastgelegd. Daar ging echter een heel proces aan vooraf. Elk jaar heeft zijn eigen context. In dit artikel geven we de belangrijkste elementen weer bij de totstandkoming van het budget 2019. Tot slot formuleren we enkele bedenkingen bij het budget 2019 en haar totstandkoming.

Sleutelwoorden: gezondheidszorgbegroting, begrotingsuitdagingen, risico's, besparingen, nieuwe initiatieven, overleg

1. Globale begrotingsdoelstelling 2019

De strikte normberekening zoals bepaald in artikel 40 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, leidt er toe dat de globale begrotingsdoelstelling 2019 wordt vastgesteld op 26,5 miljard euro. Dit globaal bedrag is de som van de globale begrotingsdoelstelling van het voorgaande jaar vermeerderd met de groeinorm van 1,5%. Wanneer de indices (gezondheidsindex en spilindex) worden overschreden, worden deze percentages ook toegevoegd. Ten slotte worden er nog bedragen toegevoegd aan de totale begroting voor bepaalde categorieën uitgaven zoals "Aanpassing art 81" of "IBF-bevordering werkgelegenheid ziekenhuizen" die buiten de verantwoordelijkheid liggen van de respectievelijke sectoren. Tabel 1 vat samen hoe de globale begrotingsdoelstelling voor 2019 werd samengesteld.

Tabel 1: Samenstelling van de globale begrotingsdoelstelling voor 2019

Strikte normberekening	2019 (000 EUR)
Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.555.882
Reële groeinorm 1,5 %	383.338
Gezondheidsindex	227.292
Spilindexmassa	97.811
Masterplan internering	5.000
IBF – bevordering werkgelegenheid ziekenhuizen	58.788
Psychologische zorg	16.875
Sociaal akkoord	25.000
Integratie gepensioneerden OSZ ²	4.258
Aanpassing art. 81	139.076
Terugbetaling van diëtisten	5.000
Globale begrotingsdoelstelling 2019	26.518.320

1 IBF = Interdepartementaal Begrotingsfonds

2 OSZ = Overzeese Sociale Zekerheid. De Overzeese Sociale Zekerheid, vroeger DOSZ, wordt beheerd door de RSZ, de federale openbare instelling voor de sociale zekerheid. Ze biedt sociale verzekeringen aan aangesloten expats die in landen buiten de EER werken.

2. Technische ramingen 2019 versie juli 2018

Op 2 juli 2018 ontvingen de leden van het Verzekeringscomité, de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers, de eerste technische ramingen voor het jaar 2019 van het RIZIV. De totale uitgaven voor 2019 werden toen geschat op 26,9 miljard euro. Gegeven de structurele blokkering van bijna 142 miljoen euro, die de reële begrotingsdoelstelling eigenlijk vermindert, zou er in 2019 een tekort zijn van zo'n 503 miljoen euro (tabel 2).

Tabel 2: Berekening geschatte overschrijding 2019 (versie juni)

	000 euro
Globale begrotingsdoelstelling 2019	26.529.530
- structurele blokkering	141.927
Geautoriseerde begrotingsdoelstelling 2019	26.387.603
- technische raming (uitgaven) 2019	26.890.946
Overschrijding 2019	-503.343

Om deze overschrijding te verklaren, kijken we naar voorgaande jaren. In 2017, waarvan de uitgaven volledig gekend zijn, is er maar één sector die haar partiële begrotingsdoelstelling noemenswaardig overschreden heeft, zijnde de farmaceutische verstrekkingen. De overschrijding bedroeg 303 miljoen euro. In 2018, waarvan de uitgaven gedeeltelijk gekend zijn en de technische ramingen de overige maanden aanvullen, is er opnieuw maar één sector met een noemenswaardige overschrijding van haar budget. Opnieuw gaat het om de categorie "farmaceutische verstrekkingen" voor een geschat bedrag van 313 miljoen euro (bij de technische ramingen van september wordt de overschrijding iets lager geschat, namelijk 260 miljoen euro). De categorie "farmaceutische verstrekkingen" bestaat uit verschillende subcategorieën. De overschrijding is bijna volledig te wijten aan de subcategorie "farmaceutische specialiteiten" (tabel 3). In het volgende hoofdstuk gaan we daar verder op in.

Tabel 3: Overschrijding in de subcategorie "farmaceutische specialiteiten"

Farmaceutische verstrekkingen	2017 (000 EUR)	2018 (000 EUR)
Partiële begrotingsdoelstelling	4.291.775	4.431.954
Uitgaven (reëel in 2017, technische raming versie juni voor 2018)	4.594.786	4.745.427
Overschrijding	-303.011	-313.473

3. Systematische overschrijding farmaceutische specialiteiten

Binnen de farmaceutische specialiteiten moet er een onderscheid worden gemaakt tussen de bruto en netto begrotingsdoelstelling en uitgaven, ten gevolge van de inkomsten/restituties voor art 81 geneesmiddelen (zie kader voor meer uitleg). Voor geneesmiddelen art 81 wordt een contract tussen de farmaceutische firma's en het RIZIV/de minister afgesloten zodat de officiële prijs voor een bepaald geneesmiddel dezelfde blijft, maar er toch een soort van korting wordt gegeven op die prijs die dan achteraf³ wordt teruggestort aan de overheid, de zogenaamde restitutie.

In tabel 4 vind je de netto begrotingsdoelstelling (C) die gelijk is aan het verschil tussen de bruto begrotingsdoelstelling (A) en de gebudgetteerde restituties (B). De geboekte bruto uitgaven zijn gelijk aan het verschil tussen de bruto geboekte uitgaven en de geboekte restituties. Uit deze tabel kan je concluderen dat, zelfs wanneer je rekening houdt met de restituties, de farmaceutische specialiteiten hun budget overschreden met respectievelijk 225, 189, 267 en 319 miljoen euro in 2015, 2016, 2017 en 2018. De vastgestelde overschrijding van het voorziene budget is systematisch en gaat over aanzienlijke bedragen.

In het debat over de overschrijdingen van de farmaceutische specialiteiten wordt regelmatig verwezen naar de "clawback" en de heffingen op de omzet. Ook hier gaat het om aanzienlijke bedragen die terugvloeien naar de staat. Belangrijk om te weten is dat deze middelen echter geen deel uitmaken van de begrotingsdoelstelling en bijgevolg de overschrijding niet compenseren.

³ Vandaag worden er ook voorschotten betaald op de restituties dus is het niet enkel achteraf.

Tabel 4: Bruto en netto begrotingsdoelstelling en uitgaven farmaceutische specialiteiten 2015-2018

(in miljoen euro)	2015	2016	2017	2018 ⁴
BUDGET				
A. bruto begrotingsdoelstelling	4.029	4.111	4.292	4.444
B. gebudgeteerde restituties art 81	31	45	238	304
C. netto begrotingsdoelstelling (A - B)	3.998	4.066	4.054	4.140
UITGAVEN				
D. geboekte bruto uitgaven	4.278	4.378	4.595	4.769
E. geboekte restituties art 81	55	124	273	362
F. geboekte netto uitgaven (D - E)	4.223	4.255	4.321	4.407
OVERSCHRIJDINGEN				
G. bruto mali (A - D)	-249	-267	-303	-325
H. netto mali (C - F)	-225	-189	-267	-267
ANDERE (inkomsten RIZIV)				
I. subsidiaire heffingen/compenserende heffing/clawback	59	100	101	103
J. heffingen omzet (gestandaardisserde audit)	256	255	261	/

Wat zijn artikel 81 geneesmiddelen?

Om terugbetaling te bekomen voor een geneesmiddel, moet de fabrikant een aanvraag indienen bij het RIZIV. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) moet hierover binnen de wettelijk vastgelegde termijn een advies geven aan de minister. Dit advies moet bij 2/3 meerderheid gestemd worden en kan zijn om (1) het geneesmiddel niet te vergoeden, (2) wel te vergoeden of (3) tijdelijk te vergoeden via een overeenkomst tussen het RIZIV en de firma. Die tijdelijke vergoeding kan er komen als de prijs van het geneesmiddel niet in verhouding is met de therapeutische meerwaarde ervan of indien er onzekerheden zijn op budgettair vlak (bv indien niet duidelijk kan ingeschat worden hoeveel patiënten met dit geneesmiddel zullen behandeld worden)(cfr art 35bis §7 ZIV-wet 14 juli 1994).

Indien de CTG er niet in slaagt om binnen de wettelijke termijn een advies uit te brengen, kan de fabrikant aan de minister voorstellen om het geneesmiddel tijdelijk te vergoeden via een overeenkomst met het RIZIV. Indien de minister van mening is dat er een medische en/of sociale nood is, maar dat de prijs van het geneesmiddel niet in verhouding is met de therapeutische meerwaarde van dit geneesmiddel of indien er onzekerheden zijn op budgettair vlak, dan kan zij hierop ingaan. Die mogelijkheid bestaat ook na een negatief advies van de CTG, maar dan is het de minister die initiatief moet nemen indien deze omwille van medische en/of sociale nood wenst af te wijken van het advies van de CTG.

Deze tijdelijke overeenkomsten worden "art 81" genoemd, naar de juridische basis voor dit budgetbeheersingsinstrument: nl art 81 van het KB van 21 december 2001 dat de procedures vastlegt voor de CTG. Concreet gaat het om contracten van maximum 3 jaar (de contracten zijn hernieuwbaar) die worden afgesloten tussen het RIZIV/de minister en het betrokken farmaceutische bedrijf. In deze contracten worden modaliteiten afgesproken om de budgettaire onzekerheden te beheersen (bv door bepaalde financiële compensaties) en eventueel de wetenschappelijke onzekerheden te verhelderen. Deze afspraken zijn bij wet vertrouwelijk (sinds 1 september 2016).

Het KB van 21 december 2001 werd dit jaar vervangen door het KB van 1 februari 2018. Hierdoor zijn de artikels hernummerd: art 111 beschrijft de procedure voor een overeenkomst als de CTG er niet in slaagt tijdig een advies uit te brengen; art 112 de procedure als de CTG zelf een tijdelijke inschrijving voorstelt en art 113 na negatief advies van de CTG. Het kan dus zijn dat er in de toekomst niet meer gesproken wordt over art 81, maar over art 111-113.

⁴ Gezien 2018 nog niet was afgesloten ten tijde van het schrijven van dit artikel, gaat het in de tabel om de technische ramingen van September 2018.

4. Zomerconclaaf

Tijdens het begrotingsconclaaf in de zomer van 2018 nam de federale ministerraad een aantal beslissingen in het kader van de door de technische ramingen vooropgestelde overschrijding in 2019. Tijdens het Verzekeringscomité van 10 september namen de ziekenfondsen kennis van deze beslissingen. We overlopen de voornaamste beslissingen.

*“Gegeven de evolutie van de praktijkvoering, het ter beschikking komen van nieuwe farmaceutische behandelingsmogelijkheden en de evolutie van de uitgaven, is het eerder waarschijnlijk dat het budget 2019 voor de farmaceutische specialiteiten eveneens overschreden wordt. Er wordt alvast een inspanning aan de farmaceutische industrie opgelegd door het inschrijven van de **compenserende heffing (clawback) 2019** voor het maximaal mogelijk bedrag volgens de huidige regeling, zijnde 105 mio €.”* (notulen Verzekeringscomité 10 september 2018)

De compenserende heffing (clawback) is een maatregel waarbij de farmaceutische industrie wordt gedwongen om de overschrijding van haar partiële doelstelling terug te betalen tot een bepaald plafond. De regering gaat er dus van uit dat de partiële begrotingsdoelstelling zal worden overschreden en schrijft deze inkomsten alvast in in de begroting. Dat is problematisch. Om dit duidelijk te maken gaan we er even van uit dat alle andere sectoren ongeveer evenveel uitgeven als hun respectievelijke partiële begrotingsdoelstellingen toelaten. Oftewel overschrijdt de farmaceutische sector haar partiële begrotingsdoelstelling voor een bedrag van minstens 105 miljoen euro. Dan zal de clawback betaald worden en komen de verwachte inkomsten binnen. Maar aan de uitgavenzijde is er dan een overschrijding van minstens 105 miljoen euro. Bijgevolg is de begroting niet in evenwicht. Oftewel wordt de partiële begrotingsdoelstelling niet overschreden, zodat de uitgaven binnen de begroting blijven, maar dan situeert zich het probleem aan de inkomstenzijde. Immers, de clawback zal dan niet in werking treden waardoor er aan de inkomstenzijde een tekort opduikt van 105 miljoen euro. Hoe dan ook zal dus de begroting voor 2019 niet kloppen.

Bovendien is de compenserende heffing een post hoc inkomst zonder structureel effect op de uitgaven. Op lange termijn is dit geen oplossing voor de sterk stijgende uitgaven binnen de farmaceutische specialiteiten.

“De regering heeft bij het beschouwen van de initiële technische ramingen voor het begrotingsjaar 2019 geconstateerd dat de wijze om de trend van de netto-uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten in te schatten nu anders is gebeurd dan tot nog toe het geval. In het licht van die vaststelling heeft de regering de netto-uitgaven voor 2019 herbeschouwd en schat zij die vooralsnog 193 mio € lager in. De regering wacht nu eerst de herziene technische ramingen af.” (notulen Verzekeringscomité 10 september 2018)

Deze herbeschouwing is nooit verduidelijkt noch gepreciseerd, ondanks herhaaldelijke vragen. De herziene technische ramingen (versie september 2018) voor 2019 hielden bovendien geen rekening met deze herbeschouwing, wat doet vermoeden dat de uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in realiteit niet 193 miljoen euro lager zullen zijn. Dat is waarom het Verzekeringscomité heeft gevraagd dat de 193 miljoen niet ten laste mag worden gelegd van de patiënt, dat ze niet mogen gecompenseerd worden door onderschrijdingen in andere sectoren van de gezondheidszorg, noch meetellen in de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

“De regering heeft de minister van sociale zaken er bovendien mee belast om in overleg met vertegenwoordigers van de sector maatregelen uit te werken ten belope van 114,3 mio € en die voor te leggen aan de Algemene Raad van het RIZIV in het kader van de wettelijke begrotingsprocedure. De Minister van sociale zaken, daarin bijgetreden door de regering, benadrukt dat deze maatregelen dienen te worden genomen binnen het geneesmiddelenbeleid zonder daarbij de patiënt te raken.” (notulen Verzekeringscomité 10 september 2018)

Als CM staan we achter het nemen van structurele maatregelen in de farmaceutische sector. Daarom vroegen we, met steun van de andere verzekeringsinstellingen en de meeste zorgverstrekkers, om een werkgroep farmaceutische specialiteiten op te richten voor 31 oktober 2018. De doelstelling van deze werkgroep betreft dan het herzien van de beheersmechanismen binnen de sector farmaceutische specialiteiten op korte, middellange en lange termijn. Op die manier zouden overschrijdingen in de sector farmaceutische specialiteiten structureel en op langere termijn voorkomen kunnen worden. Tegelijk kan deze werkgroep zich ook buigen over de uitbreiding van de transparantie van de art. 81 contracten.

5. Technische ramingen 2019 versie september 2018

Op 17 september nam het Verzekeringscomité kennis van de herziene technische ramingen in het Verzekeringscomité. We hadden dus nog exact twee weken voordat het voorstel van het Verzekeringscomité voor het budget 2019 zou moeten worden gestemd.

De herziene technische ramingen voor 2019 waren iets lager waardoor de geschatte overschrijding daalde van 503 naar 477 miljoen euro.

Tabel 5: Berekening van de geschatte overschrijding 2019 (versie september 2018)

	000 EUR (Keur)
Wettelijke begrotingsdoelstelling voor 2019 (1,5%+ indexering)	26.513.320
- structurele blokkering	141.927
Goedgekeurde doelstelling voor 2019	26.371.393
- Technische ramingen (uitgaven) 2019	26.848.765
= Overschrijding/Marge 2019	-477.372

Ook de uitgaven voor de farmaceutische verstrekkingen werden iets lager ingeschat,⁵ maar dat doet geen afbreuk aan de vaststelling dat de overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling voornamelijk, zo niet helemaal, te wijten is aan de overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling voor de farmaceutische verstrekkingen.

6. Voorstel Verzekeringscomité

Op basis van de technische ramingen en na intensief overleg tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers, werd op het Verzekeringscomité van 1 oktober 2018 het voorstel voor het budget 2019 incl. partiële begrotingsdoelstellingen goedgekeurd. De belangrijkste principes in het voorstel waren de volgende.

Het Verzekeringscomité stelt dat er dringend behoefte is aan een **alomvattende langetermijnvisie** op de gezondheidszorg en een methodologie voor transversale reflectie en dat het daarom noodzakelijk is om geleidelijk de middelen te ontwikkelen om transversaal te denken en te handelen, met als leidraad een meerjarige en sectoroverschrijdende visie. Deze oefening is ondertussen lopende onder de naam "Toekomst van de Gezondheidszorg" begeleid door Living Tomorrow/Tomorrowlab. Een langetermijnvisie zou vooraf moeten gaan aan het opstellen van een budget.

Het Verzekeringscomité vraagt de oprichting van een **werkgroep farmaceutische specialiteiten** in opdracht van de Algemene Raad. De leden van deze werkgroep omvatten minstens vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie, de verzekeringsinstellingen, de regering, de artsen, de ziekenhuizen, de apothekers en andere betrokken zorgverstrekkers. De doelstelling van deze werkgroep betreft

het herzien van de beheersmechanismen binnen de sector farmaceutische specialiteiten op middellange en lange termijn. Op die manier zouden de sterk stijgende uitgaven en eventuele overschrijdingen in de sector farmaceutische specialiteiten structureel en op langere termijn voorkomen kunnen worden. Tegelijk kan deze werkgroep zich ook buigen over de uitbreiding van de transparantie van de art. 81 contracten.

De **193 miljoen** euro herbeschouwing van de overschrijding in de sector farmaceutische specialiteiten mogen **niet ten laste** worden gelegd van de patiënt (noch in 2019, noch later) en mogen niet gecompenseerd worden door onderschrijdingen in alle andere sectoren van de gezondheidszorg, noch meetellen in de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

Het Verzekeringscomité vraagt dat, indien zou blijken dat de volgende technische ramingen (na isolatie van de sector farmaceutische specialiteiten) een **marge** aangeven voor 2019, deze kan worden **aangewend voor nieuwe initiatieven**.

Om het budgettair kader te respecteren was voor alle sectoren de **partiële begrotingsdoelstelling** gelijk aan hun technische raming, behalve voor de farmaceutische sector. Voor die laatste hebben we de regeringsmaatregelen consequent toegepast wat betekent dat hun partiële begroting, in vergelijking met de technische raming, werd verlaagd met 353,8 miljoen euro.

7. Beslissing Algemene Raad

Op 15 oktober 2018 besloot de Algemene Raad om het goedgekeurde voorstel van het Verzekeringscomité naast zich neer te leggen. Een nieuw voorstel qua budget 2019, van de hand van de minister, werd goedgekeurd. De voornaamste elementen daaruit zijn de volgende:

Ondanks de verwachte overschrijding van 477 miljoen euro was er ruimte om **nieuwe initiatieven** te steunen. De minister had 5 miljoen euro veil voor diëtisten in de strijd tegen kindero obesitas. Deze middelen worden toegevoegd aan de globale begrotingsdoelstelling. De middelen voor deze nieuwe maatregel zijn afkomstig van de interdepartementale provisie.

Hoe het tekort van 477 miljoen euro wordt weggewerkt uit de beslissing van de Algemene Raad. Daar vergelijkt men de technische ramingen voor 2019 (versie september 2018) met de uiteindelijke partiële begrotingsdoelstellingen per sector binnen de globale begrotingsdoelstelling. In tabel 6 hernemen we enkel de lijnen waar er een verschil is.

⁵ De uitgaven voor de farmaceutische verstrekkingen zijn ondertussen, in de technische ramingen van november weer hoger ingeschat: TR juni 4.459 miljoen euro, TR sept 4.407 miljoen euro, TR nov 4.489 miljoen euro. (TR = technische raming).

Tabel 6: Partiële begrotingsdoelstellingen na besluit in de Algemene Raad

	OMSCHRIJVING	TR september 2018 (000 EUR)	Wijzigingen (000 EUR)	Doelstelling 2019 (000 EUR)
3.	Farmaceutische verstrekkingen	4.642.038	-167.490	4.474.548
	a) Farmaceutische specialiteiten			605.659
	a.1 Economische marge en honoraria apothekers			
	b) Magistrale bereidingen	70.445		70.445
	c) Wachthonoraria	4.332		4.332
	d) Bloed	90.945		90.945
	e) Medische hulpmiddelen	38.759		38.759
	f) Medische voeding	29.069		29.069
	g) Radio-isotopen	49.735		49.735
	h) Desinfecterende baden	95		95
	i) Zorgtrajecten	10.503		10.503
	j) Zuurstof	554		554
	k) Honoraria zuurstof	250		250
	l) Analgetica	342		342
	Tot farma. Verstrek.	4.937.067		4.769.577
12.	a) Verpleegdagprijs	5.811.241	-150.000	5.661.241
	b) Forfaitaire dagprijzen in alg. ziekenhuizen	252.289		252.289
	c) Vervoer - Transport + niet-erkende bedden	28.171		28.171
	Totaal - Total	6.091.701		5.941.701
21.	Andere plaatsing en reiskosten	41.712	-20.000	21.712
38.	Compensatie uitgaven buiten doelstelling	47.955	-47.955	0
	Structurele blokkering	141.927	-71.204	70.723
	Opbrengst plan handhaving		-20.723	-20.723

De beslissing van de Algemene Raad bestaat uit een aantal categorieën van maatregelen. We vatten de belangrijkste hieronder samen.

7.1. Farmaceutische verstrekkingen

In de categorie "farmaceutische verstrekkingen" wordt voor ruim 167 miljoen euro bespaard door een combinatie van besparingsmaatregelen⁶. Men kan zich enerzijds de vraag stellen of deze besparingsmaatregelen enkel de farmaceutische industrie treffen. Bijvoorbeeld, de uitdieping van het facturatie-niveau in de ziekenhuizen voor geneesmiddelen waarvoor alternatieven beschikbaar zijn van 90% naar 85% zou 21 miljoen euro opbrengen. Alleen zal deze maatregel vooral impact hebben op de ziekenhuissector. Anderzijds kan men zich de vraag stellen of al deze maatregelen wel zullen opbrengen

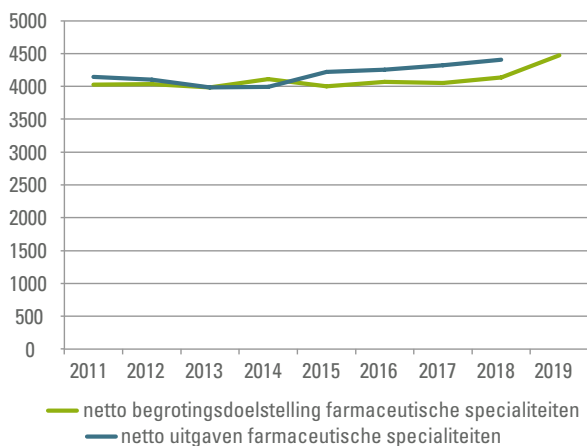
wat is vooropgesteld. Indien niet, zal de partiële begrotingsdoelstelling zeker worden overschreden.

Na aftrek van deze besparingen komt de partiële begrotingsdoelstelling op 4,77 miljard euro voor de farmaceutische verstrekkingen. Ten opzichte van de begrotingsdoelstelling van 2018 is dat een reële groei van 7,62%. In verhouding tot de globale reële groeinorm van 1,5% is dit nogal royaal. Als één sector een hogere groeinorm toegekend krijgt, betekent dit dat andere sectoren een lagere groeinorm toegekend krijgen. Anders kan de globale groeinorm nooit beperkt blijven tot 1,5% (reële groei). De farmaceutische sector is niet de enige sector die een hogere groeinorm toegekend heeft gekregen. In haar voorstel had het Verzekeringscomité een partiële begrotingsdoelstelling van 4,583 miljard euro toegekend voor de farmaceutische verstrekkingen, wat overeenkomt met een reële groei van 3,41%.

⁶ In de beslissing van de Algemene Raad gaat het om de besparingsmaatregelen 5.1 tot en met 5.9 (totaal van 121 miljoen euro) en technische correcties 6.9 en 6.10 (totaal van 46,5 miljoen euro).

Figuur 1 toont dat de netto uitgaven voor farmaceutische specialiteiten tot en met 2014 dalende waren. Sinds 2014 zijn de uitgaven echter stijgende. Aan de lijn van de netto begrotingsdoelstelling is ook te zien dat de beperkte groei van de begrotingsdoelstelling - zoals ze was afgesproken in het farmapact tussen de minister en de industrie voor de jaren 2016-2018 - teniet wordt gedaan door de stevige groei van de begrotingsdoelstelling in 2019.

Figuur 1: Netto begrotingsdoelstelling en netto uitgaven farmaceutische specialiteiten (2011-2019)



Bijkomend moet opgemerkt worden dat men aan de inkomstzijde buiten de begrotingsdoelstelling de compenserende heffing (clawback) heeft ingeschreven voor 105 miljoen euro. De compenserende heffing kan volgens de huidige regelgeving (artikel 191, §15 quaterdecies van de GVVU Wet) pas geïnd worden als er een effectieve overschrijding is van de partiële begroting farmaceutische specialiteiten. Dus met andere woorden als de werkelijke uitgaven (netto) voor de farmaceutische specialiteiten minstens 4.474 + 105 miljoen zijn. Dat betekent dus dat als er geen overschrijding is (of minder dan 105 miljoen euro) de inkomsten niet kloppen. Als er wel overschrijding is, dan kloppen de uitgaven niet. Hoe dan ook, zoals de begroting nu is opgesteld klopt ze niet.

Als we, op basis van de uitgaven van voorgaande jaren, er van uit gaan dat de te corrigeren overschrijding van 477 miljoen euro voor 2019 voornamelijk (of alleen) te wijten is aan de groei in de sector farmaceutische verstrekkingen, dan is het opvallend dat er maar voor 167,5 miljoen euro bespaard wordt in deze sector. De overige sectoren, vooral degenen die hieronder genoemd worden, zijn hier dus de dupe van.

7.2. Ziekenhuissector

In de categorie “verpleegdagprijs” wordt voor 150 miljoen euro bespaard. Er wordt 50 miljoen euro “natuurlijke onderbenutting” geschraapt⁷. Hier wordt weliswaar onmiddellijk aan toegevoegd dat “De sector van de ziekenhuizen zal niet budgettair geresponsabiliseerd worden voor de eerste schijf van 50 miljoen euro bij een eventuele overschrijding.” Spontaan rijst dan ook de vraag of het wel om onderbenutting gaat.

De overige 100 miljoen euro wordt geschraapt met de melding dat de uitgaven voor internationale verdragen dubbel geboekt worden. Voortaan zullen deze uitgaven bij de FOD Volksgezondheid worden geregistreerd en bijgevolg geschraapt uit het budget RIZIV en dus ook uit de begrotingsdoelstelling.

7.3. Structurele blokkering

De structurele blokkering wordt - net als elke andere categorie in de tabellen - beschouwd als uitgaven. In de realiteit worden de middelen die in deze categorie worden opgenomen, niet gebruikt (vandaar de blokkering). Bijgevolg wordt de globale begrotingsdoelstelling in de praktijk verminderd met een bedrag gelijk aan de structurele blokkering. Men wijkt dus af van de wet waarin wordt gestipuleerd dat er een groeinorm is voorzien van 1,5% plus indexering. In theorie dragen alle sectoren bij aan deze middelen die niet uitgegeven kunnen worden. Of omgekeerd, geen enkele sector kan beroep doen op deze middelen die geblokkeerd staan.

Daarbovenop wordt deze categorie gebruikt als pasmunt om de begroting te laten kloppen. Er lijkt immers geen enkele andere reden te zijn om de structurele blokkering te laten zakken (wat dus meer uitgaven betekent) dan om de totalen te laten kloppen.

Voor 2019 daalt de structurele blokkering van een kleine 142 miljoen euro naar net geen 71 miljoen euro. Met andere woorden, de daling van de structurele blokkering draagt voor 71 miljoen euro bij aan het tekort van zo’n 477 miljoen euro.

7.4. Technische correcties

De partiële begrotingsdoelstelling “compensatie uitgaven buiten doelstelling” wordt in zijn geheel geschraapt. Het gaat om een boekhoudkundige relikwie die wordt geschraapt voor een bedrag van 48 miljoen euro⁸.

In de categorie “Andere plaatsing en reiskosten” wordt voor 20 miljoen euro geschraapt omwille van dubbelboeking bij het RIZIV en bij de FOD Volksgezondheid⁹.

⁷ Het gaat om maatregel 6.3 in de beslissing van de Algemene Raad

⁸ Het gaat om technische correctie 6.1 in de beslissing van de Algemene Raad.

⁹ Het gaat om technische correctie 6.7 in de beslissing van de Algemene Raad.

7.5. Maatregelen buiten de begrotingsdoelstelling

De beslissing van de Algemene Raad bevat een hele reeks maatregelen en technische correcties, waarvan sommige binnen en andere buiten de globale begrotingsdoelstelling vallen. De hierboven genoemde maatregelen en correcties gaan over zaken binnen de begrotingsdoelstelling. Dat is waarvoor de leden van het Verzekeringscomité verantwoordelijk zijn en ook waarvoor de verzekeringsinstellingen financieel verantwoordelijk zijn. De maatregelen buiten de begrotingsdoelstelling zijn voor de verzekeringsinstellingen moeilijker te beoordelen omdat we niet betrokken zijn bij de totstandkoming van deze maatregelen.

8. Conclusie

CM heeft altijd een constructieve rol gespeeld (en zal dat blijven spelen) in de jaarlijkse totstandkoming van het budget voor het volgende jaar. We hebben desalniettemin een aantal fundamentele bezwaren bij het budget van 2019 en bij het proces van de totstandkoming daarvan.

De **compenserende heffing** staat voor 2019 buiten de begrotingsdoelstelling als inkomst genoteerd. Door de compenserende heffing in zijn geheel op te nemen als inkomst, heeft men een begroting opgesteld die per definitie niet in evenwicht is¹⁰. Ofwel is er overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling en worden de inkomsten gerealiseerd maar zit men met een overschrijding bij de uitgaven. Ofwel is er geen overschrijding waardoor de inkomsten niet behaald worden. Men zou in de toekomst de compenserende heffing best inschrijven binnen de begrotingsdoelstelling en ze op 0 zetten om dit probleem te vermijden.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de **farmaceutische** verstrekkingen is **8%** groter dan in 2018 (reële groei). Gezien de **groei** voor de globale begrotingsdoelstelling beperkt is tot 1,5%, tast de groei in de farmaceutische sector de groei van andere sectoren aan. Bovendien doet deze toegestane groei het pact tussen de minister en de farmaceutische industrie volledig teniet.

De structurele overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling is de voorbije jaren vermeden. Vanaf 2018 is er echter (hoogstwaarschijnlijk) een globale mali. Uit analyse blijkt dat de voornaamste oorzaak van de overschrijding te wijten is aan de **structurele overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling van de farmaceutische verstrekkingen** de voorbije jaren. De groei van de farmaceutische sector zet de begroting voor de verplichte geneeskundige verzekering onder

druk. Daarmee bestaat het risico dat

- de andere sectoren de rekening moeten betalen omdat hun marge wordt opgegeten of dat ze moeten besparen ten voordele van de farmaceutische sector.
- of dat de globale begroting in overschrijding is waardoor de verzekeringsinstellingen moeten inboeten via het systeem van de financiële verantwoordelijkheid.
- of dat de patiënt meer zal moeten betalen omdat de kosten naar hen worden doorgeschoven.

Geen van deze drie risico's is aanvaardbaar. De enige oplossing is een structurele besparing in de farmaceutische sector zelf.

Ook opvallend is dat de regeringsnotificaties na het zomerakkoord melding maakten van een **herbeschouwing** van de uitgaven van de **farmaceutische specialiteiten** van 193 miljoen euro. Deze herbeschouwing werd noch in de technische ramingen, noch in de finale beslissing van de Algemene Raad erkend. Deze herbeschouwing (virtuele herbeschouwing, zo bleek achteraf) heeft toegelaten om geen besparingsmaatregelen te moeten nemen. Deze werkwijze ondermijnt bovendien de geloofwaardigheid van de technische ramingen.

Het proces om tot de begroting voor 2019 te komen, heeft opnieuw aangetoond dat het **paritair overleg onder druk staat**. Een eerste vaststelling is dat de Algemene Raad geen rekening heeft gehouden met de goedgekeurde nota op het Verzekeringscomité. Daarnaast heerst er onduidelijkheid met betrekking tot het al dan niet gebruik maken van de structurele blokkering, van de interdepartementale provisie, dubbel-tellingen, etc. Wat nog het meest de inspanningen van de verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers ondermijnt, is de gehanteerde timing. Bijvoorbeeld, de beslissingen van het zomerconclaaf kwamen eind juli in de pers. Het Verzekeringscomité kreeg de officiële beslissingen echter pas op 10 september te horen. De herziene technische ramingen ontving het Verzekeringscomité pas twee weken voor deadline voor het voorstel qua budget 2019 in het Verzekeringscomité.

Waar de **technische ramingen** normaliter een schatting moeten zijn van de uitgaven voor het lopende en komende jaar op basis van de reële uitgaven, en aldus dienen als **objectieve basis**, bevatten de technische ramingen dit jaar ook politieke beslissingen. Zo kreeg de sector van de kinesisten 25 miljoen euro toegekend en werd de economische marge voor de apothekers voor 5,8 miljoen euro alvast toegekend. Het zou transparanter en consequenter zijn geweest om deze beslissingen te nemen bij het opstellen van het budget.

Ten slotte, volgens CM (en de meerderheid in het Verzekeringscomité) ontbreekt een **langetermijnvisie** voor de verplichte geneeskundige verzekering. Elke budgettaire beslissing zou moeten kaderen in een langetermijnvisie.

¹⁰ Tenzij men artikel 191, §15 quaterdecies van de GVV Wet zou wijzigen. Jo Decock gaf tijdens een bijeenkomst van het Verzekeringscomité immers aan dat de huidige wetgeving aangepast zou moeten worden.

CM ziekenhuisbarometer 2018

Mieke Dolphens – Studiedienst

Muriel Wantier – MC Assure

Benoît Rousseau – Juridische dienst

Bernard Landtmeters – Medische Directie

Met dank aan: Michiel Callens, Katte Ackaert, Kim Cierkens (Departement Onderzoek en Ontwikkeling), Crista Volckaert (Medische directie), Karen Mullié, Ghyselen Elien (Juridische dienst), Alex Peltier, Liesbet Sommen (Departement Gezondheidsbeleid), Luc Cobbaert (Departement Zorg)

Samenvatting

Voor het veertiende jaar op rij publiceerden we de CM ziekenhuisbarometer, een analyse van de ziekenhuisfacturen en –opnames van onze leden in het voorgaande jaar. De voornaamste bevindingen? In 2017 zijn de ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname verder toegenomen. Zelfs voor gestandaardiseerde ingrepen die door de band genomen goed voorspelbaar zijn en weinig variëren tussen patiënten, kunnen de ereloonsupplementen hoog oplopen en zijn er grote verschillen tussen ziekenhuizen. Het verschil in kostprijs ten laste van de patiënt in een een- dan wel twee- of meerpersoonskamer is zodanig groot geworden dat dit niet meer te verantwoorden is. Eenpersoonskamers worden stilaan enkel toegankelijk voor wie zich een hospitalisatieverzekering kan veroorloven. CM spreekt zich uit tegen een dergelijke evolutie daar het raakt aan de fundamentele principes van gezondheidszorg en sociale “zekerheid”. Meer nog, als toekomstgericht gezondheidsfonds vindt CM dat eenpersoonskamers de standaard moeten worden voor klassieke ziekenhuisopnames; 80% eenpersoonskamers en 20% twee- of meerpersoonskamers stellen we daarbij voorop als streefdoel. Eenpersoonskamers als standaard kunnen echter alleen als ook de ereloonsupplementen worden weggewerkt. De vastgestelde groei in ereloonsupplementen heeft geen reden om vanzelf stil te vallen: in 2017 en 2018 hebben zeker al 23 ziekenhuizen hun maximale ereloonsupplementpercentages verhoogd. CM pleit onomwonden voor een wettelijk verbod op ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname en lanceert een voorstel hoe een dergelijk proces er in grote lijnen zou kunnen uitzien.

De barometer leert ons verder dat ziekenhuizen creatief zijn in het zoeken naar extra inkomsten. Zo bieden steeds meer ziekenhuizen “luxe” eenpersoonskamers aan (blijkbaar beschouwen ziekenhuizen “gewone” eenpersoonskamers ook meer en meer als standaard?) en differentiëren ze daarbij niet enkel in kamersupplementen maar ook in ereloonsupplementen. Het bedrag aan kamersupplementen per dag (in eenpersoonskamers) kan zeer hoog oplopen, zonder ook maar enige verantwoording. In 2017 betaalden CM-leden daarenboven 3,74 miljoen euro aan “accommodatieforfaits” (veelal in twee- of meerpersoonskamers, waar kamersupplementen verboden zijn). Wat de keuze van het hospitalisatietype betreft (daghospitalisatie of klassieke opname) zijn er duidelijke indicaties dat deze niet steeds louter gebeurt vanuit de noden vanuit de patiënt en/of de beschikbare technische mogelijkheden.

Voor CM is het duidelijk: het wegwerken van supplementen bij ziekenhuisopname is een noodzakelijke stap willen we de verplichte ziekteverzekering – die naam echt waardig – veilig stellen. We moeten af van de supplementen zodat hospitalisatieverzekeringen overbodig worden. Een deel van het geld dat vrijkomt bij iedereen die op vandaag premies betaalt voor bijkomende ziektekostenverzekeringen volstaat en dient overgeheveld naar de verplichte ziekteverzekering van waaruit deze middelen verdeeld worden tussen ziekenhuizen en artsen-specialisten op basis van transparante, objectief gefundeerde en billijke verdeelsleutels. Dat er een correcte ziekenhuisfinanciering en dito verloning moet zijn van zorgverstrekkers die aanmoedigend werkt voor het bevorderen van gezondheid en zorgkwaliteit, staat voor CM buiten kijf. Eenpersoonskamers kunnen de norm worden, zonder dat de patiënt zich zorgen moet maken over de ziekenhuisfactuur.

Op korte termijn vragen we (1) transparantie voor de patiënt over de te verwachten kostprijs van een ziekenhuisopname (kostenramingen), (2) transparantie voor het gezondheidsfonds over de stromen van honoraria en supplementen (hoe verdelen ziekenhuizen en artsen de middelen onder elkaar en wat is de bestemming?) alsook over de bedragen ten laste van de patiënt bij ambulante en extramurale verstrekkingen en (3) een herziening van de standaardrichtingsnormen (dateren uit de jaren '60) en transparant gereguleerde kamersupplementen en kamercomfort. Tegen 2025 vragen we een vermindering van 6.000 ziekenhuisbedden, zoals becijferd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Sleutelwoorden: ziekenhuizen, patiënt, transparantie, financiële toegankelijkheid, gelijkheid toegang zorg.

1. Inleiding

In vergelijking met andere Europese landen, zijn de **out-of-pocket uitgaven** voor **gezondheidszorg** hoog in België. In ons land valt maar liefst 17% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg ten laste van de patiënt. Tellen we daar de 5% bij die **privaat gefinancierd** wordt via bijkomende ziektekostenverzekeringen, komen we op ruim 22% van de kosten voor gezondheidszorg die **niet** publiek gefinancierd wordt.¹ Wanneer we de **gezondheidsuitgaven** bekijken **relatief ten opzichte van het huishoudbudget**, zien we dat – in 2016, in België – ca. 6,3% van het huishoudbudget besteed werd aan gezondheidszorg. Ook dit percentage behoort zonder meer tot de hoogste in Europa.² Wat betreft **ongelijkheid in toegang tot zorg** scoort België slecht, zo blijkt uit recent onderzoek. Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een gestaag groeiend probleem in ons land, met name bij de laagste inkomensgroepen. In tegenstelling tot de trend in Europa boeren we er op dit vlak zelfs verder op achteruit.³ Gezondheidszorg is echter een basisrecht, een basisdienst, een publiek goed. Met een zorg- en/of gezondheidssysteem op maat van burgers die het zich kunnen veroorloven is niemand gebaat.

Wat specifiek **ziekenhuiszorg** betreft, is het **percentage dat collectief gefinancierd wordt** (d.i. publieke financiering via sociale zekerheidsbijdragen en subsidies van de federale en regionale overheden) **laag** in België vergeleken met andere Europese landen (figuur 1). De **out-of-pocket uitgaven voor ziekenhuiszorg** zijn bijzonder **hoog** in ons land, hoger ook dan de financiering uit vrijwillige regelingen (ruim 1,6 miljard euro

out-of-pocket uitgaven **versus** bijna 1,3 miljard euro uit vrijwillige regelingen in 2016).⁴ Elke evolutie in de ziekenhuiszorg die een verdere toename inhoudt van de kost ten laste van de patiënt, is voor CM dan ook geen optie. Sterker nog, **een transfer van middelen richting budget van de verplichte ziektekostenverzekering dringt zich op.**

Het huidige financieringsmodel van de ziekenhuissector voortzetten dient noch het belang van de individuele patiënt, noch het algemene belang. Meer nog, het huidige model voortzetten – waarbij ziekenhuizen inkomsten dreigen te verliezen als hun activiteit minder toeneemt dan die van hun peers en waarbij de factuur steeds meer doorschuift richting patiënt – is simpelweg onhoudbaar. CM onderschrijft de nood aan een nieuw en transparant financieringssysteem van ziekenhuizen, waarbij de toegankelijkheid tot kwaliteitsvolle zorg voor elke burger gewaarborgd is. Dat ziekenhuizen voldoende vergoed moeten worden voor hun kosten, is evident. Dat zorgverstrekkers correct verloon moeten worden evenzeer. Maar ook incentives ter bevordering van gezondheid en zorgkwaliteit in haar verschillende dimensies zijn cruciaal. Een aantal eerste, schuchtere stappen in die richting worden (of werden recent) gezet. Zo is er onder meer de laagvariabele zorg (per 1 januari 2019) en het pay-for-quality initiatief (voor het eerst toegekend in het Budget van Financiële Middelen van 1 juli 2018). Maar mag het iets meer zijn? Een grondige hervorming van het ganse ziekenhuisfinancieringssysteem dringt zich al jarenlang op.

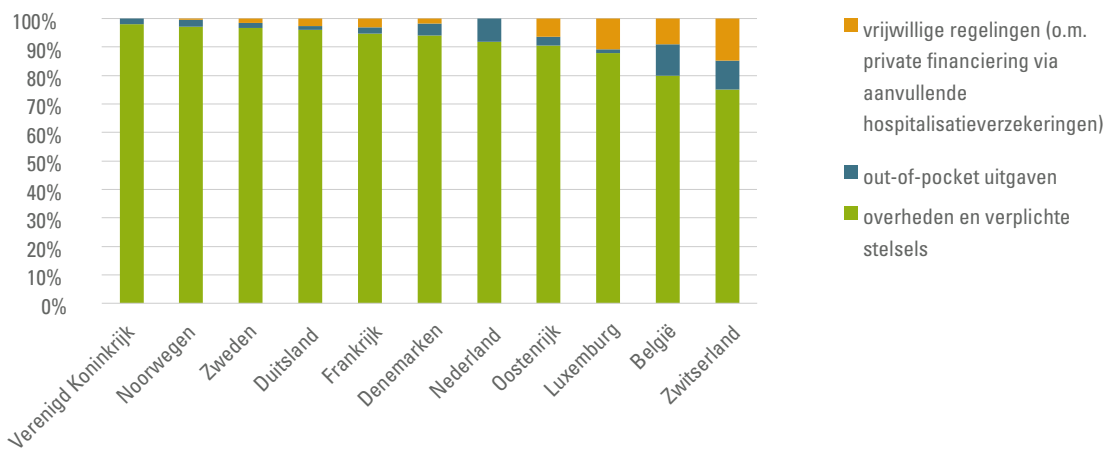
1 Bron: Eurostat, Health care expenditure by financing scheme (hlth_sha11_hf), 2015, beschikbaar via http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hf&lang=en.

2 Bron: OECD.Stat. Final consumption expenditure of households, beschikbaar via https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE5#; gegevensextractie op 01-10-2018.

3 Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juni 2018. Beschikbaar via <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes>; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), België: Landenprofiel Gezondheid 2017, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264285064-nl>. Figuur 4 en 11. Beschikbaar via https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgie-landenprofielgezondheid-2017_9789264285064-nl.

4 Bron: OECD.Stat. Health expenditure and financing, data 2016, beschikbaar via https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; gegevensextractie op 01-10-2018

Figuur 1. De financiering van ziekenhuiszorg, volgens type financiering, 2016 of laatste beschikbare jaar.



Bron: OECD.Stat. Health expenditure and financing, beschikbaar via https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; gegevensextractie op 01-10-2018.

Voor CM is het duidelijk: het **verder afbouwen van bedden en het terugdringen van overconsumptie in de acute zorg** is nodig om het relatief hoge beslag dat de acute zorg (bedden, diensten, zorgprogramma's en nomenclatuurprestaties) legt op de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg, gecontroleerd af te bouwen. Het KCE berekende dat er – t.o.v. de behoefte aan bedden in 2025 en rekening houdend met de versnelde veroudering die er aan komt – **5.832 erkende bedden te veel** zijn.⁵ De overcapaciteit die er vandaag is, werkt onnodige of vermijdbare opnames mee in de hand en vormt een remmende factor voor de overgang van klassieke ziekenhuisopnames naar dagbehandelingen en ambulante zorg. We dringen er dan ook op aan dat de nodige stappen gezet worden om het **aanbod aan ziekenhuisbedden tegen 2025 te verminderen met 6.000 eenheden**. Belangrijk is dat de schaarse middelen geïnvesteerd worden in een mensgericht gezondheids- en welzijnssysteem, in werkelijke zorg- en welzijnsbehoeften in het licht van een duidelijk langetermijnperspectief (o.m. chronische zorg, ouderenzorg, preventieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en gezondheidspromotie). Ook innovatieve intermediaire zorgvormen moeten in deze context grondig bestudeerd worden, en vervolgens gestructureerd georganiseerd en gereguleerd. De zorg kan en moet beter geregeld worden, zonder kwaliteitsverlies, eerder met kwaliteitswinst. CM wil hier als constructieve partner graag aan meewerken.

De (vernieuwde) structuur van het **CM ziekenhuisbarometer** onderzoeksrapport weerspiegelt haar **tweeledige doelstelling**. Enerzijds willen we onze leden coachen door het complexe

zorglandschap, in het bijzonder door die aspecten die verband houden met ziekenhuisopnames. Anderzijds grijpen we de jaarlijkse ziekenhuisbarometer aan om het gezondheidszorgbeleid mee te ondersteunen, een goed beheer van de gezondheidszorgverzekering mee te voeden, het naleven van de regelgeving te helpen handhaven, doeltreffende gezondheidszorg mee te helpen bevorderen en het maatschappelijk debat op cruciale punten (opnieuw) aan te wakkeren. Als gezondheidsfonds van de toekomst blijven we deze actieve en verantwoordelijke rol gretig en met veel goesting verder opnemen.

Dit artikel herneemt geenszins de volledige studie zoals gepubliceerd op onze website, maar voorziet in een samenvatting van het deel gericht tot de beleidsmaker/professional en in enkele bijkomende commentaren. Het volledige rapport is beschikbaar via <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/ziekenhuisbarometer-2017>.

2. Methode

De CM ziekenhuisbarometer is een jaarlijkse studie die betrekking heeft op het hospitalisatiegedeelte van de algemene en universitaire ziekenhuizen in België. Deze veertiende editie analyseert de ziekenhuisfacturen van de ca. 1,5 miljoen opnames van CM leden in 2017. Zowel ziekenhuisopnames met als zonder overnachting (respectievelijk klassieke opnames en

⁵ KCE rapport 289AS over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/benodigdeziekenhuiscapaciteit-in-2025-en-criteria-voor-aanbodbeheersing-van-comp>.

dagopnames) waarbij geneeskundige verstrekkingen hebben plaatsgevonden die terugbetaald zijn door de verplichte ziekteverzekering (ZIV), maken deel uit van de studie. De gegevens uit onze vorige edities worden evenwel meegenomen, wat toelaat om evoluties doorheen de tijd te zien. Bij alle geldelijke bedragen in het rapport is de index verdisconteerd. Bijgevolg is elke vermelde evolutie (groei of daling) reëel en niet het gevolg van inflatie.

Nieuw is dat we – naast de “algemene” analyses – deze keer ook 12 courant voorkomende ingrepen onder de loep hebben genomen: verwijderen van de appendix, verwijderen van de galblaas, liesbreukherstel, plaatsen pacemaker, plaatsen stent (kransslagader hart), bevalling, cataractingreep, plaatsen heupprothese, plaatsen knieprothese, verwijderen meniscus (knie), verwijderen prostaat en spataderoperatie. Bij deze 12 patiëntengroepen focussen we niet enkel op het kostenplaatje, maar ook op een aantal indicatoren voor (variatie in) zorgkwaliteit.

Net zoals de voorbije jaren ontvingen alle ziekenhuizen hun individuele algemene resultaten voorafgaand aan de publicatie van de ziekenhuisbarometer. Deze werkwijze (ziekenhuizen krijgen de mogelijkheid om opmerkingen te formuleren en/of correcties door te (laten) voeren) laat ons toe om onze gegevens verder te verbeteren en om eventuele fouten of praktijken in de facturatie te (helpen) detecteren.

In vergelijking met de vorige edities van de CM ziekenhuisbarometer, gaat dit jaar de aandacht ook explicieter naar het ruimere kader. Waar nuttig, refereren we graag naar

bestaande rapporten en publiek beschikbare cijfers (o.m. van de OESO, het RIZIV, IMA, etc.). Ook internationale benchmarking, trends in het buitenland, koppeling van de praktijkvoering in België aan guidelines en resultaten uit ledenbevragingen, link naar het huidige wetgevend en reglementair kader in ons land, ... komen aan bod.

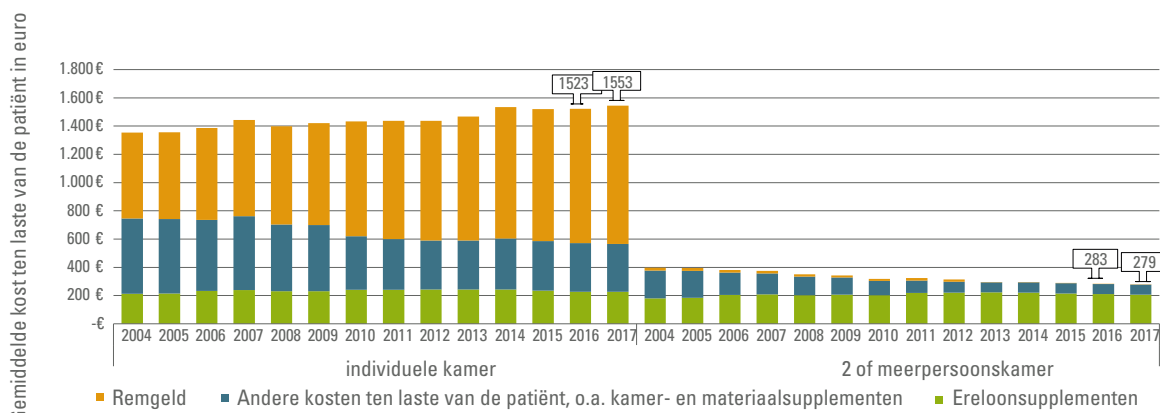
Een gedetailleerde beschrijving van de methodologie is te vinden in het rapport, te raadplegen via de CM website.

3. Resultaten en discussie

Door te stellen dat de ereloonsupplementen de voorbije jaren in hoog tempo sterk gestegen zijn, dat ze de patiëntenfactuur steeds meer domineren en dat de gevraagde bedragen enorm variëren (van streek tot streek, van ziekenhuis tot ziekenhuis, van discipline tot discipline en van zorgverstreker tot zorgverstreker) zonder hiervoor een rechtvaardiging of sociaal nut te vinden, trappen we een open deur in.⁶

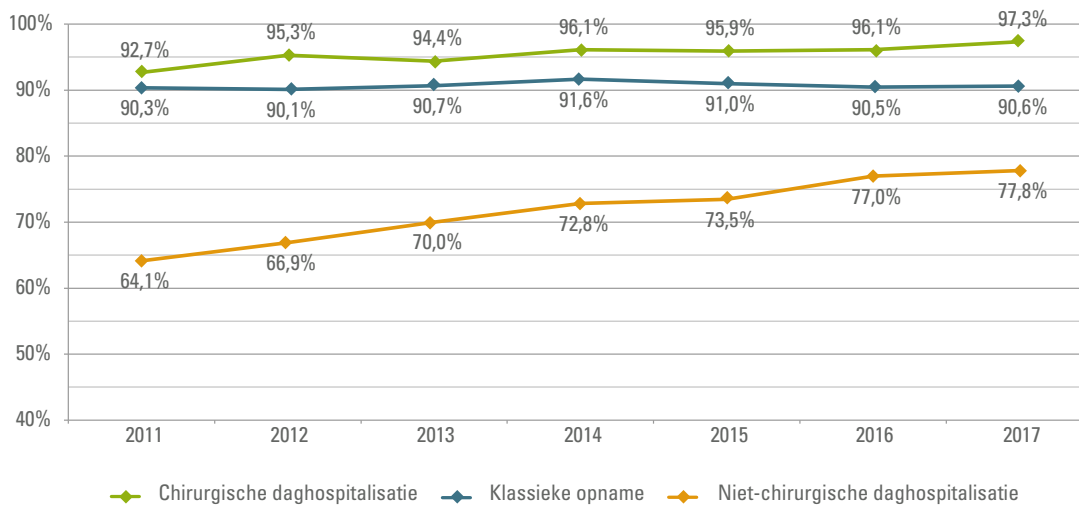
De veertiende CM ziekenhuisbarometer toont dat de **ereloonsupplementen** geïnd bij de gehospitaliseerde patiënt **verder toegenomen** zijn in 2017. Per opname op een eenpersoonskamer zijn de ereloonsupplementen opnieuw gestegen met 3,5% (klassieke hospitalisatie; figuur 2) en met 1,7% (chirurgische daghospitalisatie) in vergelijking met 2016, bovenop de index. Ook worden deze supplementen steeds

Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een klassieke opname, per kamertype (gegevens CM leden, 2004 – 2017, prijzen 2017).



6 Zie de 13 vorige CM Ziekenhuisbarometers en de IMA studie “Ereloonsupplementen in acute ziekenhuizen” (2017) beschikbaar via <https://www.imaaim.be/Ereloonsupplementen-in>.

Figuur 3. Evolutie van het procentuele aandeel van de opnames in eenpersoonskamers waarbij ereloon-supplementen worden aangerekend, per hospitalisatietype (gegevens CM leden, 2011 – 2017).



systematischer aangerekend bij dagopnames op eenpersoonskamers (figuur 3). De totale massa ereloon-supplementen betaald door CM leden bij ziekenhuisopname is verder toegenomen tot 205 miljoen euro in 2017. De vastgestelde groei heeft geen reden om vanzelf stil te vallen. In 2017 trokken 11 ziekenhuizen hun maximale ereloon-supplementpercentages op; in 2018 deden minstens 12 andere ziekenhuizen hetzelfde (stand van zaken 12-12-2018). De groei in ereloon-supplementen dreigt aan te houden en de kosten dreigen verder te verschuiven naar de patiënt als we nu niet daadkrachtig handelen (zie argumentarium in het uitgebreide rapport). Dat een aantal ziekenhuizen het maximale ereloon-supplementpercentage recent terug geschroefd hebben (o.a. AZ Sint-Lucas in Brugge (van maximaal 300% naar 200% voor niet-geconventioneerde artsen met behoud van maximaal 100% voor geconventioneerde artsen (2018)) en Europaziekenhuizen in Brussel (van maximaal 300% naar 200% voor alle artsen (2019)) is lovenswaardig doch ontoereikend om de algemene trend in België om te buigen. Tegelijkertijd stellen we immers vast dat er steeds meer ziekenhuizen zijn met uitzonderingen op hun “normale” maximumpercentage ereloon-supplementen (bijv. hogere maximumpercentages gelden voor specifieke disciplines, gebruik van bepaalde technologieën, verblijven op luxe eenpersoonskamers, ...).

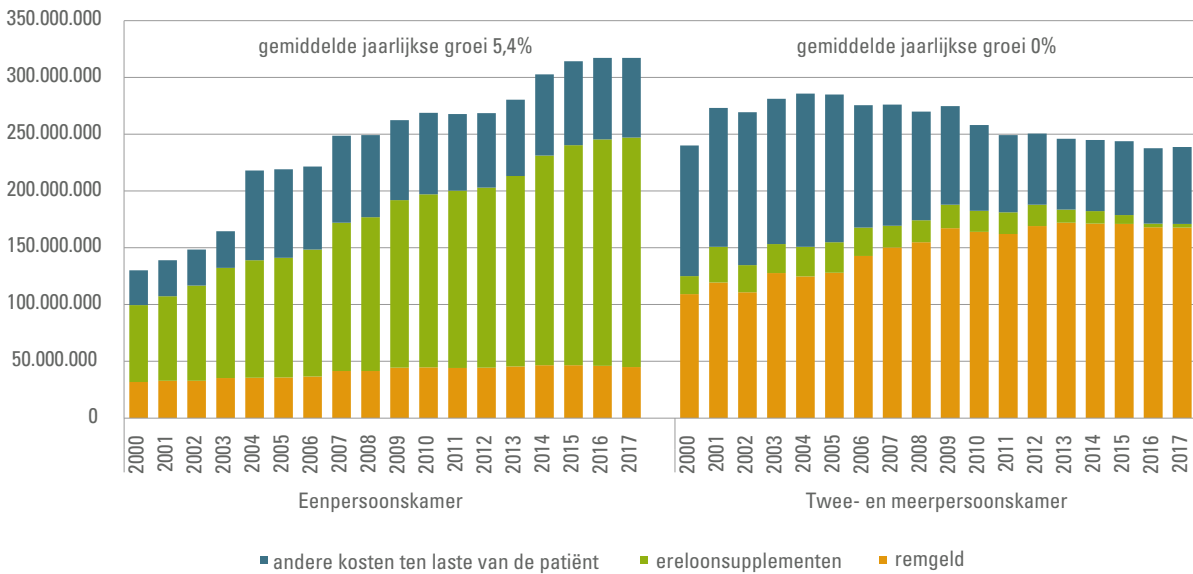
In 2017 betaalden alle gehospitaliseerde patiënten samen (d.i. ruimer dan gehospitaliseerde CM leden) **563 miljoen euro ereloon-supplementen**. Eventuele ereloon-supplementen gekoppeld aan vooronderzoeken en nacontroles zitten niet vervat in genoemd bedrag. Merk op dat – tussen 2015 en 2017 – de gemiddelde jaarlijkse groei van ereloon-supplementen bij

ziekenhuisopnames 2,5 keer groter was dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de officiële ZIV honoraria (3% tegenover 1,2%). In 2017 waren er 9.986 ziekenhuisopnames waarbij de ereloon-supplementen minstens 5.000 euro bedroegen (per opname), wat een toename is met 40% t.o.v. 2014. Maar liefst 2.913 patiënten werden geconfronteerd met een cumulatief bedrag van meer dan 10.000 euro aan ereloon-supplementen voor hun ziekenhuisopname(s) in 2017, wat 50% meer is dan in 2014. Soortgelijk betaalden 37.408 patiënten meer dan 3.000 euro aan ereloon-supplementen voor hun ziekenhuisopname(s) in 2017. Drie jaar eerder – in 2014 – waren dit “nog maar” 30.032 patiënten.⁷ Dergelijke evoluties zijn onaanvaardbaar. Laten we in deze context ook niet vergeten dat de patiënt zonder hospitalisatieverzekering op geen enkele manier beschermd is tegen (hoge) ereloon-supplementen, ook niet door sociale vangnetten zoals de maximumfactuur of het statuut verhoogde tegemoetkoming van medische kosten.

Hoe leg je in het buitenland daarenboven uit dat de medische kost ten laste van de patiënt verschilt naargelang diens kamerkeuze (geen ereloon-supplementen in twee- en meerpersoonskamers, wel in eenpersoonskamers)? Dat de maximale ereloon-supplementpercentages kunnen verschillen tussen “luxe-eenpersoonskamers” en “standaard eenpersoonskamers”? Of dat deze kunnen verschillen naargelang de discipline waartoe de arts behoort of naargelang de gebruikte technologie (vb. robotgeassisteerde ingrepen)? Slaagt de zelfregulering, o.a. via de deontologie, er in de praktijk nog in om de erelonen (“supplementen”) binnen aanvaardbare, gematigde en bescheiden perken te houden? Niettegenstaande slechts 12% van de ziekenhuisopnames van CM leden

7 <https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloon-supplementen-05-02-2019>

Figuur 4. Som van alle kosten ten laste van de gehospitaliseerde patiënt, per kamertype (gegevens CM leden, alle hospitalisatypes gecumuleerd, 2000 – 2017, prijzen 2017).

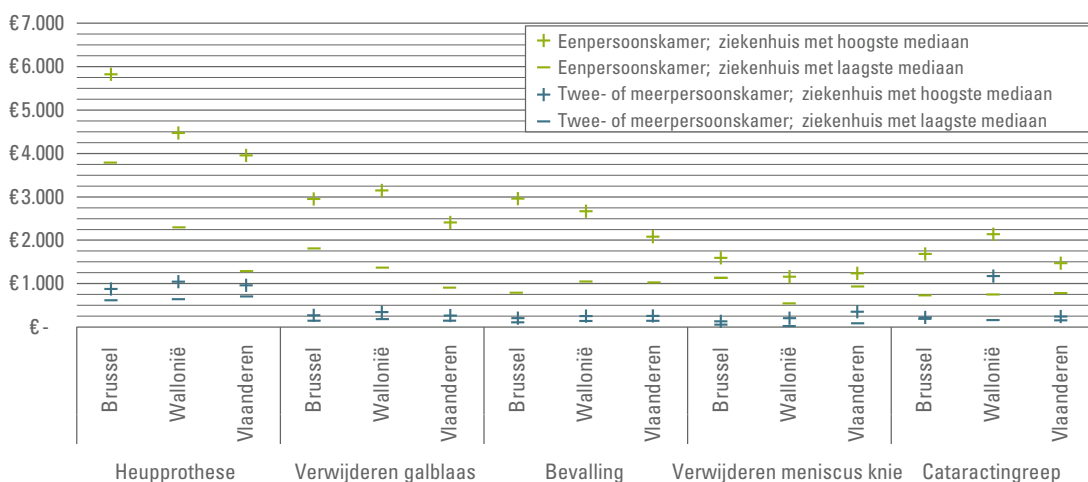


plaatsvindt in een eenpersoonskamer, zijn – vanuit het perspectief van de zorgaanbieder – de totale inkomsten uit patiëntbetalingen op eenpersoonskamers hoger dan deze uit gemeenschappelijke kamers (figuur 4).

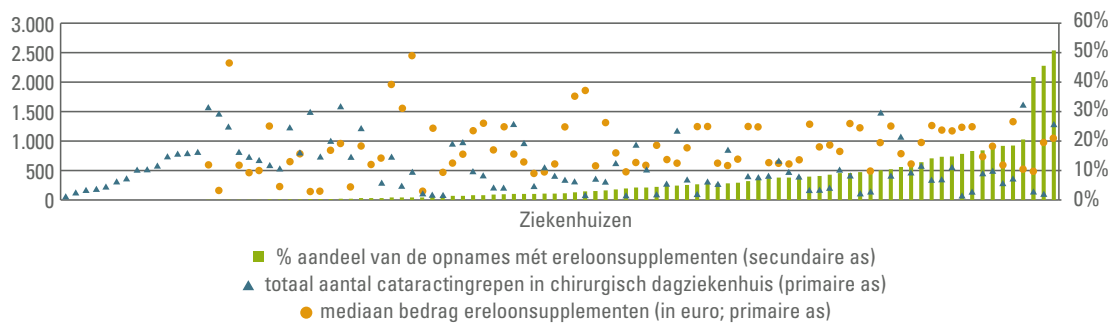
We stellen vast dat er **grote verschillen** zijn (tussen ziekenhuizen, tussen regio's maar ook binnen ziekenhuizen) wat betreft de kostprijs ten laste van de patiënt, zelfs voor gestandaardiseerde ingrepen die door de band genomen goed

voorspelbaar zijn en weinig variëren tussen patiënten. Niet enkel de gevraagde bedragen (figuur 5), maar ook het procentuele aandeel van de opnames waarbij ereloon-supplementen worden aangerekend (figuur 6) kunnen erg verschillen. Biedt elk ziekenhuis in de praktijk wel nog afdoende mogelijkheden voor de patiënt om opgenomen te worden zonder ereloon- en kamersupplementen (ook in daghospitalisatie), met dezelfde kwaliteit van zorg in al haar dimensies?

Figuur 5. Totale kostprijs ten laste van de patiënt voor 5 courant voorkomende interventies: plaatsen heupprothese (klassieke opname), verwijderen galblaas (klassieke opname), bevalling (klassieke opname), verwijderen meniscus knie (chirurgische daghospitalisatie), cataractingreep (chirurgische daghospitalisatie) – per kamertype, gewest en ziekenhuis. Gegevens CM leden, 2017, enkel voor ziekenhuizen met minimum 10 opnames van CM leden in 2017 zijn geïncludeerd.



Figuur 6. Per ziekenhuis het procentuele aandeel van de patiënten bij wie in 2017 ereloon-supplementen werden aangerekend voor een cataractingreep in daghospitalisatie (secundaire as), alsook het totale aantal cataractingrepen in daghospitalisatie (primaire as) en de mediaan van de ereloon-supplementen (primaire as). Basis: 56.103 cataractingrepen bij CM leden uitgevoerd in daghospitalisatie in 2017; ziekenhuisoverkoepelend beschouwd werden bij 5,4% van deze patiënten ereloon-supplementen aangerekend.



De kloof in kostprijs ten laste van de patiënt bij opname in een eenpersoonskamer dan wel in een twee- of meerpersoonskamer is met de tijd groter geworden (zie figuur 2 voor klassieke opnames). De toename in medische kosten in de vorm van steeds toenemende ereloon-supplementen op eenpersoonskamers speelt hierin een hoofdrol. In 2017 maakten de **ereloon-supplementen gemiddeld 2/3 tot 4/5 uit van de totale kostprijs ten laste van de patiënt in een eenpersoonskamer**. Nemen we daar de kamersupplementen bij, zien we dat – gemiddeld genomen – 80% à 90% van de patiëntenfactuur voor opname in een eenpersoonskamer bestaat uit genoemde supplementen. **Een patiënt op een eenpersoonskamer betaalt al gauw een veelvoud van iemand opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer**. Het verschil is danig groot geworden dat het niet meer te verantwoorden is. Enkele voorbeelden op basis van CM gegevens: de mediane patiëntenfactuur voor een bevalling met verblijf op een eenpersoonskamer was in 2017 7,7 keer hoger dan op een twee- of meerpersoonskamer (1.390 euro *versus* 181 euro), voor het plaatsen van een pacemaker was het verschil factor 9,7 (1.731 euro *versus* 179 euro), een cataractingreep met het nadien even tot rust komen op een eenpersoonskamer (daghospitalisatie) was 5,4 keer duurder dan op een twee- of meerpersoonskamer (1.153 euro *versus* 212 euro), ...

Een dergelijke evolutie brengt ontegensprekelijk een **dualisering in zorg** met zich mee, waarbij **stilaan enkel nog patiënten die een hospitalisatieverzekering kunnen betalen in een eenpersoonskamer kunnen verblijven**. Dit is een richting die CM als gezondheidsfonds niet uit wil omdat het raakt aan de

fundamentele principes van onze gezondheidszorg. Iedereen heeft recht op betaalbare, toegankelijke en (even) kwaliteitsvolle zorg. Toegankelijkheid van zorg (dus ook van zorg in eenpersoonskamers) zien wij als een van de vele indicatoren van kwaliteitsvolle zorg, met de patiënt centraal.

Als toekomstgericht gezondheidsfonds vinden wij dat **eenpersoonskamers de standaard** moeten worden voor **klassieke ziekenhuisopnames**. Op basis van een grootschalige ledenbevraging en gesterkt door (internationale) vakliteratuur, schuiven wij een verhouding van **80% eenpersoonskamers** en 20% twee- of meerpersoonskamers naar voor als zijnde een gezond en realistisch streefdoel. Frequent zien wij leden die voor een eenpersoonskamer gekozen hebben, niet omwille van “luxe” maar omwille van de ernst van hun gezondheidstoestand en dan ongewild geconfronteerd worden met torenhoge supplementen. Internationale studies tonen duidelijk aan dat er meer voordelen dan nadelen verbonden zijn aan eenpersoonskamers en dat de meerkost (constructie- en schoonmaakkosten) voor ziekenhuizen met overwegend/uitsluitend eenpersoonskamers zeer beperkt is.

In aanloop naar de verkiezingen in 2019 pleit CM onomwonden voor een **wettelijk verbod op het aanrekenen van ereloon-supplementen bij gehospitaliseerde patiënten**. Sommige critici stellen dat het afschaffen van de ereloon-supplementen de ziekenhuizen in de problemen zou brengen, waarbij in eenzelfde adem vaak gerefereerd wordt naar de resultaten uit de MAHA studie.⁸ Echter, bij gebrek aan transparantie vanuit de sector (artsen en ziekenhuizen) is het

⁸ De MAHA studie is een jaarlijkse analyse van de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen, uitgevoerd door Belfius. De meest recente studie (boekjaar 2017, beschikbaar via <https://www.belfius.com/NL/publicaties/nieuwsberichten/2018/Pressrelease20181010MAHA.aspx?firsttWA=no>) toont onder meer dat (1) de financiële structuur van de sector globaal genomen gezond blijft, (2) de algemene ziekenhuizen ongeveer evenveel blijven investeren als vorig jaar (bijna 1,5 miljard euro), en (3) het courant resultaat 0,2% vertegenwoordigt van de omzet in 39 instellingen (d.i. meer dan 40%) een tekort vertoont voor 2017. Merk op dat in de studie geen cijfermateriaal beschikbaar is over eventuele provisies, wat echter een completer beeld zou kunnen geven.

onmogelijk om dit te objectiveren. Niemand weet welk deel van de supplementen aan het ziekenhuis of aan de artsen toekomen. Wij geloven dat waar een wil is ook een weg is. Au fond betreft het een **maatschappelijke keuze**: de steeds toenemende ereloosupplementen hollen de inspanningen die de gemeenschap levert voor de ziekteverzekering uit en tasten de effectiviteit ervan aan. Daar waar de solidariteit – waar iedereen toe bijdraagt – betracht (even) kwaliteitsvolle gezondheidszorg toegankelijk te houden voor elkeen, ondermijnen de ereloosupplementen dit grondbeginsel. CM onderschrijft het **belang van een correcte ziekenhuisfinanciering en van een correcte verloning voor artsen-specialisten, met billijkheid in de loonspanning tussen de verschillende specialismen binnen het artsencorps**. Ook

transparantie over de lonen van topbestuurders in non-profitorganisaties, waartoe de ziekenhuizen behoren, is aangewezen. Finaal betreft dit niet meer dan een vraag naar verantwoording van de besteding van publieke middelen.

Doorheen de jaren heeft zich een pervers systeem ontwikkeld waarbij het bestaan van hospitalisatieverzekeringen aangegrepen wordt als alibi om steeds hogere supplementen aan te rekenen en waarbij de steeds toenemende supplementen de premies voor hospitalisatieverzekeringen de hoogte instuwen. Het is deze **kostenverhogende spiraal** die **CM wil doorbreken** omdat het raakt aan de fundamentele principes van onze gezondheidszorg. **Wanneer supplementen verdwijnen, zijn er eigenlijk geen hospitalisatieverzekeringen meer nodig.**

Het gecontroleerd afschaffen van ereloosupplementen bij de gehospitaliseerde patiënt zou er in grote lijnen als volgt kunnen uitzien:

1. Afkondigen van een **wettelijk verbod op ereloosupplementen in hoofde van gehospitaliseerde patiënten** (zowel daghospitalisatie als klassieke opname). Dit moet leiden tot een **gevoelige vermindering van de premies voor een bijkomende ziektekostenverzekering**, zowel voor individuele als voor collectieve contracten.

Relevante achtergrondinfo:

In 2015 bedroeg de totale premiemassa voor bijkomende ziektekostenverzekeringen in België ruim 1,7 miljard euro.⁹

2. De financiële middelen die hierbij vrijkomen bij iedereen die een premie betaalt voor een bijkomende ziektekostenverzekering worden gedeeltelijk en op solidaire wijze getransfereerd naar het budget van de verplichte ziektekostenverzekering: **re-integratie van 650 mio euro** (periodiek te herzien) **in de verplichte ziektekostenverzekering**.

Gelet op de lagere administratiekosten en de grotere kostenbeheersing in de verplichte ziektekostenverzekering in vergelijking met de private ziektekostenverzekering, zullen deze **middelen efficiënter worden aangewend in het voordeel van alle sociaal verzekerden**.

Methodes om de 650 mio euro te integreren in de verplichte ziekteverzekering (te bespreken met de sociale partners):

- hetzij via het optrekken van de sociale bijdrage;
- hetzij via het optrekken van het aandeel van de sociale zekerheid in de alternatieve financieringsbronnen;
- hetzij via een verhoging van de algemene staatstoelagen;
- hetzij via een combinatie van deze maatregelen.

Relevante achtergrondinfo: in 2017 bedroegen de ereloosupplementen geïnd bij de gehospitaliseerde patiënt 563 miljoen euro.¹⁰

3. **Verdeling van deze som tussen ziekenhuizen** (budget van financiële middelen) **en artsen-specialisten** op basis van transparante, objectief gefundeerde, en billijke verdeelsleutels.

⁹ Cijfergegevens: NBB

¹⁰ <https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloosupplementen-05-02-2019>

Een **eerste stap en cruciale stap** in deze oefening is **transparantie**. Transparantie o.m. over de (stromen van) erelonen en supplementen (“hoe verdelen ziekenhuizen en artsen de middelen onder elkaar en wat is de bestemming?”) en over de kosten die een opname met zich meebrengt uitgezet tegen de financiering die een ziekenhuis ontvangt.

Teneinde een **mogelijke shift van ereloon-supplementen** van de ziekenhuis- naar de ambulante sector te kunnen opvolgen, is ook vanuit de poliklinische en ambulante setting **voldoende informatie** noodzakelijk. We vragen **totale transparantie** over de **aangerekende bedragen** en plaats van verstrekking **bij ambulante en extramurale verstrekkingen** zeker ook wanneer de derdebetalersregeling wordt toegepast.

Uit de focusgroepen die CM georganiseerd heeft in het kader van de Actie Patiëntenrechten in 2018, weten we dat patiënten in de praktijk zelden spontaan en voorafgaandelijk financiële informatie krijgen met betrekking tot een geplande ziekenhuisopname.¹¹ Er is nood aan duidelijke en begrijpelijke financiële informatie vóór de eigenlijke opname: informatie gegeven bij intake – op de opnamedag zelf – dringt vaak minder door (patiënten zijn soms angstig/zenuwachtig voor de ingreep die zal plaatsvinden en zijn dan vooral bezig met hun gezondheid), geeft geen kostprijs uitgedrukt in euro's en geeft de patiënt geen inzicht in de ware financiële impact van de kamerkeuze. Ook zijn de mogelijkheden tot het inwinnen van bijkomende informatie op dat moment beperkt. We dringen er op aan dat patiënten voor hun ziekenhuisopname een duidelijke **kostenraming** krijgen en refereren daarbij naar de diverse juridische bepalingen inzake de plicht van zorgverleners en verzorgingsinstellingen om hun patiënten te informeren, niet enkel over medische aspecten maar ook over de te verwachten kostprijs.¹² **Minstens voor een limitatieve lijst van courant voorkomende ingrepen vragen we dat elk ziekenhuis online kostenramingen beschikbaar stelt tegen 01-07-2019** middels een duidelijk en verstaanbaar **standaardmodel**. Dergelijke standaard kostenramingen, minstens beschikbaar via de ziekenhuiswebsite, zijn een handig hulpmiddel ter ondersteuning van de dialoog tussen zorgvrager en –verstrekker. We zijn tevreden dat dit punt reeds uitvoerig werd besproken op de werkgroepvergaderingen “ereloon-supplementen” in het kader van de uitvoering van het Nationaal Akkoord Artsen Ziekenfondsen van 19-12-2017¹³ en hopen op een snelle uitvoering daar dit zeker een stap vooruit zou zijn in de **financiële transparantie ten aanzien van de patiënt**. Naar aanleiding van de Actie Patiëntenrechten heeft CM – tussen oktober 2017 en

januari 2018 – de ziekenhuiswebsites geanalyseerd op o.m. financiële transparantie m.b.t. geplande ziekenhuisopnames. Hieruit bleek dat, in genoemde periode, ingreepspecifieke kostenramingen te vinden waren op 36 websites (d.i. op ruim 35% van de ziekenhuiswebsites).¹⁴

Zoals bij ereloon-supplementen, is ook de mogelijkheid tot het factureren van **kamersupplementen** gebonden aan de kamerkeuze van de patiënt. Een kamersupplement is een supplement dat gevraagd kan worden aan een patiënt die bij ziekenhuisopname kiest voor een verblijf in een individuele kamer. Op heden zijn er geen wettelijke bepalingen omtrent wat een kamersupplement (niet) dekt. De totale massa van deze supplementen betaald door CM leden in 2017 was **46,8 miljoen euro** (waarvan 44,2 miljoen euro voor ziekenhuisopnames met minstens 1 overnachting, 1,6 miljoen euro voor niet-chirurgische daghospitalisatie en 1 miljoen euro voor chirurgische daghospitalisatie). We stellen vast dat er een zeer grote variatie is in de gevraagde bedragen per dag, naargelang het ziekenhuis, de afdeling, de vleugel van het ziekenhuisgebouw, het hospitalisatietype, In 2017 liepen de kamersupplementen voor klassieke opnames bij sommige CM leden op tot 259 euro per dag (op materniteit) en voor dagopnames tot 150 euro per dag (voor het tot rust komen na een cataractingreep). Niettegenstaande er in sommige gevallen bij daghospitalisatie bijna geen sprake is van een kamer (en de patiënt gewoon even uitrust in een zetel), zien we dat de kamersupplementen ook in daghospitalisatie erg hoog kunnen oplopen in sommige ziekenhuizen. CM wil – bij voorkeur in samenspraak met de sector – komen tot **een beperking van de kamersupplementen op eenpersoonskamers, gekoppeld aan objectieve criteria**. We vinden dat **elk ziekenhuis een voldoende aanbod** moet hebben van **eenpersoonskamers tegen een hotelkost die redelijk is en aansluit bij hedendaagse, realistische inrichtingsnormen**. Wat “redelijk” is moet worden vastgesteld; wij denken o.a. aan vastgelegde, transparante maximumprijzen.

Daarnaast verdient het zogenaamde **“kamercomfort”** (ook wel eens “accommodatieforfaits” of “comfortsupplementen” genoemd) onze bijzondere aandacht. In de regel betreft het een (ziekenhuisspecifieke) vergoeding die de patiënt betaalt voor bijkomende diensten die hij/zij vraagt (vb. het gebruik van een televisie, ijskast, telefoon, wifi, ... op de kamer). In de praktijk echter zien we dat sommige ziekenhuizen deze code forfaitair en automatisch proberen te koppelen aan de kamerkeuze (meestal gemeenschappelijke kamers), waardoor het accommodatieforfait de facto een verdoken kamersupplement

11 Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Actie Patiëntenrechten 2018: Vinden patiënten hun weg naar financiële informatie bij een ziekenhuisopname? CM Informatie, 273, 41-46.

12 De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt, de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg en het Wetboek economisch recht.

13 De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen en artsen. De werkgroep wordt voorgezeten door de administrateur generaal van het RIZIV en door de directeur generaal van de FOD Volksgezondheid. Ook de Beleidscel van de Minister neemt deel aan de besprekingen.

14 Patiënt weet nog te weinig wat hij zal betalen in ziekenhuis. Persbericht CM 17 april 2018, beschikbaar via <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/patient-weet-nog-te-weinig-wat-hij-zal-betalen-in-ziekenhuis>

is. CM vindt dat de patiënt – na voorafgaandelijk in een duidelijke taal geïnformeerd te zijn over de diensten die hem/haar kunnen worden aangeboden en de prijs ervan – **op een uitdrukkelijke wijze vrij moet kunnen beslissen** of hij/zij deze diensten wenst of niet. Als de patiënt kiest voor bepaalde diensten, moet dit een actieve keuze zijn (en dus **geen opt-out regeling**). In 2017 betaalden CM leden **3,74 miljoen euro** voor kamercomfort, waarvan 3,2 miljoen euro voor opnames in twee- of meerpersoonskamers (waar kamersupplementen bij wet verboden zijn) en 0,5 miljoen euro voor opnames in eenpersoonskamers (waar ook al kamersupplementen worden aangerekend). CM vindt dat er een duidelijkere regelgeving – en betere opvolging ervan – moet komen wat betreft het aanrekenen van diensten gelinkt aan het comfort van een ziekenhuiskamer.

Verband houdend met de kamersupplementen en accommodatieforfaits, vragen we **een herziening en actualisering van de standaardinrichtingsnormen voor ziekenhuiskamers** (alle kamertypes). De inrichtingsnormen die door ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, zijn gevat in het KB van 23-10-1964. De inrichtingsnormen van de jaren '60 komen echter niet noodzakelijk nog overeen met de standaarden anno 2018. Behoren bijv. tv, wifi, ... tot de standaarduitrusting van een ziekenhuiskamer anno 2018 of zijn ze nog steeds “extra’s”?

Een ander aandachtspunt is dat de keuze voor het hospitalisatietype **niet steeds louter lijkt te gebeuren vanuit de noden van de patiënt en/of de beschikbare technische mogelijkheden**, maar soms ook gestuurd wordt door andere factoren zoals o.m. (wijzigingen in) financiering en/of socio-economische factoren. Ook in andere publicaties werd dit fenomeen reeds beschreven.¹⁵ Als voorbeeld haalden we in de ziekenhuisbarometer o.a. het verwijderen van de galblaas aan. Volgens experts kan een cholecystectomie in de helft van de gevallen perfect worden uitgevoerd in daghospitalisatie. Onze cijfers tonen echter dat – in 2017 – 90,5% van de cholecystectomieën bij onze leden hebben plaatsgevonden in klassieke opname. Ook zijn er heel grote verschillen tussen ziekenhuizen voor veel ingrepen. Zo zagen we bijv. voor unilaterale liesbreukoperaties dat het aandeel van de ingrepen dat gebeurt in daghospitalisatie dan wel in klassieke opname varieert tussen de 0% en 83,9%, afhankelijk van het ziekenhuis. Zoals gesteld wensen we het maatschappelijk debat aan te

wakkeren. Zijn we goed bezig? En wensen we op een constructieve wijze mee te werken aan mogelijke oplossingen. Een **open debat moet dringend gevoerd** worden teneinde de **financiering van ziekenhuizen en artsen grondig te hervormen**. **Het afschaffen van de ereloonsupplementen in hoofde van de gehospitaliseerde patiënt** via een proces zoals beschreven in dit werk, **kan helpen om doelgericht en concreet vooruit te gaan** in dergelijke complexe denkoefeningen.

4. Conclusie

Als toekomstgericht gezondheidsfonds pleit CM voor:

- Transparantie voor de patiënt over
 - de te verwachten kostprijs van een ziekenhuisopname (kostenramingen)
 - de zorgkwaliteit
- Transparantie voor het gezondheidsfonds over
 - de (stromen van) erelonen en supplementen: hoe verdelen ziekenhuizen en artsen de middelen onder elkaar en wat is de bestemming
 - de kosten die een opname met zich meebrengt uitgezet tegen de financiering die een ziekenhuis ontvangt
 - de bedragen ten laste van de patiënt bij ambulante en extramurale verstrekkingen
 - zorgkwaliteit
- Afschaffen van de supplementen bij ziekenhuisopname, met op korte termijn:
 - transparant gereguleerde kamersupplementen (inclusief inperking van excessen) en kamercomfort, samen met een herziening van de architectonische en inrichtingsnormen van ziekenhuiskamers
 - wettelijk verbod op ereloonsupplementen bij gehospitaliseerde patiënten
- Een vermindering van 6.000 ziekenhuisbedden tegen 2025 zoals het KCE voorstelt, met meer transmurale en behoeftegestuurde (chronische en preventieve) zorg
- Eenpersoonskamer als standaard bij klassieke opname (verhouding 80% eenpersoonskamers, 20% twee- en meerpersoonskamers)
- Afschaffen van systeem hospitalisatieverzekeringen en overheveling van deze gelden naar de verplichte ziekteverzekering

¹⁵ Verdere uitbreiding van dagchirurgie is mogelijk, mits financiële aanmoediging van de ziekenhuizen en een goed opvangnet thuis. Persbericht KCE 29 maart 2017, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/verdere-uitbreiding-van-dagchirurgie-is-mogelijk-mits-financi%C3%ABle-aanmoediging-van-de-ziekenhuizen-en>.

Opioïden zijn niet ongevaarlijk voor onze gezondheid

Caroline Lebbe - Medische Directie (cel geneesmiddelen)

Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse, Michiel Callens – Studiedienst CM

Samenvatting

Het gebruik van opioïden neemt toe in ons land. Deze morfinederivaten worden gebruikt voor de behandeling van pijn. Hoewel voornamelijk toegepast bij kankerpijn, worden ze ook gebruikt voor de behandeling van chronische niet-kankerpijn. Deze geneesmiddelen zijn echter niet zonder gevaar. Ze veroorzaken veel bijwerkingen en afhankelijkheid.

Hoe zit het met het gebruik van deze geneesmiddelen in ons land? Volgens een internationale vergelijking is de situatie in België niet goed. Het RIZIV heeft reeds aangetoond dat het aantal gebruikers tussen 2006 en 2016 verdubbeld is, waardoor het percentage van de Belgische bevolking dat opioïden gebruikt bijna 10% bedraagt.

We wilden meer weten door de facturatiegegevens van de CM (ongeveer 4.600.000 leden, of 41% van de Belgische bevolking) voor de periode 2010-2017 te analyseren:

- *Het aantal opioïdengebruikers neemt snel toe. Dit geldt in het bijzonder voor oxycodon, fentanyl en tramadol.*
- *Onder de CM-leden bedroeg de prevalentie van opioïdengebruikers in 2017 ongeveer 8,7%. Dit cijfer is hoger in Wallonië (12%), bij rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (15%), vrouwen (11%), 60-plussers (13,5% voor de 61-75-jarigen; 19,6% voor de 76-plussers) en kankerpatiënten (25%).*
- *Nog verontrustender: in 2017 maakten 55.000 personen chronisch gebruik van opioïden, hoewel ze geen kanker hadden. Het absolute aantal chronische gebruikers bij niet-kankerpijn neemt toe (17% over de bestudeerde periode).*

Er is echter weinig evidentie voor de effectiviteit van opioïden bij de behandeling van chronische niet-kankerpijn. De aanbevelingen in dit verband zijn duidelijk: een multidisciplinaire aanpak, met inbegrip van niet-medicamenteuze maatregelen, moet worden aangemoedigd. Als medicamenteuze therapie nodig is, moeten eerst niet-opioïde pijnstillers worden gebruikt.

Sleutelwoorden: opioïden, pijn, kanker

1. Inleiding

Opioïden zijn pijnstillende morfinederivaten. Oorspronkelijk werden ze gebruikt om acute pijn en kankerpijn in de palliatieve fase te verlichten, maar geleidelijk zijn de indicaties uitgebreid naar chronische niet-kankerpijn (bv.: artritische of neuropathische pijn, lumbago). Deze laatstgenoemde toepassing roept echter vragen op.

Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI¹) waarschuwt tegen het gebruik van opioïden gedurende een lange periode. In een publicatie van september 2016² stelt

het BCFI: "Er is onvoldoende bewijs dat langdurig gebruik van opioïden de controle van chronische niet-kankerpijn en het fysieke functioneren op lange termijn kan verbeteren". Dit komt omdat "de mechanismen die betrokken zijn bij kanker of acute pijn niet hetzelfde lijken te zijn als bij chronische niet-kankerpijn". Als besloten wordt om een dergelijke behandeling toe te passen, dan moet de baten-risicoverhouding zorgvuldig worden beoordeeld, omdat het gebruik van opioïden niet ongevaarlijk is voor de gezondheid. Deze geneesmiddelen veroorzaken "veel ongewenste effecten (cognitieve stoornissen, slaperigheid,

¹ Het doel van het BCFI is het verstrekken van onafhankelijke informatie over geneesmiddelen. (<http://www.bcfi.be/nl/about>)

² BCFI. 2016. Opioïden bij de behandeling van chronische niet-kankerpijn. Folia Pharmacotherapeutica september 2016. (<http://www.bcfi.be/nl/articles/2628?folia=2626>)

verminderd welzijn en vermindering van de levenskwaliteit, hormonale stoornissen, ...), evenals afhankelijkheid en tolerantie die leiden tot misbruik", wat kan leiden tot de dood door overdosering. "De ongewenste effecten nemen toe met de dosis van het opioïde".

2. Context

Waar staan we wat betreft het gebruik van opioïden? In de meeste westerse landen neemt het gebruik van dit soort geneesmiddelen toe. Zoals te zien is in Figuur 1, kent Noord-Amerika het grootste gebruik. In Canada en de Verenigde Staten gaat het om een echte volksgezondheids crisis, met dramatische gevolgen. Canada meldde bijna 4.000 sterfgevallen gerelateerd aan opioïden in 2017³. In de Verenigde Staten "vallen meer doden door overdoses met opioïden dan door verkeersongevallen of vuurwapens. In 2016 stierven bijna 64.000 mensen na het gebruik van overmatige doses opioïden, waarvan het merendeel op voorschrift verkregen was"⁴.

Wat in België? Zoals blijkt uit Figuur 1 is de positie van België ten opzichte van andere westerse landen niet erg goed: zonder het Canadese of Amerikaanse niveau te bereiken, behoort België tot de landen met een hoog opioïdengebruik. Figuur 2 laat zien dat dit gebruik in ons land sinds de jaren negentig is toegenomen.

Onlangs analyseerde het RIZIV het gebruik van 5 opioïden⁵ (wat neerkomt op 80% van het gebruik van opioïden die terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering) over de periode van 2006 tot 2016. Het RIZIV wijst op een toenemend gebruik van dit type medicatie:

- "Het aantal patiënten aan wie de apotheker (exclusief ziekenhuisapotheken) in de loop van een jaar ten minste één verpakking heeft geleverd, is gestegen van 638.939 patiënten in 2006 tot 1.186.943 in 2016. **Dit komt neer op ongeveer 10% van de bevolking.**
- Het aantal toegediende dagelijkse doses (in DDD = defined daily dose of onderhoudsdosis per dag) steeg van 43.771.008 DDD in 2006 naar 78.621.901 in 2016.
- De kost van het opioïdengebruik voor de ziekteverzekering bedroeg in 2006 44,3 miljoen euro. In 2016 was dit 55,4 miljoen euro."⁶

Opioïdengebruik - internationale vergelijking

Dankzij de *Pain & Policy Study Group*⁷ (PPSG), een onderzoeksprogramma aan de Universiteit van Wisconsin, kunnen we wereldwijd de consumptie van opioïden meten en vergelijken. De verzamelde gegevens zijn afkomstig van het *International Narcotics Control Board*⁸ (INCB) en hebben betrekking op het gebruik van 6 frequente opioïden: fentanyl, hydromorfon, methadon, morfine, oxycodon, pethidine. Het gaat om legaal gebruik in het kader van gezondheidszorg of gezondheidszorgprogramma's. Om dit gebruik te meten heeft de PPSG een metriek ontwikkeld die toelaat de morfine-equivalentie van de verschillende opioïden te verkrijgen (via conversiefactoren). Rekening houdend met de bevolking van elk land wordt het "morfine-equivalente" gebruik vervolgens uitgedrukt in milligram per persoon.

In Figuur 1 vergelijken we het gebruik van de 6 opioïden tussen verschillende westerse landen (Europa, Noord-Amerika, Australië, Japan, Zuid-Korea). De PPSG beschikt eveneens over chronologische gegevens per land. In Figuur 2 stellen we het gebruik in België in de periode 1980-2015 voor.

3 Les opioïdes ont fait près de 4.000 morts au Canada en 2017. Online-editie van Le Devoir, 20-06-2018. (<https://www.ledevoir.com/societe/sante/530691/la-crise-des-opioides-a-fait-plus-de-4000-morts-au-canada-en-2017>)

4 Lebrun AL. Aux États-Unis, les opioïdes tuent plus que les armes à feu. Online-editie van Le Figaro, 29-08-2018. <http://sante.lefigaro.fr/article/aux-etats-unis-les-opioides-tuent-plus-que-les-armes-a-feu/>

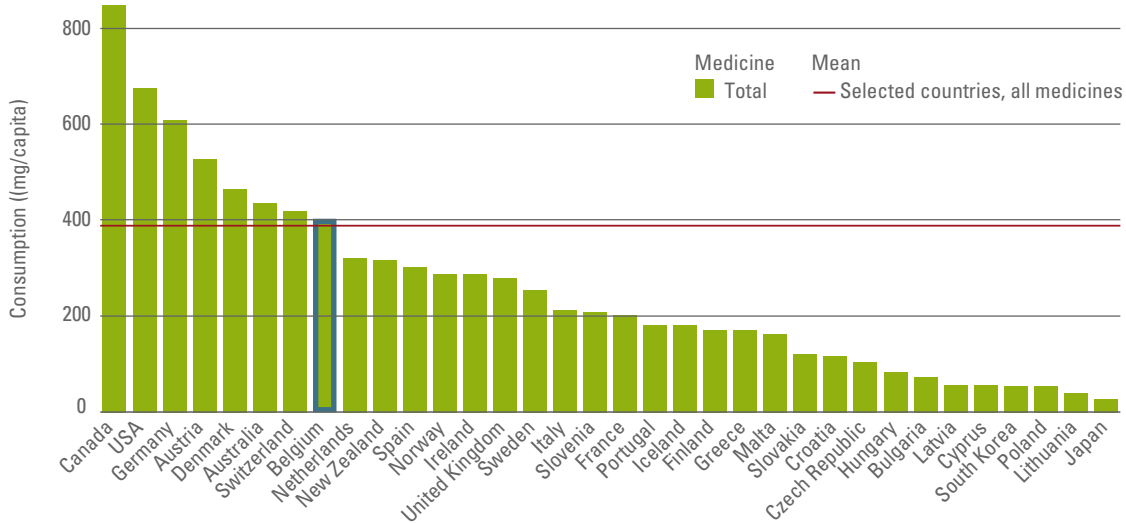
5 De 5 geneesmiddelen zijn: fentanyl (patches), tramadol, oxycodon, tilidine en piritramide

6 RIZIV. 2018. DGEC: Analyse van het gebruik van 5 opioïden buiten het ziekenhuis. (<https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/jv2017/themas/Paginas/opioiden.aspx>)

7 <http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data>

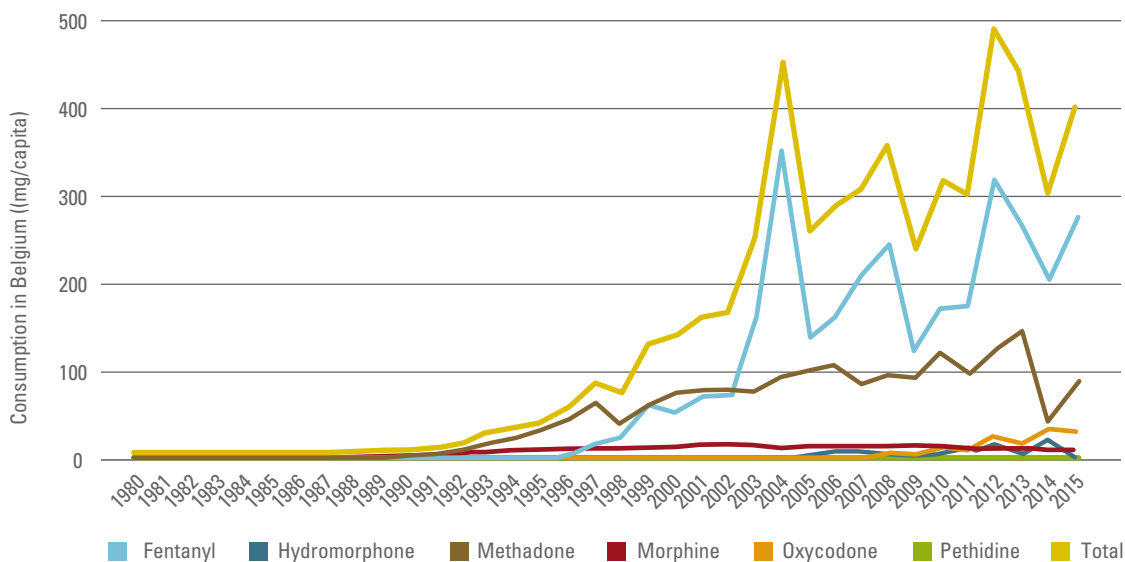
8 Dit is een orgaan van de Verenigde Naties dat verantwoordelijk is voor het toezicht op internationale verdragen inzake verdovende middelen.

Figuur 1: Internationale vergelijking: opioïdengebruik (in "morfine-equivalent" mg/persoon) - 2015



Bron: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data. By: Pain and policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2018.

Figuur 2: België: opioïdengebruik (in "morfine-equivalent" mg/persoon) - 1980 tot 2015



Bron: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data. By: Pain and policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2018.

3. Studie van CM

Om meer te weten te komen over het profiel van de patiënten die opioïden gebruiken, zijn de factureringsgegevens geanalyseerd van CM-leden die tussen 2010 en 2017 een terugbetaling ontvingen

voor ten minste één opioïdenverpakking afgeleverd in publieke officina. Het doel van de studie is om het gebruik van opioïden en de gebruikersprofielen te onderzoeken.

Enkele methodologische opmerkingen:

- Op basis van een krachtigheidsschaal⁹ zijn de onderzochte opioïden:

1) Krachtige analgetica zoals:

- a. buprenorfine (TEMGESIC)
- b. fentanyl (FENTANYL, DUROGESIC, FENTAMAX, MATRIFEN)
- c. oxycodon (OXYCODONE, OXYCODON, TARGINACT, OXYNORM, OXYCONTIN)
- d. morfine (MORFINE, MS DIRECT, MS CONTIN, KAPANOL)
- e. hydromorfon (PALLADON)
- f. piritramide (DIPIDOLOR)

2) Matige analgetica zoals:

- a. tilidine (VALTRAN, TINALOX)
- b. pentazocine (FORTAL)

3) Zwakke analgetica zoals:

- a. tramadol (TRAMADOL, CONTRAMAL, DOLZAM, TRADONAL, ZALDIAR, TRAMIUM, ALGOTRA)
- b. codeïne (ALGOCOD, DAFALGAN CODEINE, DOCPARACOD, PERDOLAN CODEINE)

Er is geen rekening gehouden met magistrale voorschriften. We hebben er ook voor gekozen om methadon niet te selecteren omdat het voornamelijk wordt gebruikt bij de behandeling van heroïne- of andere opiaatafhankelijkheid, en niet zo zeer als onderdeel een pijnbehandeling op zich.

- Om kankerpatiënten op te sporen, gebruikten we de volgende ATC-codes¹⁰ en nomenclatuurnummers:

- Chemotherapie:
 - L01: antineoplastica
 - L02B: hormoonantagonisten (tamoxifen, fulvestrant, anastrozol, abirateron, ...)
 - L04AX02: thalidomide
 - L04AX04: lenalidomide
 - L04AX06: pomalidomide
 - L03AX03: oncocite®
- Nomenclatuurcodes voor multidisciplinair oncologisch consult (MOC): 350372, 350383, 350276, 350280
- Nomenclatuurcodes met betrekking tot radiotherapie: 444356, 444360, 444371, 444382, 444393, 444404, 444474, 444485, 444496, 444500, 444511, 444522

Een patiënt wordt als kankerpatiënt beschouwd als aan hem in het betreffende jaar (het jaar waarin de opioïden werden gebruikt) of in de twee voorgaande jaren chemotherapie, radiotherapie of MOC werd verstrekt. Voorbeeld: kankerpatiënten die in 2017 opioïden gebruikten, worden als volgt gedefinieerd: patiënten voor wie er ten minste één chemotherapie, radiotherapie of MOC was in 2015, 2016 of

2017 en die in 2017 ambulant ten minste één opioïdeverpakking terugbetaald kregen.

- Voor de gebruiksduur hanteren we de volgende definities:
 - **Chronisch** gebruik: patiënten die ten minste één opioïdeverpakking per kwartaal terugbetaald kregen, gedurende alle 4 kwartalen van het jaar in kwestie.
 - **Tijdelijk** gebruik: patiënten die ten minste één opioïdeverpakking per kwartaal terugbetaald kregen, gedurende 1 tot 3 kwartalen per jaar (al dan niet opeenvolgend).

4. Voornaamste onderzoeksresultaten

De studie maakt het in de eerste plaats mogelijk om de globale toename van het opioïdengebruik onder CM-leden aan te tonen. Vervolgens bepalen we de moleculen die het vaakst worden gebruikt en maken we de gebruikersprofielen volgens leeftijd, geslacht, regio en sociaal statuut op. Ten slotte bekijken we het aandeel van de opioïdengebruikers die als kankerpatiënt kunnen worden beschouwd en de duur van het opioïdengebruik.

4.1. Evolutie van het opioïdengebruik

Onze cijfers bevestigen ruimschoots de evolutie die reeds door het RIZIV werd vastgesteld. Zoals blijkt uit Tabel 1, is het aantal personen dat van CM een terugbetaling ontving voor ten minste één opioïdenverpakking verstrekt in een publieke officina steeds verder toegenomen. Het aantal opioïdengebruikers steeg van 304.384 (6,7% van de CM-leden) in 2010 naar 402.236 (8,7% van de CM-leden) in 2017, een relatieve stijging van **32%** in acht jaar tijd (97.852 patiënten meer). In volume (geschat in DDD) steeg het verbruik met bijna **20%**.

4.2. Volgens type opioïde

Als we kijken naar de evolutie van het aantal gebruikers op acht jaar (2010-2017) per type opioïde, kent oxycodon de grootste toename (253%, het aantal gebruikers is meer dan verdrievoudigd), gevolgd door tramadol met een toename van 37% (96.797 gebruikers meer) en fentanyl met een toename van 19% (4.890 gebruikers meer). Het aantal gebruikers van de andere moleculen neemt af.

De top 5 van actieve opioïdemoleculen volgens het aantal gebruikers ziet eruit als volgt: tramadol, fentanyl, oxycodon, tilidine en buprenorfine. Tramadol blijft veruit de meest gebruikte molecuul: bij 89% van de opioïdengebruikers was er in 2017 minstens één aflevering van tramadol in een publieke officina.

⁹ Vermeld in BCFI (2016). Op. cit. opmerking 2.

¹⁰ De ATC-classificatie (Anatomisch, Therapeutisch en Chemisch) wordt gebruikt om geneesmiddelen te classificeren. (https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/)

Tabel 1: Evolutie van het opioïdengebruik onder CM-leden

Jaar	Aantal opioïdengebruikers (1)	Totaal aantal CM-leden (2)	% CM-leden dat opioïden gebruikt (3) = (1)/(2)	Volume in DDD (4)
2010	304.384	4.563.660	6,67%	31.943.676
2011	323.584	4.579.867	7,07%	33.627.957
2012	331.193	4.585.180	7,22%	34.427.310
2013	347.819	4.587.004	7,58%	35.402.263
2014	370.431	4.595.675	8,06%	37.159.299
2015	384.301	4.602.368	8,35%	38.424.387
2016	399.097	4.618.587	8,64%	38.936.748
2017	402.236	4.622.947	8,70%	38.296.395
Toename 2010-2017	32,2%	1,3%		19,9%

Tabel 2: Evolutie van het aantal opioïdengebruikers volgens actieve molecule (gegevens CM)

Krachtigheids- schaal	Actieve molecule	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% toename 2010-2017
Zwak	Tramadol	262.889	282.167	289.215	305.337	327.351	341.351	355.938	359.686	36,8%
	Codeïne	2.977	2.672	1.939	797	654	576	487	383	-87,1%
Matig	Tilidine	25.041	24.409	23.353	22.448	21.946	20.365	19.650	18.507	-26,1%
	Pentazocine	419	411	391	356	365	258	155	115	-72,6%
Krachtig	Buprenorfine	11.311	10.506	9.942	9.798	10.160	9.582	8.720	8.167	-27,8%
	Hydromorfon	1.089	1.102	986	1.017	854	754	688	589	-45,9%
	Morfine	3.872	2.145	1.963	1.905	1.678	1.714	1.532	1.460	-62,3%
	Oxycodon	8.070	11.076	14.169	18.963	21.432	25.015	26.999	28.483	253,0%
	Fentanyl	25.976	27.492	28.233	28.807	29.544	30.684	30.971	30.866	18,8%
	Piritramide	764	751	638	628	598	605	562	508	-33,5%

4.3. Socio-demografisch profiel van de patiënten

4.3.1. Volgens leeftijd en geslacht

De CM-patiënten die een terugbetaling ontvingen voor ten minste één opioïdeverpakking in een publieke officina, zijn hoofdzakelijk vrouwen (60%). Deze verdeling tussen mannen en vrouwen is stabiel over de bestudeerde periode.

De prevalentie (zie Figuur 3), dit is waargenomen aandeel van opioïdengebruikers onder CM-leden, is hoger bij vrouwen (10% in 2017) dan bij mannen (7% in 2017).

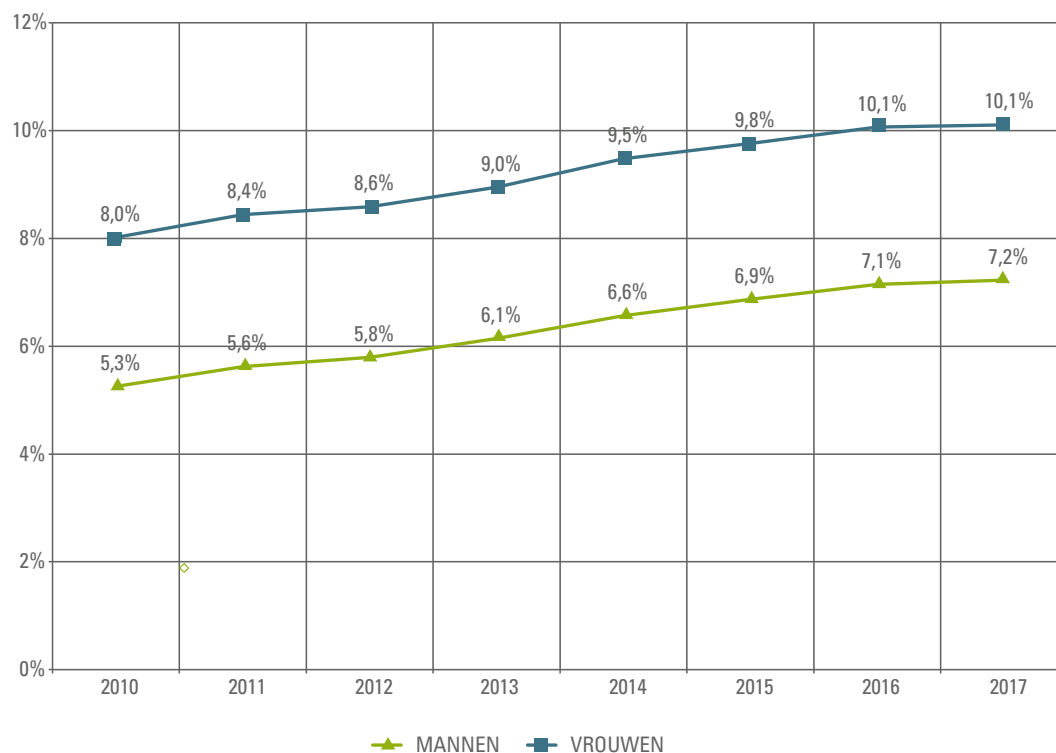
Dit verschil tussen mannen en vrouwen is waarschijnlijk gerelateerd aan de prevalentie van fysieke pijn. Uit de resultaten van de gezondheidsenquête (2013) over pijn blijkt¹¹: "Iets meer dan een kwart (26%) van de bevolking van 15 jaar en ouder meldt fysieke pijn. [...] Dit percentage is aanzienlijk hoger bij vrouwen (31%) dan bij mannen (21%)". Wat de intensiteit van de pijn betreft, is bij vrouwen de kans groter dan bij mannen dat ze "sterke" pijn (9,8% versus 5,9%), of zelfs "zeer sterke" pijn (3,4% versus 1,9%) melden.

Waarom zulke verschillen? Verschillende biologische, psychologische en sociale factoren spelen een rol:

11 Drieskens S. Lichamelijke pijn. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (red.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

- op het gebied van het zenuwstelsel: "vrouwen kunnen pijnsignalen waarnemen die mannen niet zouden kunnen waarnemen";
 - op het gebied van de cognitieve en emotionele ervaring van pijn: "de drempel waarbij prikkels als pijnlijk worden ervaren is bij vrouwen lager dan bij mannen";
 - op het gebied van sociale rollen: "het wordt gemakkelijker aanvaard dat een vrouw een pijngevoel meldt".
- In ieder geval: als vrouwen meer pijnklachten melden, met name ernstige pijn, lijkt het normaal dat ze ook meer pijnstillers, waaronder opioïden, gebruiken.

Figuur 3: Prevalentie van opioïdengebruikers onder CM-leden - volgens geslacht



Tabel 3: Aantal en prevalentie van opioïdengebruikers in 2017 - volgens leeftijdsgroep (gegevens CM)

Aantal opioïdengebruikers								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
00-17	2.215	2.370	2.489	2.675	2.875	2.947	3.169	3.181
18-40	45.468	48.747	50.124	53.666	58.740	61.000	64.178	65.000
41-60	100.974	107.285	110.158	116.056	123.917	128.041	132.816	132.643
61-75	80.667	85.559	86.759	90.394	95.142	98.858	103.319	106.227
76+	75.060	79.623	81.663	85.028	89.757	93.455	95.615	95.185
Totaal	304.384	323.584	331.193	347.819	370.431	384.301	399.097	402.236
Prevalentie = aantal opioïdengebruikers/aantal CM-leden								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
00-17	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
18-40	3,6%	3,8%	3,9%	4,2%	4,7%	4,9%	5,1%	5,2%
41-60	7,9%	8,4%	8,6%	9,1%	9,8%	10,2%	10,7%	10,7%
61-75	11,5%	12,0%	12,0%	12,3%	12,8%	13,1%	13,4%	13,4%
76+	17,2%	17,9%	18,0%	18,4%	19,0%	19,4%	19,7%	19,6%
Totaal	6,7%	7,1%	7,2%	7,6%	8,1%	8,4%	8,6%	8,7%

In termen van het aantal opioïdengebruikers, staat de leeftijdsgroep 41-60 jaar in 2017 bovenaan met 132.643 patiënten (een derde van alle gebruikers). Als we het aantal patiënten relateren aan de populatie van CM-leden per leeftijdsgroep, verkrijgen we de prevalentie per leeftijdsgroep zoals weergegeven in het onderste deel van Tabel 3. Het percentage mensen van 76 jaar en ouder dat gebruik heeft gemaakt van opioïden bedraagt bijna 20%. Voor de leeftijdsgroep van 61 tot 75 jaar is dezelfde prevalentie 13,4%.

4.3.2. Per gewest

We stellen regionale verschillen vast. In 2017 bedroeg het aandeel van de Waalse CM-leden dat opioïden gebruikte 12%. De prevalentie is lager in Vlaanderen en Brussel (ongeveer 8%). Wat we ook zien, zoals weergegeven in Figuur 4, is dat deze prevalenties in de loop van de tijd toenemen: sneller in Vlaanderen, minder snel in Wallonië en Brussel. De evolutie van het aantal opioïdengebruikers (CM-leden) per gewest varieert als volgt:

- in Vlaanderen: stijging van 41% (van 194.010 patiënten in 2010 naar 273.558 in 2017);
- in Wallonië: stijging van 16% (van 97.611 patiënten in 2010 naar 113.625 in 2017);

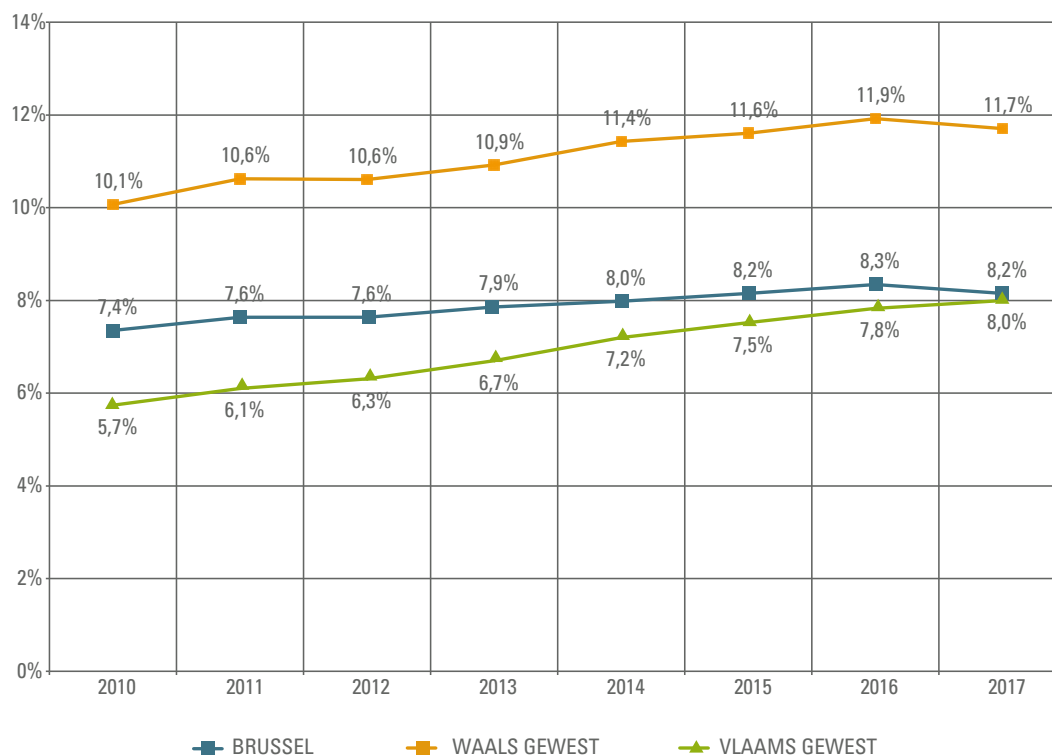
- in Brussel: stijging van 13% (van 12.307 patiënten in 2010 naar 13.946 in 2017).

4.3.3. Volgens sociaal statuut (VT versus niet-VT)

In 2017 bedroeg het aandeel CM-leden met verhoogde tegemoetkoming dat opioïden gebruikte 15%. Dit aandeel is nog steeds twee keer zo hoog als dat van de leden die niet in aanmerking komen voor de verhoogde tegemoetkoming (zie Figuur 5). Hier is het waargenomen verschil is stabiel in de tijd.

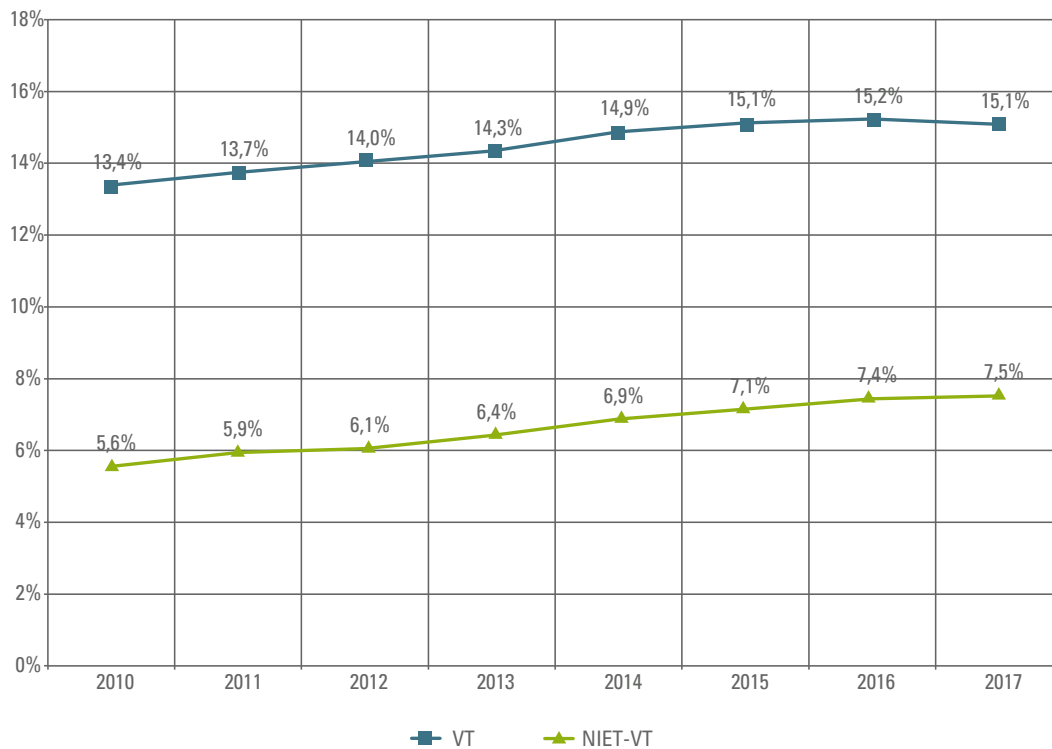
Opnieuw geeft de gezondheidsenquête hier enig inzicht. In de resultaten (2013) met betrekking tot pijn bestaat er een grote sociale kloof¹²: "De prevalentie van lichamelijke pijn is significant lager bij de hoogst opgeleiden (21%) in vergelijking met andere onderwijsniveaus, met een prevalentie die twee keer zo hoog is bij de laagst opgeleiden (41%)". Deze kloof wordt nog duidelijker als we rekening houden met de intensiteit van de pijn: het aandeel van de personen die zeggen dat ze last hebben van "sterke" of "zeer sterke" pijn bedraagt respectievelijk 13,7% en 6,5% onder de laagst opgeleiden en iets minder dan respectievelijk 6,1% en 1,6% onder de hoogst opgeleiden.

Figuur 4: Prevalentie van opioïdengebruikers onder CM-leden - per gewest



12 Op. cit. opmerking 11.2014.

Figuur 5: Prevalentie van opioïdengebruikers onder CM-leden - volgens sociaal statuut (VT versus niet-VT)



Er is een vergelijkbare sociale kloof naar inkomen. Via de interactieve analysemodule¹³ is het mogelijk om gezondheidsindicatoren te vergelijken per inkomenskwintiel. We stellen vast dat bij de personen in het laagste inkomenskwintiel de prevalentie van lichamelijke pijn 29% is. Dit is beduidend hoger dan de prevalentie bij personen met het hoogste inkomenskwintiel (19%). Het zelfde geldt voor de intensiteit van de pijn: het aandeel personen dat zegt "sterke" of "zeer sterke" pijn te hebben, bedraagt respectievelijk 10,5% en 3,9% onder degenen in het laagste inkomenskwintiel en 4,3% en 1,4% onder degenen in het hoogste inkomenskwintiel.

Of het nu gaat om het inkomensniveau of het opleidingsniveau: de resultaten van de gezondheidsenquête laten zien dat hoe lager men op de sociale ladder staat, hoe meer men met pijn te maken krijgt, en dikwijls ook hoe intenser de pijn is. Voor CM-leden hebben we rekening gehouden met het recht op de verhoogde tegemoetkoming, wat een indicator is voor de lagere inkomens. Men kan dan de hypothese stellen dat deze mensen meer pijn lijden, wat resulteert in een groter gebruik van pijnstillers, waaronder opioïden.

4.4. Volgens type patiënt (met of zonder kanker)

Van de 402.236 CM-patiënten die in 2017 opioïden gebruikten, kunnen we stellen dat 31.159 van hen kanker hadden (volgens onze definitie in punt 3), wat neerkomt op 8% kankerpatiënten onder opioïdengebruikers. Dit percentage is stabiel in de tijd.

Tabel 4 toont het aandeel CM-leden dat opioïden heeft gebruikt naargelang van het feit of ze al dan niet als kankerpatiënt kunnen worden geclassificeerd. In 2017 bedroeg de waargenomen prevalentie 25% bij kankerpatiënten en 8% bij niet-kankerpatiënten. Er is ook een duidelijke toename van het aantal gebruikers van opioïden met kanker: van 22.723 patiënten in 2010 naar 31.159 in 2017, een stijging met **37%**. Deze stijging kan in verband worden gebracht met de toename van het aantal kankerpatiënten onder CM-leden met 19%. Ook bij opioïdengebruikers zonder kanker is de toename niet te verwaarlozen: een stijging van **32%** (van 281.661 personen in 2010 naar 371.077 in 2017), terwijl de toename van het totale aantal CM-leden zonder kanker rond de 1% ligt.

¹³ Drieskens S, Charafeddine R, Demarest S, Gisle L, Tafforeau J. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP.

<https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>

Voor het inkomen beschouwen we het beschikbare inkomen op het niveau van het huishouden, rekening houdend met de grootte en de samenstelling van het huishouden (de 1e eerste volwassene heeft een gewicht van 1, de tweede heeft een gewicht van 0,5, minderjarigen hebben een gewicht van 0,3).

Tabel 4: Aantal en prevalentie van opioïdengebruikers in 2017 - met kanker of zonder kanker (gegevens CM)

Jaar	Met kanker			Zonder kanker			Totaal aantal opioïdengebruikers (7)=(1)+(4)
	Aantal opioïdengebruikers (1)	Totaal aantal CM-leden (2)	% gebruikers (3)=(1)/(2)	Aantal opioïdengebruikers (4)	Totaal aantal CM-leden (5)	% gebruikers (6)=(4)/(5)	
2010	22.723	102.858	22,09%	281.661	4.460.802	6,31%	304.384
2011	24.364	107.349	22,70%	299.220	4.472.518	6,69%	323.584
2012	25.406	109.301	23,24%	305.787	4.475.879	6,83%	331.193
2013	26.297	109.656	23,98%	321.522	4.477.348	7,18%	347.819
2014	27.780	112.462	24,70%	342.651	4.483.213	7,64%	370.431
2015	29.046	115.879	25,07%	355.255	4.486.489	7,92%	384.301
2016	30.675	120.463	25,46%	368.422	4.498.124	8,19%	399.097
2017	31.159	122.626	25,41%	371.077	4.500.321	8,25%	402.236
% toename 2010-2017	37,1%	19,2%		31,8%	0,9%		

Het gebruik van opioïden onder niet-kankerpatiënten is een risicofactor voor de gezondheid. Hoewel we met onze gegevens geen causaal verband kunnen bewijzen, kunnen we toch aantonen dat er een correlatie bestaat door het gestandaardiseerde sterftecijfer¹⁴ (SMR, standardized mortality ratio) te berekenen. Over de periode 2010-2017 blijkt dat niet-kankerpatiënten die opioïden hebben gebruikt, een SMR van ongeveer 190 hebben. Dit betekent dat er bij deze personen een oversterfte van 90% is ten opzichte van alle personen zonder kanker.

Veel specialisten schrijven opioïden voor, maar doen dit voor minder patiënten (35%) dan huisartsen (65% van de patiënten). Huisartsen schrijven bijna twee keer zo vaak opioïden voor aan niet-kankerpatiënten als specialisten.

4.5. Volgens type gebruik (chronisch versus tijdelijk)

Rekening houdend met onze definitie van de gebruiksduur (zie punt 3), splitsen we het gebruik van opioïden onder niet-kankerpatiënten op in chronisch en tijdelijk gebruik. Deze resultaten worden weergegeven in Tabel 5. Bijna 55.000 mensen gebruiken regelmatig opioïden hoewel ze geen kanker hebben, wat een aanzienlijk aantal is. De meesten (56%) gebruikten alleen tramadol, een zwak opioïde (Tabel 6). Niettemin roept dit vragen op: 'zwak' betekent niet 'met zwakke effecten', want alle opioïden kunnen leiden tot lichamelijke en psychische afhankelijkheid¹⁵.

Tabel 5: Aantal opioïdengebruikers volgens type gebruik (gegevens CM)

Jaar	Chronisch gebruik zonder kanker	Tijdelijk gebruik zonder kanker	Gebruik bij kanker	Totaal
2010	46.742	234.919	22.723	304.384
2011	49.885	249.335	24.364	323.584
2012	50.147	255.640	25.406	331.193
2013	51.790	269.732	26.297	347.819
2014	54.085	288.566	27.780	370.431
2015	55.501	299.754	29.046	384.301
2016	56.926	311.496	30.675	399.097
2017	54.754	316.323	31.159	402.236
% toename 2010-2017	17,1%	34,7%	37,1%	32,2%

¹⁴ Indirecte methode, standaardisering voor 3 criteria: leeftijd, geslacht, VT-statuuat.

Tabel 6: Aantal gebruikers van zwakke opioïden - niet-kankerpatiënten met chronisch gebruik (gegevens CM)

Actieve molecule	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tramadol	25.417	27.597	27.949	28.893	30.397	31.438	32.719	30.747
Codeïne	445	430	171	169	147	132	99	96
Totaal aantal niet-kankerpatiënten met chronisch gebruik	46.742	49.885	50.147	51.790	54.085	55.501	56.926	54.754
% tramadol	54,4%	55,3%	55,7%	55,8%	56,2%	56,6%	57,5%	56,2%

5. Besluit en aanbevelingen

Hoewel de situatie in België nog lang niet zo dramatisch is als in Noord-Amerika, moet er grondig worden nagedacht over het opioïdengebruik.

- Het aantal opioïdengebruikers neemt snel toe. Dit geldt in het bijzonder voor oxycodon, fentanyl en tramadol.
- Onder CM-leden bedraagt de prevalentie van opioïdengebruikers ongeveer 8,7%. Dit cijfer is hoger in Wallonië (12%), bij rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (15%), vrouwen (11%), 60-plussers (13,5% voor de 61-75-jarigen; 19,6% voor de 76-plussers) en bij kankerpatiënten (25%).
- Onder opioïdengebruikers hebben 55.000 personen een chronisch gebruik (ten minste één terugbetaalde opioïdenverpakking per trimester, het hele jaar door), hoewel ze geen kanker hebben en ondanks het feit dat er weinig evidentie is voor de werkzaamheid van opioïden bij chronische pijn zonder kanker.

In het algemeen moet de bevolking bewust worden gemaakt van de risico's van dit soort geneesmiddelen, maar moeten ook de mensen op het terrein worden gevormd/geïnformeerd over het correct gebruik van opioïden. *"Een hoog en chronisch gebruik van opioïden kan zeer gevaarlijk zijn, in de eerste plaats voor de patiënt zelf"*, aldus het RIZIV¹⁶, dat in december 2018 een consensusbijeenkomst organiseerde over het thema *'rationeel gebruik van opioïden bij chronische pijn'*¹⁷.

Het BCFI van zijn kant¹⁸ benadrukt dat *"opioïden geen eerste keuze zijn voor de behandeling van chronische niet-kankerpijn"*. Het BCFI neemt in dit verband de aanbevelingen van de *Centers for Disease Control and Prevention*¹⁹ (CDC) over: deze behandeling *"beperkt zich niet tot medicamenteuze aanpak, maar moet deel uitmaken van een alomvattende en multidisciplinaire aanpak, met inbegrip van niet-medicamenteuze maatregelen zoals kinesiotherapie, stressbeheersing of slaapverbeteringstechnieken, gewichts-overlies of cognitieve gedragstherapie"*. Wanneer een medicamenteuze behandeling noodzakelijk is, *"dient men in eerste instantie de voorkeur te geven aan niet-opioïde analgetica"*.

15 Terwijl oxycodon aan de basis ligt van de gezondheids crisis in de Verenigde Staten, is het tramadol dat overconsumptieproblemen veroorzaakt in Afrika, met alle negatieve gevolgen van dien voor de gezondheid (verslavingsproblemen). De situatie is zo ernstig dat een VN-agentschap alarm slaat.

Zie over dit onderwerp:

- Sahel and beyond: UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) sounds the alarm on the increase in trafficking and consumption of tramadol and its security and health implications
<https://www.unodc.org/westandcentralafrica/en/2017-12-11-unodc-warnstramadol-use.html>
- Salm-Reifferscheidt S. 2018. Tramadol: Africa's opioid crisis. The Lancet. 391 : 1282-1283
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31073-0/fulltext)

16 Op. cit. opmerking 6.

17 <https://www.inami.fgov.be/fr/agenda/Pages/consensus-20181206.aspx>

18 Op. cit. opmerking 2.

19 Overheidsagentschap (VS) voor de bescherming van de volksgezondheid.

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 een 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: cminfo@cm.be

Inhoud

Redactioneel 3

Staatshervorming 4

Stand van zaken van de overdracht van bevoegdheden inzake gezondheid en bijstand aan personen na de zesde staatshervorming

Begroting van de gezondheidszorg 15

Budget 2019: totstandkoming, risico's en conclusies

Ziekenhuizen 23

CM ziekenhuisbarometer 2018

Geneesmiddelen 33

Opioïden zijn niet ongevaarlijk voor onze gezondheid

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	Antilope De Bie
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel