

CM-Informatie

Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

267

maart 2017

Budget ziekteverzekering

Door de grote omvang van de vereiste besparingen en het afzwakken van het overleg die het begrotingsjaar 2017 hebben gekenmerkt, is de tendens die in 2015 en 2016 is ontwikkeld, namelijk een evolutie van ons oorspronkelijke socialezekerheidsstelsel van het type Bismarck naar een liberaal model en het risico op privatisering en dualisering van de zorgverlening dat hiermee gepaard gaat, nog versterkt.

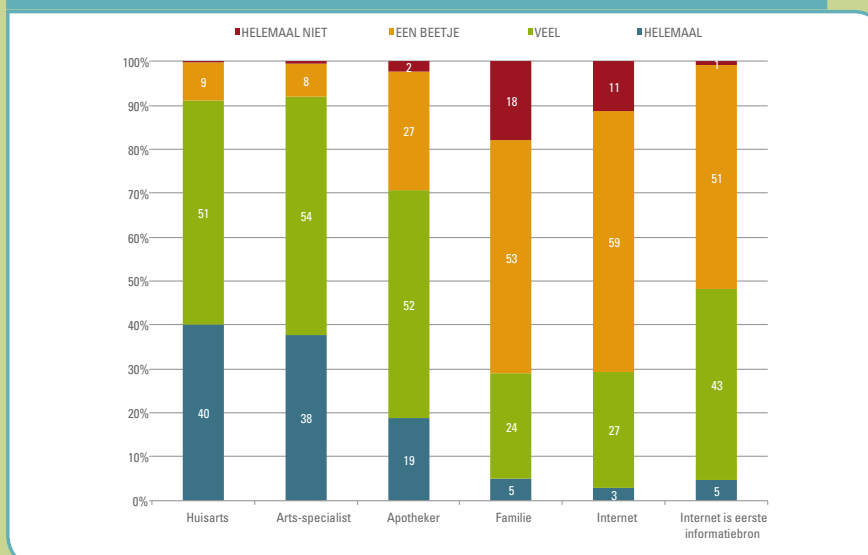
Invaliden

Vandaag de dag gaat men meer en meer uit van de herstelvisie waar men bij langdurig zieken in de eerste plaats kijkt naar de overgebleven capaciteiten, naar wat men nog wel kan in plaats van wat niet meer mogelijk is. De term invaliden is in die zin dus achterhaald. Een nieuw begrip kan bijdragen tot een meer constructieve kijk op de groep mensen die door ziekte langdurig arbeidsongeschikt is.

Health literacy

We zien nogmaals het belang en de centrale rol van de huisarts.

Figuur 6: "In welke mate vertrouwt u volgende bronnen voor gezondheidsinformatie?" (in %)



Ziekenhuisbarometer

Indien u vragen heeft over uw factuur, raden wij u aan zowel CM als het ziekenhuis in kwestie te contacteren. Onze medewerkers kunnen u uitleg geven over de inhoud van uw factuur en nagaan of er geen fouten of onwettige aanrekeningen in staan. In die gevallen kan de dienst ledenverdediging uw factuur betwisten bij het ziekenhuis. Het is ook belangrijk het ziekenhuis te contacteren inzake deze vragen, maar ook in geval van vertraging van betaling of moeilijkheden om het bedrag binnen de termijn te betalen.



CM. Hoe gaat het met u?

De behoefte naar gezondheidszorg neemt gestaag toe door de vergrijzing, de toename van het aantal chronische zieken dankzij betere behandelingen, onze complexere maatschappij die zorgt voor meer mentale aandoeningen etc. Naast meer behoeftigen, nemen de kosten toe door betere/duurdere diagnosetechnieken en behandelingen die meer en meer op maat gemaakt worden. Terwijl normaal gesproken de uitgaven de behoeften zouden moeten volgen, staat het budget onder druk. De analyse van de budgetopmaak legt een aantal tendensen bloot, die ons verontrusten. Terwijl ons overlegmodel, waarbij de zorgverleners en de ziekenfondsen binnen een bepaald budget afspraken maken, jarenlang voor stabiliteit en een gedragenheid door het terrein zorgde, merken we nu meer en meer inmenging van de regering met nauwelijks nog tijd voor overleg. Iedereen is het erover eens dat er nood is aan hervormingen om ons systeem kwalitatief hoogstaand en betaalbaar te houden. Maar de nodige hervormingen nemen veel tijd in beslag omdat ze eerst uitgetest worden in pilootprojecten of door studiewerk dat jarenlang kan duren. Ondertussen gaan de klassieke besparingen met de kaasschaafmethode verder. En soms is de patiënt de dupe. In de plaats van de zorgverstrekker te responsabiliseren om bijvoorbeeld enkel nog EBM antibiotica voor te schrijven en zo tot besparingen te komen, verkiest men de patiënt meer te laten betalen. Waarom niet zoals in vele landen op het voorschrift van de arts de diagnose vermelden – dit kan automatisch uit het elektronisch dossier komen - zodat we het voorschrijfgedrag kunnen monitoren en zo nodig de zorgverstrekker financieel verantwoordelijk maken bij afwijkend gedrag? Zal men onze ziekteverzekering zo uitkleden dat mensen verplicht worden zich nog extra te gaan verzekeren in een 'tweede pijler' en de sociale ziekteverzekering herleid wordt tot een bijstandsverzekering voor de armen? CM zal blijven ijveren voor één solidaire, toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle ziekteverzekering.

Wij zijn daarom blij dat de CM-ziekenhuisbarometer ons leert dat het verbod op ereloon-supplementen in twee- en meerpersoonskamers en in het dagziekenhuis zijn vruchten afwerpt. De minister van sociale zaken en volksgezondheid belofde bovendien om een eind te maken aan de ereloon-supplementen in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Zo zal op termijn een eenpersoonskamer betaalbaar zijn, ook voor zij die geen dure hospitalisatieverzekering hebben en zal de toegang/kwaliteit van de zorg niet afhangen van het kamertype. Want een grote bevraging van onze leden toonde aan dat ze bij ziekenhuisopname anno 2017 massaal een eenpersoonskamer verkiezen, als die betaalbaar is. In afwachting reikt het artikel over de CM-ziekenhuisbarometer heel wat haalbare voorstellen aan en geeft concrete tips voor de leden om niet voor financiële verrassingen te komen bij een opname.

Eigenlijk zou elke Belg op de hoogte moeten zijn hoe ons systeem van sociale zekerheid en meer specifiek onze gezondheidszorg functioneert om bij ziekte en arbeidsongeschiktheid de beste zorgen te krijgen aan de beste prijs. Alledaagse 'banale' ziekten zou de burger in zelfzorg moeten kunnen oplossen en weten wanneer hij/zij naar de dokter moet. In de toekomst zou hij/zij vlot moeten kunnen gebruik maken van alle digitale diensten die ter ondersteuning worden aangeboden (e-Health). De kennis, motivatie en competenties van het individu om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, die te begrijpen, te evalueren en te gebruiken valt onder de noemer van 'gezondheidsvaardigheden' of health literacy. Die informatie moet de burger toelaten om dagdagelijks beslissingen te nemen en te oordelen inzake gezondheid, preventie, ziekte en gezondheidspromotie om zo een kwaliteitsvol leven te behouden of te verbeteren. Een studie van CM in samenwerking met de UCL toont aan dat 6 op 10 Belgen hiertoe in staat zijn. De studie onderzoekt welke kenmerken zij die al dan niet over voldoende gezondheidsvaardigheden bezitten en welke informatiebronnen ze raadplegen en vertrouwen. CM zal zich ten volle inzetten om de gezondheidsvaardigheden bij zijn leden op peil te brengen en te houden.

Ook in de sector uitkeringen, de arbeidsongeschiktheid, zijn er nog tal van uitdagingen. Wij stelden u in een vorig nummer de resultaten voor van een grootschalig onderzoek naar de financiële en sociale situatie van invaliden. Nu volgen een aantal aanbevelingen. Trek de uitkeringen op tot een bestaanszeker niveau. Ga na wat de verklarende factoren zijn van de stijging van het aantal invaliden en zoek oplossingen. Geef hen zeker niet zelf de schuld. Heel belangrijk is om voldoende in te zetten op preventie. Schep een werkomgeving die zorgt dat iemand er 'gezonder' kan werken en dit tot aan zijn pensioenleeftijd. Uiteraard is inzetten op re-integratie belangrijk maar dit moet passen in een beleid waar zowel de werkgever, de zorgverstrekkers, de 'begeleiders' zoals het ziekenfonds en de patiënt samenwerken.

Michiel Callens

Directeur R&D

Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tariefovereenkomsten: naar een liberalisering van onze sociale zekerheid?

Pauline van Cutsem, departement R&D

Samenvatting

Dit artikel begint met de verwijzing naar de tendensen die zijn waargenomen bij de begrotingsopmaak voor gezondheidszorg voor 2015 en 2016 en stelt het jaar 2017 hiermee in vergelijking.

Vervolgens worden zeer specifiek het budgettaire kader en de besparingen in detail beschreven die in 2017 zijn vastgesteld.

Op basis hiervan kunnen we besluiten dat de krachtlijnen van de politieke keuzes van de voorbije jaren, aangescherpt zijn: budgettaire bezuinigingen die geleidelijk aanzetten tot de privatisering van de gezondheidszorg alsook tot het onder voogdij stellen van de sociale actoren en het overlegmodel ten gunste van de regering en de politieke arbitrages. Dit alles kondigt een liberalisering aan van ons sociaal model en van de gezondheidszorg in het bijzonder.

Sleutelwoorden: begroting gezondheidszorg, besparingen, privatisering, sociaal overleg

1. Context

De opmaak van de federale begroting voor gezondheidszorg is een complexe jaarlijkse procedure van enkele maanden, die doorgaans begint in de lente en eind oktober wordt afgesloten. Ze omvat verschillende onderhandelingsfasen en vele actoren en belanghebbende partijen zijn betrokken. In CM-Info van maart 2015 en 2016¹ bestudeerde het departement R&D van CM deze budgettaire procedure volgens twee evaluatieschema's. Ten eerste door het prisma van de budgettaire uitdagingen waaraan de gezondheidszorg het hoofd moet bieden. Vervolgens door de analyse van de legitimiteit die is toegekend aan onze organen voor sociaal overleg.

1.1. Vóór 2017: welke balans voor de begrotingsuitdagingen?

Ten eerste, wat de budgettaire aspecten betreft, maakte het gedetailleerd onderzoek van de waargenomen tendensen in de afgelopen tien jaar, uitgevoerd in de vorige artikelen, het mogelijk om een besluit te vormen over verschillende kenmerkende oriëntaties van de huidige regering. Enerzijds kon worden vastgesteld dat de regering sinds 2015 de tendens van bezuinigingen, die sinds 2008 in de gezondheidszorg

is begonnen, heeft geconsolideerd en ruimschoots heeft versneld. De besparingseisen die nodig zijn om te voldoen aan de budgettaire groeicijfer die door de regering officieel van 3% naar 1,5% en in 2016 officieus zelfs naar 1% is verlaagd, zijn bijzonder groot: in totaal is er in 2015 en 2016 een bedrag van 464,5 miljoen euro aan structurele besparingen begroot in de gezondheidszorg. Dit betekende ook dat er, om het begrotingstraject tegen 2019 na te laten, nog 1,1 miljard extra aan nettobesparingen moet worden gerealiseerd voor de begrotingsjaren 2017 tot 2019.

Gezien de nog steeds aanzienlijke behoefte aan zorg bij de bevolking, stelt het tekort aan financiële middelen de ziekteverzekering bloot aan een chronisch en structureel risico op budgetoverschrijding en voorspelt dit heel weinig kansen om te investeren in de hervorming van onze gezondheidszorg. Het is nochtans noodzakelijk dat er, met visie, wordt geïnvesteerd in de gezondheidszorg om het hoofd te kunnen bieden aan de uitdagingen in de gezondheidszorg van morgen, zoals de toename van chronische ziekten en de veroudering van de bevolking. Met andere woorden: het budget voor gezondheidszorg zou zich idealiter moeten richten op de ontwikkeling van een ontwerp op lange termijn voor het systeem van de toekomst, zoals zich inzetten voor de implementering van een meer ontwikkelde

¹ P. van Cutsem., Begroting 2015, *atypische sociale onderhandeling en herziening van het begrotingskader*, 2015, CM info 259 ; P. van Cutsem., *Federale begroting 2016 voor gezondheidszorg, analyse vanuit het perspectief van de budgettaire uitdagingen en de kwaliteit van het sociaal overleg*, 2016, CM info 263.

eerste lijn, de implementering van een grotere structuur voor thuiszorg, het zoeken van antwoorden op afhankelijkheidsproblemen en alternatieven voor ziekenhuisopname, zoals in 2014 werd aangekondigd in het regeerakkoord.

Een andere tendens die we kunnen waarnemen door de begrotingen van de laatste jaren te analyseren, is dat ze prioritair afhankelijk zijn van een boekhoudkundige aanpak die weinig elementen bevat om een visie op lange termijn te kunnen implementeren, zoals nochtans oorspronkelijk was uiteengezet in het regeerakkoord. Dit kan doen vrezen voor het behoud van de hospitalo-centrische visie die momenteel in de gezondheidszorg domineert en voor een vertraagde implementering van een zorgsysteem dat meer is aangepast aan de toekomstige uitdagingen en aan de veranderende behoeften.

1.2. Vóór 2017: welke balans voor het sociaal overleg?

Betreffende de legitimiteit, toegekend aan de onderhandelingsprocedure en het collectief beheer, doet ons tweede analyseschema, het gedetailleerd onderzoek van de vorige artikelen, besluiten dat het sociaal overleg, nochtans het DNA van onze sociale zekerheid, de twee laatste jaren sterk is verzwakt door de werking van de huidige regering. De rol van medebeheer van het gezondheidsbeleid en de budgettaire kwesties, historisch toevertrouwd aan instanties gebaseerd op pluraliteit en samengesteld uit vertegenwoordigers van de regering, maar ook uit sociale partners en actoren, worden vandaag steeds meer gemonopoliseerd door de Ministerraad.

Vóór het overleg met betrekking tot de begroting, heeft de regering in de eerste plaats de autonomie en het actievermogen van de officiële overlegorganen van het RIZIV (Verzekeringscomité, Commissie voor Begrotingscontrole, Algemene raad) verzwakt. Dit met name door zelf, zonder overleg en meerdere keren per jaar, het begrotingskader van de gezondheidszorg te wijzigen², waardoor het bijzonder instabiel en onduidelijk wordt. Zonder duidelijke en nauwkeurige budgettaire informatie is het voor de actoren van de gezondheidszorg moeilijk om later een duidelijk standpunt over dit onderwerp in te nemen.

Hoewel de ziekenfondsen en de zorgverleners zich hebben ingezet om een constructief budgetvoorstel te formuleren,

ondanks een streng budgettair en bijzonder onduidelijk kader, heeft de regering vervolgens geen rekening gehouden met dit werk en heeft ze een voorstel opgelegd dat volledig door het Kabinet was uitgewerkt, en dit in 2015 en in 2016.

1.3. Wat doen de recente begrotingsprocessen vermoeden voor de toekomst van onze sociale zekerheid?

Onze sociale zekerheid was oorspronkelijk opgericht volgens een “Bismarck”-systeem³ waarbij overleg centraal stond en iedereen bijdraagt, maar ook waarbij iedereen wordt gedekt door middel van een brede institutionalisering van solidariteit.

In 2015 en 2016 werd echter de gelijktijdige ontwikkeling aangetoond van twee tendensen die duidelijk symptomatisch zijn voor de huidige regering.

Ten eerste wordt de huidige regering gekenmerkt door het opleggen van een bijzonder streng begrotingskader in de gezondheidszorg. Daarnaast worden de laatste begrotingen voor de gezondheidszorg gekarakteriseerd door een duidelijk gebrek aan visie op lange termijn.

Ten tweede werd ook het onder voogdij plaatsen van het sociaal overleg door de regering aangetoond om de bewegingsruimte van de Ministerraad te vergroten.

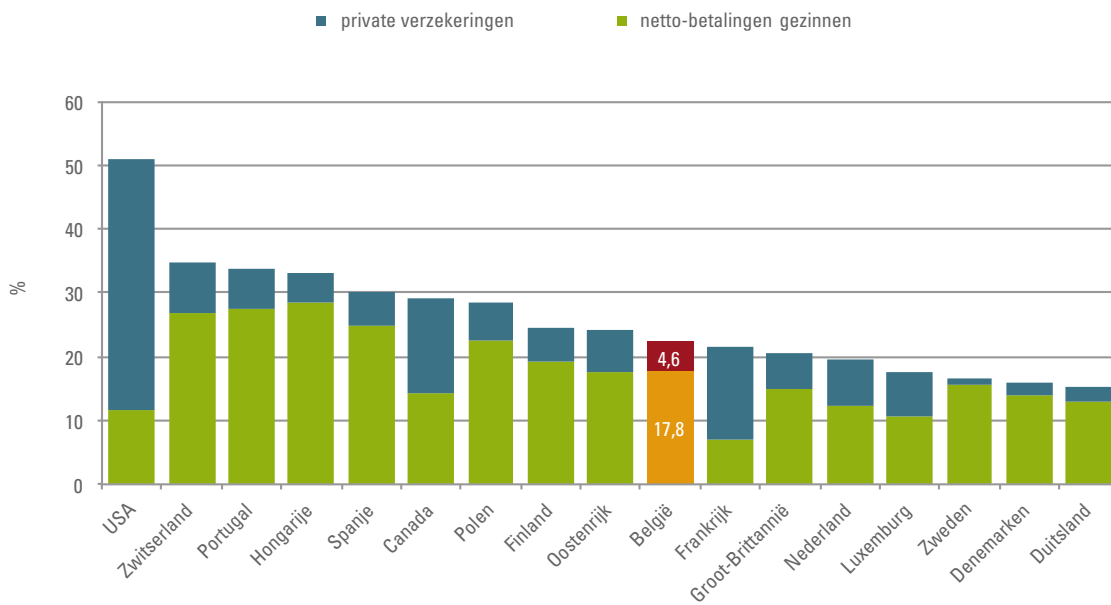
Deze twee basislijnen lijken onze samenleving te doen evolueren naar een heel ander sociaal contract: onze sociale zekerheid die eerst van het type “Bismarck” was, zou ontwikkelen naar een model van sociale zekerheid dat door de economen en sociologen “liberale” of “residuaire sociale zekerheid” wordt genoemd⁴. Deze stelsels van sociale zekerheid, voornamelijk toegepast in de Angelsaksische landen, worden gekenmerkt door een minimale dekking van de sociale risico's, voorbehouden voor de armsten en streng door de staat beheerd. Tegelijkertijd wordt de sociale bescherming voor de middenklassen en de bevoorrechte klassen, meer geprivatiseerd en vercommercialiseerd. Concreet, door zeer gerichte maatregelen te nemen, zoals aangekondigd door de regering, zullen patiënten uit de zwakste socio-economische categorieën ongetwijfeld kunnen genieten van voldoende terugbetaling.

2 Eenzijdige oplegging van de besluiten van de “tax-shift” 2015 uit hoofde van de regering, zwaar gefinancierd door de gezondheidszorg; oplegging van de naleving van het Toekomstpact, ondertekend tussen de minister en de farmaceutische bedrijven, zonder overleg met de rest van de sector; oplegging van de besluiten van het conclaaf van april 2016 dat een bijkomende besparing van 59 miljoen eist; oplegging van het aanmaken van een ad hoc taskforce in mei 2016 om 136 miljoen aan besparingen te registreren om de overschrijdingen te compenseren die zijn waargenomen in 2016,...

3 In dit systeem gebeurt de financiering grotendeels door sociale bijdragen in verhouding tot het loon. Daarnaast zullen de toegekende uitkeringen in verhouding zijn tot het verloren loon. Dit systeem genereert een sterke, verticale en horizontale solidariteit tussen actieve en inactieve mensen, zieken en gezonde mensen, hoge en lage opbrengsten, ... In dit systeem wordt ook een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de sociale zekerheid en de sociale bijstand. Deze laatste moet een residuaire situatie zijn.

4 Econoom Esping Andersen (Esping Andersen. G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990), eminent op wereldvlak voor deze materie, heeft een typologie van de verschillende sociale-zekerheidssystemen ontwikkeld die men in Europa kan waarnemen. Hij onderscheidt hierin onder andere de “Bismarckiaanse” systemen zoals het onze, ook “corporatistische” systemen genoemd, van de zogenaamde “liberale” of “residuaire” systemen, gekenmerkt door een sterk beheer door de staat, een residuaire collectieve sociale bescherming die zich richt op de minst geogoeden en een meer geprivatiseerde bescherming voor de anderen.

Figuur 1: Netto betalingen van de huishoudens en privé-verzekeringen in % van de uitgaven - OESO 2014



Maar globaal is er het risico op een geneeskunde met twee snelheden, met een "sociale bijstand"⁵ die stigmatiserend is voor de allerarmsten en een meer vermarkt systeem voor de anderen. Die evolutie is nog verontrustender als men weet dat het deel ten laste van de patiënt in het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag al hoger is dan bij onze burens (figuur 1).

1.4. En wat met de begroting 2017?

De begroting 2017 bevestigt ruimschoots de waarnemingen van de voorbije jaren en maakt dus de stelling van een risico op dualisering en "liberalisering" van ons zorgsysteem geleidelijk steeds geloofwaardiger.

Wat de **budgettaire aspecten betreft**, zou er, naast de eisen die eerder zijn opgelegd door de regering (daling van de groeinorm tot 1,5% in oktober 2014 en later een aanpassing tot 1% na de tax shift in 2015 en vervolgens het begrotingsconclaf van april 2016), in 2017 in eerste instantie 663 miljoen euro aan besparingen moeten worden gerealiseerd. Een taak die al bijzonder consequent werd aangekondigd. Maar het begrotingsconclaf van september en oktober 2016 ging nog veel verder door uiteindelijk **902 miljoen euro** aan structurele besparingen op te leggen aan de sector voor 2017, wat van de gezondheidszorg ook de sector maakt die het zwaarst bijdraagt

aan de uitvoering van de begrotingssanering die dit jaar door onze regering is gepland en de norm voor de begrotingsgroei nog tot 0,5% zal verminderen.

Wat het aspect "governance" betreft, moeten er in 2017 twee belangrijke gebeurtenissen worden genoteerd die de waargenomen tendensen van de voorbije twee jaren bevestigen.

Ten eerste is in 2017 op initiatief van het kabinet, een nieuwe reglementering op de begrotingsprocedure (CGV 2016/095 ADD) ingevoerd. Deze nieuwe reglementering werd officieel gerechtvaardigd door de noodzaak om de Belgische budgettaire kalender in overeenstemming te brengen met de Europese. Desondanks heeft deze nieuwe reglementering als voornaamste gevolg dat er grote wijzigingen worden aangebracht in de rolverdeling tijdens de budgettaire procedure en in de daadwerkelijke mogelijkheid om transversaal overleg te voeren (tabel 1).

Een positief punt van deze nieuwe reglementering is dat ze, voorafgaand aan de start van de begrotingsbesprekingen, een voorstelling voorziet van de geraamde uitgaven voor het lopende jaar en het volgende jaar. Hierdoor zouden de overeenkomsten- en akkoordencommissies zich meer bewust moeten zijn van de budgettaire context waarin ze zich bevinden en zullen ze deze realiteit meer laten meespelen in hun budgettaire besprekingen.

⁵ De theoretici van de systemen van de sociale zekerheid maken een onderscheid tussen de *sociale zekerheid* en de *sociale bijstand* die beide voortvloeien uit een andere geschiedenis en logica. De sociale zekerheid vertegenwoordigt een verzekeringsmechanisme ten opzichte van de sociale risico's dat in de Bismarckiaanse systemen solidair wordt gefinancierd en zich richt op iedereen afhankelijk van de behoeften. De sociale bijstand vertegenwoordigt *het vangnet* van laatste toevlucht, toegekend aan personen met onvoldoende middelen, gefinancierd door de belastingen en betaald door de lokale overheden zonder dat daarvoor een bijdrage verschuldigd is.

Tabel 1: Procedure voor de oprichting van de begroting (voor - na)

	Oorspronkelijke kalender	Nieuwe kalender vanaf 2017
Technische ramingen juni (n-1)	30 juni	31 mei
Permanente audit	15 mei	30 juni
Algemeen begrotingskader, meerjarig traject en strategische prioriteiten	Niet van toepassing	Vanaf 1 juni, continue procedure
Raming van de behoeften	Geen termijn	Geschrapd
Prioritaire wijzigingen	Niet van toepassing	Continue procedure
Compensatiemaatregelen	Onbestaand concept	Ten laatste op 1 september
Technische ramingen september	14 dagen voor de 1e maandag van oktober	Ten laatste op 15 september
Verslag Commissie voor begrotingscontrole (CBC)	15 september + geactualiseerd per brief	Ten laatste op de achtste werkdag na 15 september
Laatste stemming van het Verzekeringscomité (VC)	1e maandag van oktober	1e maandag van oktober
Analyse van het voorstel van het VC aan het CBC	Niet van toepassing	Woensdag na de stemming tijdens het VC
Stemming tijdens de Algemene Raad over de begrotingsdoelstelling en de algemene begroting	3e maandag van oktober + eind december	2e maandag van oktober

Maar over het algemeen zorgt deze reglementering voor veel meer verwarring over het verloop van de overlegprocedure, een veel onduidelijkere taakverdeling tussen de verschillende organen en een veel moeilijker begrip van het begrotingskader voor de verschillende actoren. Het begrotingskader wordt bijvoorbeeld met mondjesmaat onthuld, in een continue procedure naargelang de beslissingen van de regering, en kan dus mogelijk pas worden onthuld na de limietdata voor het afsluiten van een begrotingsvoorstel door de partners en actoren van het collectief overleg, zoals dit in 2017 het geval was.

Deze nieuwe reglementering schrappt ook het begrip "behoefte" aan budgettaire investeringen, die de overeenkomsten- en akkoordencommissies vroeger konden formuleren. En in plaats daarvan werd de verplichting ingevoerd om besparingsvoorstellen te formuleren om alle budgettaire overschrijdingen of aanvragen tot nieuwe middelen te compenseren, ongeacht of er een echte maatschappelijke behoefte bestaat achter deze realiteit. De logica van "bezuinigingen" is dus hier geïnstitutionaliseerd en de "silowerking", kenmerkend voor de gezondheidszorg en nochtans achterhaald in een tijd waarin belangrijke hervormingen meer dan nodig zijn, wordt nog bevestigd.

Maar de meest opmerkelijke en betreurenswaardige wijziging achter deze nieuwe reglementering betreft de periode die aan het Verzekeringscomité wordt toegekend om, vanaf de

positionering van de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies, een overlegd budget voor te leggen. Vroeger had men drie maanden de tijd (van juli tot eind september) om tot een dergelijk voorstel te komen. Dit liet een breed overleg toe tussen de verschillende verzekeringsinstellingen onderling en gesprekken tussen verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van zorgverleners.

De nieuwe reglementering voorziet echter maar een tweetal weken voor deze transversale arbitrage. En in de praktijk bleef er dit jaar, tijdens de begrotingsopmaak 2017 nauwelijks een week over gezien de vertraging van de besprekingen in de akkoorden- of overeenkomstencommissies. Een gezamenlijk voorstel formuleren dat zowel door de mutualiteiten onderling als met de zorgverleners kon worden besproken, was dus onmogelijk. Besluit: ondanks het feit dat het sociaal overleg in theorie mogelijk bleef in de nieuwe reglementering die door het kabinet is ingevoerd, waren de bestaansvoorwaarden in de praktijk vrijwel nihil. In 2016 kon het Verzekeringscomité dus geen voorstel van partiële begrotingsdoelstelling per sector formuleren omdat er onvoldoende informatie was over het algemeen begrotingskader en omdat er onvoldoende tijd was om op deze basis een fundamenteel gesprek te voeren met alle belanghebbende partijen. Daardoor versterkt deze reglementering, omgekeerd, de bewegingsruimte en de invloed van het kabinet, dat, zonder voorstel in overeenstemming met de oorspronkelijke overlegorganen, nog veel vrijer is om haar eigen begrotingsvoorstel te formuleren.

Bijgevolg, en dit is de tweede bekende eigenschap over het facet “regering” voor 2017, kreeg het sociaal overleg opnieuw faam. Dit zowel bij het Verzekeringscomité waar het formuleren van een waardig begrotingsvoorstel niet mogelijk was als bij de Algemene Raad waar het voorstel van de regering dat vanuit het niets werd opgemaakt door het Kabinet, werd geweigerd vanwege een gebrek aan het kenmerkende overleg. De Ministerraad heeft dus, net zoals in 2016, opnieuw haar eigen begroting voor gezondheidszorg opgelegd, gepland achter gesloten deuren tijdens een begrotingsconclaf, zonder gesprek met de sector. Een dergelijke dwarsboming van het sociaal overleg heeft zich al bijna 20 jaar niet meer voorgedaan en heeft zich nu net twee keer achtereenvolgens herhaald, voor de begroting van 2016 en 2017.

Deze nieuwe *modus vivendi*, namelijk een begroting die niet meer wordt bepaald door de overlegorganen maar rechtstreeks door de Ministerraad tijdens een begrotingsconclaf, is echter in strijd met de filosofie van de regelgeving die in 1993 is ingevoerd. De “basisprincipes” van deze regelgeving bepaalden dat “*het bepalen van de grote begrotingsenvelopes van de ziekteverzekering chronologisch moet worden losgekoppeld van het begrotingsconclaf van de regering*” en dat “*de beslissingen moeten worden genomen op het niveau dat het dichtst bij de dagelijkse realiteit staat*”⁶. Dit is de reden waarom men wou dat de begroting voor de gezondheidszorg wordt bepaald aan de hand van een overlegprocedure en de Algemene Raad van het RIZIV verantwoordelijk is voor de uiteindelijke goedkeuring van de algemene begroting voor de gezondheidszorg en niet het kabinet. De fundamentele principes bepalen dat “*de minister van Sociale Zaken slechts als laatste reddingsmiddel mag ingrijpen*”⁷. Een begroting die wordt vastgesteld door de Ministerraad en het kabinet wordt geacht een uitzondering en geen regel te zijn. De situatie begint er vandaag echter heel anders uit te zien.

Kortom, door de grote omvang van de vereiste besparingen en het afzakken van het overleg die het begrotingsjaar 2017 hebben gekenmerkt, is de tendens die in 2015 en 2016 is ontwikkeld, namelijk een evolutie van ons oorspronkelijke socialezekerheidsstelsel van het type Bismarck naar een liberaal model en het risico op privatisering en dualisering van de zorgverlening dat hiermee gepaard gaat, nog versterkt.

Na deze eerste introductie en het in perspectief plaatsen van de kenmerkende uitdagingen met betrekking tot de begrotingsopmaak 2017, kunnen we ons richten op de exacte inhoud zoals in oktober 2016 opgelegd door de Ministerraad.

2. Bepaling van de algemene begrotingsdoelstelling voor 2017: besluit van de Ministerraad

2.1. Begrotingskader

Volgens het wettelijk kader dat van kracht is (art. 40, §1, 4^e alinea van de gecoördineerde wet) voor de bepaling van de wettelijke begrotingsdoelstelling voor 2017, moet het uitgangspunt de begrotingsdoelstelling van 2016 zijn (23.812,569 miljoen) waarop de officiële groeinorm (+1,5%) en vervolgens een specifieke indexering wordt toegepast. De doelstelling voor 2017 zou 24.627,164 miljoen euro moeten bedragen (CGV 2016/288) (tabel 2).

In haar nota CGV 2016/288 verklaarde het RIZIV echter ook rekening te houden met een bijkomende structurele besparing van 140,2 miljoen, die dubbelzinnig “**structureel ondergebruik**” wordt genoemd. Dit was het resultaat van de beslissingen van het conclaf in juli 2015 en is opnieuw geëvalueerd tijdens de budgettaire controle van april 2016⁸. De regering had tijdens vorige begrotingsconclaven opgelegd om dit bedrag op een structurele manier te “bevrozen”. Dit zal in 2017 dus moeten worden gecompenseerd op het niveau van de uitgaven, zodat de wettelijke begrotingsdoelstelling, verminderd met dit bedrag, niet wordt overschreden.

Tabel 2: Wettelijke begrotingsdoelstelling voor 2017 (situatie voor het conclaf)

Strikte normberekening	2017 (in duizenden euro)
Globale begrotingsdoelstellingen 2016	23.812.569
Reële Groeinorm 1,5%	357.189
Sub-totaal	24.169.758
Gezondheidsindex (2,51% juni 2016)	368.812
Spilindexmassa	88.594
Strikte norm sept	24.627.164
«structureel ondergebruik»	140.174
Effectieve uitgavedoelstelling van de regering	24.456.341

⁶ Overgenomen van het Rekenhof (2006), p. 28, punt 53.

⁷ Idem.

⁸ De regering heeft besloten tot een “*bijkomend structureel ondergebruik, naast het meerjarig traject dat werd besloten in oktober 2014, zonder dat dit daarom zal leiden tot een aanpassing van de begrotingsdoelstelling of de groeinorm*”. Zonder de groeinorm van 1,5% aan te passen, heeft dit besluit bijgevolg geleid tot het structureel versterken van het meerjarig begrotingstraject door niet het volledige budget toe te kennen dat op basis van deze norm is berekend.

Met dit in het achterhoofd zou de effectieve uitgavendoelstelling van de regering voor 2017, lager dan de wettelijke doelstelling volgens de 1,5%-norm, **24.456,341** miljoen euro moeten bedragen.

De technische ramingen van het RIZIV voor 2017 bedroegen op hun beurt 25.150,315 miljoen euro. Rekening houdend met de 140 miljoen aan extra besparingen die nodig zijn om het zogenaamde "structurele ondergebruik" effectief "te bevriezen", indien we de geraamde uitgaven vergelijken met de uitgavedoelstellingen van de regering, bedroegen de overschrijding en dus de minimale structurele besparingen voor 2017 oorspronkelijk reeds **663,325 miljoen**.

Bovendien besloot de regering in oktober 2014 dat er tegen 2018 een bedrag van 236 miljoen euro aan besparingen zou moeten worden gerealiseerd in de gezondheidssector, ofwel in de begroting van de gezondheidszorg zelf of in de administratiekosten van het RIZIV⁹. Volgens het kabinet, dat niet heeft gecommuniceerd over de exacte inhoud van deze besparingen, moesten er in 2017 in dit kader nog besparingen worden gerealiseerd voor een bedrag van 9,9 miljoen. Zo zou de geschatte overschrijding van de effectieve uitgavendoelstelling van de regering in 2017 hoger zijn dan 673 miljoen euro.

Ter herinnering: de oorzaken van deze overschrijding en dus van deze besparingsinspanningen zijn in de eerste plaats het resultaat van de bevrozing van 140 miljoen, hierboven vermeld en later eenzijdig beslist door de regering tijdens de tax shift van 2015. Vervolgens is een groot deel van de overschrijding toe te schrijven aan de begroting van de farmaceutische industrie, die 300 miljoen meer bedraagt dan het traject dat

door M. De Block en de vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie is aangekondigd in hun "Toekomstpact" dat in 2015 is ondertekend. De overschrijding in deze sector lijkt hoofdzakelijk gerelateerd aan het beleid over zogenaamde "innovatieve" geneesmiddelen¹⁰. Vervolgens is ongeveer 223 miljoen toe te schrijven aan de overschrijding van diverse andere sectoren (voornamelijk de medische honoraria, waarvoor de overschrijding van de begrotingsdoelstelling voor 2016 volgens het RIZIV 99,990 miljoen euro is, de sector tandzorg, waarvoor de overschrijding voor 2016 47,541 miljoen euro bedraagt, en de sector kinesitherapie, waarvoor de geschatte uitgaven voor 2016 de doelstelling van 2016 met 20,859 miljoen euro overschrijden). Meer bepaald in deze twee laatste sectoren lijkt dit het teken te zijn dat de bepaling van de begrotingen niet de evolutie van de behoeften volgt.

De regering is echter niet gestopt bij deze nochtans aanzienlijke inspanning van 673 miljoen. Gezien de inspanning tot een bijkomende sanering, uit te voeren door de federale regering (het verslag van het Monitoringcomité van 18 juli 2016 heeft de inspanningen van de bijkomende begrotingsconsolidaties geraamd op 1,3 miljard euro in 2016 en op 2,4 miljard euro in 2017, met een constant beleid van Entiteit I om te voldoen aan de doelstellingen van het stabiliteitsprogramma), heeft de regering tijdens het begrotingsconclaf van september en oktober 2016 beslist dat er in de gezondheidszorg bijkomende maatregelen moesten worden genomen tot een bedrag van 229 miljoen euro. Dit brengt de totale, te realiseren inspanning voor de gezondheidszorg alleen al voor 2017 op **902 miljoen euro**.

Uit deze opvolging van dubbelzinnige boekhoudkundige verrichtingen blijkt enerzijds dat de officiële begrotingsdoelstelling 24.267,164 miljoen euro blijft (achter dit eerste cijfer zit in werkelijkheid al de eis van 600 miljoen besparingen verborgen, wat overeenkomt met de noodzaak om een groeionorm te respecteren die is gedaald tot 1,5% terwijl de natuurlijke groei van de uitgaven ongeveer 2,2% lijkt). Anderzijds, meer officieus, mag de som van de partiële begrotingsdoelstellingen die aan de verschillende zorgsectoren zijn toegekend, in de realiteit, niet hoger zijn dan 24.256,134 miljoen euro (tabel 3) (hier vinden we dus de bijkomende 300 miljoen aan structurele besparingen, wat overeenkomt met een officiële vermindering van de groeionorm van de begroting van 1,5% tot 0,5%). De regering lijkt de bedoeling te hebben dat deze laatste "blokkering" structureel wordt. Dit laat dus vermoeden dat voor de berekening van de begroting 2018 niet het wettelijke officiële begrotingsbedrag zal worden verdeeld maar dit "officieus" verminderde bedrag. Voor 2017 maar ook voor de komende jaren, wordt de officiële groeionorm officieus verminderd van 1,5% tot 0,5%. Dit is het meest strenge begrotingskader ooit sinds het bestaan van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Tabel 3: Erkende uitgaven voor 2017 (situatie na conclaf)

Strikte berekening van de norm	2017 000 EUR
Algemene begrotingsdoelstelling 2016	23.812.569
Reële groeionorm van 1,5%	357.189
Subtotaal	24.169.758
Indexmassa (sector honoraria) - (2,51 %)	368.812
Indexmassa gekoppeld aan de spilindex (verblijfssectoren)	88.594
Algemene begrotingsdoelstelling 2017	24.267.164
Som van gedeeltelijke begrotingsdoelstellingen	24.256.134
Verschil (structurele blokkering)	370.030

9 Van deze 236 miljoen euro aan besparingen, werd € 65 miljoen besloten in het kader van de begroting voor 2015 (waarvan 20 miljoen euro besparingen op de administratieve kosten van de mutualiteiten) en 76 miljoen euro in het kader van de begroting voor 2016.

10 De term "innovatief" moet voorzichtig worden gebruikt en heeft niet voor elke speler dezelfde betekenis. Meer informatie over dit onderwerp in artikel CM Info 264.

2.2. Toegelaten uitgavenstijging

Gezien de verschillende maatregelen die hieronder zijn beschreven, werd het toegelaten uitgavenniveau voor 2017 van 24.267,164 miljoen (wettelijk budget) verminderd tot 24.256,134 miljoen (toegelaten uitgaven). Vergeleken met het geschatte uitgavenniveau 2016 (laatste technische ramingen), zorgt dit voor een nominale groei van 1,89%. Het planbureau schat de inflatie voor 2017 op 1,8% maar de werkelijk toegelaten groei zal slechts 0,01% bedragen.

Deze groeicijfers zijn bijzonder laag ten opzichte van de groeicijfers van de overheidsuitgaven voor gezondheid die we in de voorgaande jaren zagen en geschat worden voor de toekomst. Deze laatste vijf jaren was het reële groeicijfer van de gezondheidsuitgaven zeer gematigd dankzij de besparingsmaatregelen die al genomen waren en door de economische crisis. Maar het bereikte toch 2,17%. Het Planbureau voorziet dat de groei van de uitgaven voor de 5 komende jaren ook minimum 2,2% zal zijn. Het begrotingskader voor het jaar 2017 is dus echt het strengste ooit voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

2.3. Structurele besparingen

Tijdens de begrotingsopmaak 2017 werd door de Ministerraad geen enkel bedrag vrijgegeven om te investeren in nieuwe maatregelen in de gezondheidszorg. Daarentegen heeft de regering een groot aantal besparingen opgelegd in verschillende sectoren, die in de onderstaande tabel 4 zijn samengevat en hieronder meer specifiek worden beschreven.

a. Gedeeltelijke indexering van de sector erelonen (247 miljoen).

Voordat het Kabinet zich had uitgesproken over de begroting 2017, had het Verzekeringscomité al een bevrozing voorgesteld van 33% van de totale indexmassa van honoraria voor een bedrag van 368,812 miljoen euro. De motivering achter dit voorstel was dat de gecumuleerde index van de niet-toekenning van de indexmassa aan de zorgverleners in 2015 (0,53%) en in 2016 (0,62%), geëist door de huidige regering, 1,15% bedroeg, terwijl de indexsprong voor bedienden en loontrekkenden voor dezelfde periode 2% bedroeg. De indexeringsfactor voor 2017 bedroeg 2,51% (RIZIV CGV 2016/288) om de inspanningen door zorgverleners op een gelijk niveau te brengen als dat van de

Tabel 4: Samenvatting van de besparingsmaatregelen die in 2017 door de regering zijn opgelegd

	RIZIV in Begrotingsdoelstelling van de gezondheidszorg	RIZIV buiten BD van de gezondheidszorg
	In miljoen €	
Maatregelen van de taskforce	99,5	2
Maatregelen van de begrotingscontrole 2016	57,5	13,25
Geplande maatregelen Toekomstpact 2017	71,1	
Indexmassa sector honoraria	247	
Begrotingstraject van het Toekomstpact	263,7	
Uitbreiding van het voorschrift van de goedkoopste geneesmiddelen tot 60 %	20	
Erelonen hoofdstuk IV apothekers	13,6	
Verandering van categorie voor de terugbetaling van antibiotica	14,8	
Indexering van MAF-plafonds	14,1	
Versnelde impact van veranderingen van de gezinstoestand in het kader van de voorkeursregeling	9,5	
Compensatie BD voor klinische biologie	13,3	
Compensatie BD voor medische beeldvorming	15,7	
Besparingen in ziekenhuizen	40	
Wijkgezondheidscentra	7	
	886,8	15,25
TOTAAL	902,05	

werknemers. Er werd dus een retentie van 0,84% op de indexmassa voorgesteld.

Ondanks het feit dat deze situatie betreurenswaardig is, verklaarde een zeker aantal vertegenwoordigers van de zorgverleners deze redenering te begrijpen en deze redenering bijgevolg te accepteren zonder dreigementen om de officiële akkoorden die met de mutualiteiten zijn afgesloten over de tarieven en erelonen, te verbreken.

Toch werd de bevrozing van de indexmassa, voorgesteld door de regering, uiteindelijk verhoogd tot 66% in plaats van 33%. Deze maatregel werd heel slecht onthaald door de zorgverleners, die onmiddellijk hebben aangekondigd dat een dergelijke eis hen zou verplichten tot een dreiging om het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen te verbreken.

"[...] De BVAS heeft aangekondigd dat het besluit van de regering een einde zou betekenen voor het akkoord van 2016-2017".

Médishère 27 oktober 2016.

"[...] De vereniging van kinesitherapeuten Axxon is woedend: dat er in 2017, voor het 3^e jaar op rij, geen indexering aan ons wordt toegekend is ronduit onaanvaardbaar! [...] En als ze wederom hun overeenkomst verbreken, betwijfelen we of we voor 2017 een andere overeenkomst zullen ondertekenen."

Médishère 27 oktober 2016.

Toch moet deze gedeeltelijke indexering, hoewel heftig onthaald door de zorgverleners, in context geplaatst worden: tijdens de laatste 10 jaar is de massa van de erelonen van artsen bijvoorbeeld gestegen met 18%, terwijl de inflatie minder dan 9% bedroeg. Volume- en prijseffecten staan dus over het algemeen op het spel in de gezondheidszorg en doen de inkomsten van de zorgverleners stijgen, ongeacht de indexering.

Maar hoe het ook zij, door deze eenzijdige maatregel van de regering, namelijk door het evenwicht van de akkoorden over de tarieven en de toeslagen die door zorgverleners worden aangerekend, te bedreigen, wordt de hoeksteen van onze gezondheidszorg, die is gebaseerd op sociaal overleg, in gevaar gebracht. En daardoor wordt de tariefzekerheid voor patiënten, naar aanleiding van diverse vakbondsacties door de vertegenwoordigers van de zorgverleners, in alle zorgsectoren in gevaar gebracht.

[b. Maatregelen van de taskforce \(101,5 miljoen\)](#)

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft in januari 2016 vastgesteld dat het de slechte richting uitging met de begroting voor gezondheidszorg. Vanaf begin 2016 werd een risico op overschrijding geregistreerd. Dit voornamelijk na de inbeslagname door de regering van 140 miljoen op de begroting voor gezondheidszorg en de budgettaire ontsporingen in de farmaceutische sector. Normaal gesproken bestaan er officiële

Tabel 5: Besparingen "taskforce" per sector

Zorgsectoren	In miljoen €
Medische erelonen	31,700
Erelonen tandartsen	0
Erelonen verpleegkundigen	1,071
Farmaceutische specialiteiten	36,000
Kinesithérapie	5,000
Bandagisten en orthopedisten	1,300
Ziekenhuizen	26,595
Som van de besparingen door taskforce (in de doelstelling gezondheidszorg)	99,524

procedures om dit soort ontsporing op te lossen, door de sectoren verantwoordelijk te maken voor hun overschrijding. Maar in dit geval gaf de minister de voorkeur aan een ad hoc taskforce in de schoot van de Algemene Raad, georganiseerd door het hoofd van het kabinet en het RIZIV, om een voorstel te formuleren om de waargenomen afwijking structureel te corrigeren. Deze taskforce heeft in juni 2016 haar rapport voorgesteld, waarmee het mogelijk moet zijn om vanaf 1 januari 2017 101,5 miljoen (begrotingsdoelstelling en administratiekosten RIZIV inbegrepen) te besparen (tabel 5). Desondanks blijft de timing die is voorzien om deze maatregelen ten uitvoer te brengen, in veel gevallen erg optimistisch.

[c. Maatregelen van de begrotingscontrole 2016 \(70,6 miljoen\)](#)

Tijdens de begrotingscontrole van april 2016 heeft de regering eenzijdig een aantal bijkomende maatregelen opgelegd aan de gezondheidszorg voor een bedrag van 70,6 miljoen op jaarbasis. De maatregelen die in 2017 een impact hebben op de begrotingsdoelstellingen, zijn de volgende:

- **Plan "controlebeleid" (25 miljoen):** De regering kondigde, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, aan dat er vanaf 2016 meer zal worden geïnvesteerd in de geïntegreerde aanpak om frauduleuze facturatie, overconsumptie en medische verspilling te verminderen. Volgens de regering zou dit een opbrengst van 13,25 miljoen moeten genereren dankzij terugvorderingen en 11,925 miljoen dankzij een knik in de uitgaven. De methode om deze doelstellingen te bereiken werd nooit geëxpliciteerd door de regering en een groot aantal waarnemers gelooft dat deze maatregel veel te optimistisch is. Ze benadrukken dat het een illusie is te hopen dat er op korte termijn zulke spectaculaire besparingen kunnen worden behaald zonder eerst te investeren op het gebied van personeel en software.
- **Ziekenhuizen (18,3 miljoen):** Tijdens de begrotingscontrole 2016 besloot de regering om het deel B7B van de

ziekenhuisfinanciering en niet-invasieve medische toestellen te schrappen. Voor de uitvoering van deze maatregelen werd de mening van de NRZV (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen) gevraagd. De regering beweert hier dus "dat op basis van de mening van de NRZV van 22 september 2016, de twee maatregelen werden vervangen door een lineaire besparing op BFM met dezelfde opbrengst".

- Een reeks besparingen zou afkomstig zijn uit het mechanisme **patent cliff** (17,1 miljoen), bedacht in het kader van het toekomstpact met de farmaceutische sector¹¹. Enerzijds, en hier spreekt men vooral over een besparing door een methodologische aanpassing en geen reële bijkomende inspanning, zal de besparing in 2017 worden berekend op jaarbasis en niet pas vanaf maart, zoals in 2016. Hierdoor zou 10,6 miljoen extra in de boeken kunnen worden opgenomen. Het patent cliff zal ook worden toegepast van zodra het generisch geneesmiddel beschikbaar zal zijn. Dit zou zorgen voor bijkomende besparingen van 6,5 miljoen.
- **nCPAP** (6 miljoen): De regering kondigt aan dat er diverse besparingen worden of zouden moeten worden gepland in deze sector, zoals de vermindering van het forfait per dag, om een besparing van 6 miljoen op te leveren.
- **Chronische pijn (2,2 miljoen)**: Op vraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, werd aan de medicomut gevraagd om een overschrijding te corrigeren die zich in 2013 voordeed op het gebied van chronische pijn. In februari 2016 werd het voorstel van de medicomut genoteerd op de dagorde van het Verzekeringscomité. De verstrekking 202812-202823 (epidurale injectie in de lumbale wervelkolom) is geschrapt en de terugbetaling van verstrekking 202790 - 202801 (injectie in de tandwortel en transforaminale injectie, met het gebruik van medische beeldvorming) is beperkt tot 3 injecties per jaar.
- **Logopedie (2 miljoen)**: Om deze besparing te berekenen, toont de regering aan dat de begunstigde twee keer naar de voorschrijvende arts gaat wanneer hij/zij met logopedie start. Een eerste keer voor het voorschrift voor het logopedisch bilan en een tweede keer voor het voorschrift voor de behandeling. Er wordt voorgesteld om het voorschrift voor de bilan en het voorschrift voor de behandeling te bundelen in één bezoek. De arts behoudt vervolgens het recht voor om, na de voorstelling van het bilan, het voorschrift voor de behandeling te annuleren indien een behandeling niet aangewezen blijkt. Maar toch benadrukken sommige waarnemers de irrelevantie van deze maatregel. Momenteel

gaat zelfs geen derde van de patiënten die een logopedist raadplegen eerst naar de arts om een dergelijk logopedisch bilan te laten voorschrijven. Via dit voorstel zou er een besparing van slechts 900.000 euro of zelfs maar 700.000 euro mogelijk zijn, en niet de 2 miljoen die de regering inschat. Bovendien wordt dit bedrag ten onrechte begroot als een besparing die door de logopedisten moet worden gerealiseerd, terwijl dit eerder een invloed zal hebben op de medische prestaties.

d. Geplande maatregelen voor het toekomstpact met de farmaceutische industrie (71,1 miljoen)

In 2015 sloot minister De Block een "Toekomstpact" met de farmaceutische industrie. In dit pact staat een budgettair groeitraject voor de sector, waarbij bepaalde besparingsmaatregelen zijn gepland voor elk boekjaar. Voor 2017 werd een besparing van 71,1 miljoen euro afgesproken en als volgt verdeeld:

- Maatregelen "Evidence Based Medicine" (32 miljoen), gebaseerd op de voorstellen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen.
- Toepassing van het patent cliff voor generische producten (3,1 miljoen) en uitbreiding van het patent cliff voor producten "nog geen R" (16 miljoen).
- Maatregelen met als doel de ontwikkeling van biosimilaire geneesmiddelen en "biologische" geneesmiddelen in België te stimuleren (20 miljoen).

e. Begrotingstraject van het farmaceutisch toekomstpact (263,7 miljoen)

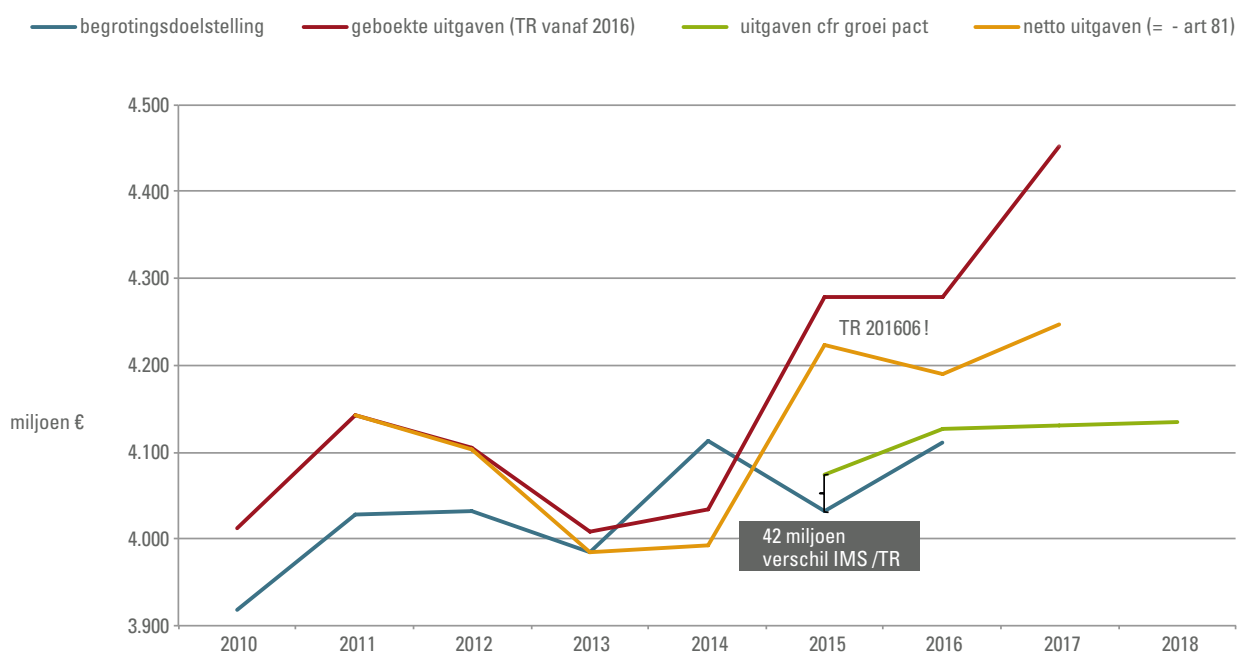
Het Toekomstpact, in juli 2015 getekend door minister Maggie De Block en de farmaceutische industrie, zou een stabiel meerjarlijks budgettair kader beloven voor de jaren 2016-2018. Dit pact beoogde "een gemiddeld groeiperspectief in de sector van 0,5% per jaar"¹².

Maar terwijl er tijdens de vorige legislatuur een sterke vertraging en controle van de farmaceutische uitgaven kon worden bereikt (zoals aangetoond in figuur 2), werd deze tendens omgekeerd vanaf het begin van de legislatuur van M. De Block. In 2015 was er in de sector van farmaceutische specialiteiten al een overschrijding van 247 miljoen ten opzichte van de bedragen die oorspronkelijk in het Pact waren voorzien, en de werkelijke toename van de uitgaven bedroeg 6% terwijl het Pact een uitgavenstijging van 0,41% verwachtte. In 2016 bedroeg de overschrijding van de uitgaven, zoals geschat in de technische ramingen van het RIZIV, 228 miljoen. Voor 2017

11 Wanneer het patent voor een farmaceutische specialiteit wegvalt, kan er een generiek op de markt komen. Dat is een kans om de prijs van het werkzame bestanddeel te verminderen en maakt het mogelijk om het principe "referentiecluster" toe te passen. In het systeem dat van kracht is tot februari 2016, daalden de prijzen 4 keer over een periode van 6 jaar. In het nieuw systeem (patent cliff) vindt de prijsvermindering in 1 keer plaats, wat zorgt voor snellere besparingen.

12 Toekomstpact, voor de patiënt met de farmaceutische industrie, pg 18.

Figuur 2: Farmaceutische uitgaven versus begrotingstraject



voorziet het Pact uitgaven van 4.130 miljoen en een toename van de uitgaven van 0,08%¹³. De technische ramingen voor 2017 van het RIZIV voorzien veel grotere uitgaven voor 2017 (4.431 miljoen) en een toename van de uitgaven met 4,04%. Zoals de Commissie voor begrotingscontrole in haar rapport van 2016 benadrukt¹⁴, is de sterke toename van contractartikelen 81 en 81bis voor een groot deel verantwoordelijk voor de ontsporing van het begrotingstraject dat door het Toekomstpact is voorzien. De CBC benadrukt dat de begrotingscompensaties die door het RIZIV zijn verkregen door middel van inkomsten "artikel 81 en 81bis" die de farmaceutische industrie in dit kader betalen, niet voldoende zijn om te voldoen aan het begrotingstraject dat is bepaald door het Toekomstpact.

Op basis van de meest actuele technische ramingen, kunnen we de overschrijding in de farmaceutische sector voor 2017, ondanks de reeds voorziene besparingen van 71,1 miljoen,

schatten op nog 300,550 miljoen bruto en 331,349 netto. Zoals het Kabinet en de sector hebben beloofd, zal deze overschrijding worden gecompenseerd¹⁵. Gezien de omvang van de overschrijdingen in kwestie, is het gemakkelijk te begrijpen dat de naleving van de overeenkomst, die is afgesloten tussen de Minister en de farmaceutische sector, door middel van structurele inspanningen van vitaal belang is voor de duurzaamheid van de gezondheidszorg en de naleving van de algemene groeinorm.

Na herhaalde druk door de mutualiteiten gedurende 2 jaar, met de vraag het begrotingstraject na te leven, heeft het kabinet van de minister uiteindelijk bevestigd dat 263,7 miljoen van de overschrijding zou worden gecompenseerd via de onderstaande maatregelen. Er is door het kabinet niet verduidelijkt waarom de inspanning niet is verhoogd tot de volledige overschrijding (300,550 miljoen).

¹³ Toekomstpact, voor de patiënt met de farmaceutische industrie, pg 19

¹⁴ CBC 2016/198 - pg 94-95.

¹⁵ Het pact stelt dat "als de vooropgestelde besparingen niet voldoende zouden zijn om het perspectief van de evolutie te respecteren, er een bijkomend boekjaar zou kunnen worden gevraagd" (Toekomstpact, voor de patiënt met de farmaceutische industrie, pg 18). Tijdens het CBC van 15 juni 2016, heeft het kabinet van de minister er ook aan herinnerd dat "de naleving van het farmaceutisch pact betekent dat dit, in het geval van overschrijding, zal worden gecompenseerd door de farmaceutische industrie".

Tabel 6: Berekening van de overschrijding van het "pact".

	1	2	3	4	5	6	7
	Technische ramingen 2017 (p2017)	Besparingen van het Pact voor de toekomst	Maatregelen voor begrotingscontrole	Maatregelen van taskforce	resultaat 2017 na Pact, CB, TF	Traject Pact	overschrijding met Pact
Farmaceutische specialiteiten in duizenden	4.554.749	71.100	17.100	36.000	4.430.549	4.130.000	-300.550

Compensatiemaatregelen voor de naleving van het traject van het Pact:

- Terugbetaling geneesmiddelen artikel 81, in aanvulling op de basis (137 miljoen)
- Terugbetaling geneesmiddelen artikel 81, dankzij de methode "netto begroting" (56 miljoen)
- Combicliff (16,3 miljoen).
- Schraping van de terugbetaling van nasale corticosteroïden (15,3 miljoen).
- Vrijwillige prijsdaling Enbrel (4,2 miljoen).
- Herziening van de groep IPP: conformiteit van verpakkingen ten opzichte van de aanbevelingen van CRM over het gebruik van IPP (13,5 miljoen).
- Wijziging van de definities van de goedkoopste geneesmiddelen tot 20% (10,5 miljoen).
- Extra inkomsten, meting toekomstpact, wijziging definitie toepassing R (0,6 miljoen).
- Prijsverminderingen Lantus, Crestor in het kader van contracten artikel 81 Praluent en Forxiga (4,4 miljoen).
- Overheveling olmesartan naar hoofdstuk I (5,9 miljoen).

Deze inspanning, goedgekeurd door de farmaceutische industrie, lijkt op het eerste zicht aanzienlijk. Maar ze moet in een context worden geplaatst.

Ten eerste moet men zich realiseren dat de aangekondigde begrotingsinspanningen grotendeels gebeuren via de storting door firma's van begrotingscompensaties die zij hebben beloofd om de hoge prijs te compenseren die door het ASSI wordt betaald in het kader van "innovatieve" geneesmiddelen die vallen onder de geheime procedure van "artikelen 81 en 81bis". De terugbetaling van een nieuw geneesmiddel registreren in deze artikelen in plaats van in de algemene geneesmiddelenbegroting, maakt het mogelijk om snel nieuwe medicijnen op de markt te brengen tijdens een "test"-fase, zonder het advies te vragen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen. We spreken hier over 137 miljoen plus 56 miljoen voor 2017, namelijk 193 miljoen.

Nu is het methodologisch discutabel om al deze "inkomsten" te beschouwen als structurele besparingen. Steeds meer geneesmiddelen vallen onder het mechanisme van "Artikel 81"

en leiden tot hoge kosten voor ASSI. Maar het grootste probleem is dat dit mechanisme niet bij de bron wordt tegengehouden via de storting van de compensaties die de firma's beloven te betalen in het geval van een begrotingsoverschrijding, zoals de CBC benadrukt. Er worden echter steeds grotere uitgaven gedaan en compensaties, die slechts een gedeelte compenseren, worden vervolgens door de firma's aan de ASSI betaald, die zich hierin kan vinden. Deze procedure zal op lange termijn onhoudbaar en verkeerd zijn. Toch lijken bewustwording over het belang van deze kwestie en een politieke wil om hier een oplossing voor te zoeken nog niet op de dagorde van het kabinet te staan.

Maar er blijven nog andere vragen die ons aanzetten om voorzichtig en kritisch te blijven over de relevantie en de haalbaarheid van de aangekondigde maatregelen. Bijvoorbeeld: de impact op de begroting van de ASSI van de prijsverminderingen die zijn goedgekeurd door de farmaceutische industrie op Crestor blijven minimaal in vergelijking met de extra kosten die voortvloeien uit het gebruik van deze molecule in vergelijking met andere statines. Bovendien werd het patent van Crestor met 6 maanden verlengd, waardoor de introductie van de generieke vorm van dit geneesmiddel op de markt wordt vertraagd. Anderzijds moeten de besparingen met betrekking tot de IPP ook worden opgevolgd indien we willen voorkomen dat ze uiteindelijk worden gerealiseerd ten koste van de patiënten. De maatregel "Schraping van de terugbetaling van nasale corticosteroïden" wordt niet gedragen door de farmaceutische industrie maar zeer duidelijk door de patiënt aangezien zijn terugbetaling wordt geschrapd.

f. Uitbreiding van het voorschrift van de goedkoopste geneesmiddelen tot 60% (20 miljoen)

Volgens het kabinet zou de maatregel die besloten is door de taskforce betreffende de uitbreiding bij de huisartsen van het voorschrijven van de goedkoopste geneesmiddelen van 55% van het volume van hun voorschriften tot 60% het mogelijk maken om de opbrengsten te verdubbelen.

Er zijn echter geen sancties noch enige opvolging voor artsen die deze percentages niet naleven. Hoe kunnen we deze 20 miljoen aan besparingen dan concreet behalen? Dat is niet

duidelijk. Sommige waarnemers benadrukken dat deze doelstelling niet realistisch is als er geen stimulansen op het vlak van accreditering van artsen worden voorzien.

[g. Verandering van de categorie voor de terugbetaling van antibiotica \(14,8 miljoen\)](#)

Het idee van de regering bestaat erin om de terugbetaling van antibiotica te veranderen van een terugbetaling volgens categorie B, waarbij de terugbetaling 75% bedraagt, naar een terugbetaling volgens categorie C, waarbij dit 50% is. Het maximale verschil voor de patiënt schommelt tussen 1 en 3 euro in functie van het statuut VT / NIET-VT.

Ter herinnering: de terugbetalingscategorie van een farmaceutische specialiteit is afhankelijk van het medisch-therapeutisch belang en het "noodzakelijke" karakter van de specialiteit. Er bestaan 7 terugbetalingscategorieën. Categorie A groepeert bijvoorbeeld de specialiteiten van vitaal belang, zoals geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes of kanker. Categorie B groepeert belangrijke farmaceutische specialiteiten op therapeutisch vlak, doorgaans de antibiotica. Categorie C groepeert geneesmiddelen voor de symptomatische behandeling.

Maar zouden antibiotica (typisch voorbeeld uit categorie "B") plots gewoon "symptomatische" geneesmiddelen zijn geworden? Nee, in sommige gevallen zijn antibiotica gewoon van vitaal belang en bij veel indicaties blijven ze therapeutisch erg belangrijk. Door deze maatregel wordt een hele reeks verschillende situaties gegroepeerd in een categorie van geneesmiddelen die minder worden terugbetaald en wordt de besparingsinspanning afgewenteld op de patiënt. Als we pleiten voor een rationeel gebruik van antibiotica is het laten doorwegen van de aankoopkost op de schouders van de patiënten, vooral de meest kwetsbare, niet de oplossing.

Dit zou kwetsbaren er nog meer toe kunnen aanzetten zorg uit te stellen, wat zou kunnen leiden tot complicaties waarvoor de uiteindelijke factuur nog veel hoger zal zijn. Bovendien is overmatig gebruik van antibiotica voornamelijk te wijten aan het feit dat zorgverleners dit veel te vaak voorschrijven. Door deze maatregel wordt er op het gebied van voorschriften niet gewerkt naar meer efficiëntie.

Als we dus alle besparingsinspanningen in de geneesmiddelen-sector samennemen, is het totaal aanzienlijk: 402,845 miljoen. Maar de omvang van deze inspanning moet opnieuw in context worden geplaatst. De farmaceutische sector ligt ook aan de oorsprong van 70% van de totale begrotingsoverschrijding van 2017 en 193 miljoen aan besparingen zijn het gevolg van compensaties die door firma's aan het RIZIV worden betaald in ruil voor voordelen die worden verkregen in het kader van geheime overeenkomsten, die in termen van prijs bijzonder interessant zijn voor het bedrijf. Het is dus moeilijk om deze inkomsten te beschouwen als een structurele en duurzame inspanning op lange termijn, zoals de regering nochtans doet in

haar boekhoudkundige methode. Als we deze bedragen neutraliseren, bedraagt de structurele besparingsinspanning 4,6% van de totale uitgaven van de ASSI in deze sector.

Bovendien wordt een deel van de inspanning gedragen door de patiënt, zoals dit bijvoorbeeld het geval is bij de besparing op antibiotica. Andere besparingen moeten ook behoedzaam worden aangepakt, met betrekking tot de stijgende volume-effecten die ze kunnen veroorzaken en hun praktische realisaties.

De verzekeringsinstellingen hadden in hun nota die bij het Verzekeringscomité is ingediend, zeer precieze voorstellen geformuleerd om op structurele wijze de 300 miljoen aan besparingen te realiseren, zonder deze inspanning af te schuiven op de patiënten, bijvoorbeeld door te werken aan statines en IPP. Maar de regering laat zich hier duidelijk niet door inspireren. Haar inspiratiebron op dit gebied moet ergens anders liggen, ...

[h. Erelonen hoofdstuk IV apothekers \(13,6 miljoen\)](#)

Voorheen werd een specifiek ereloon van 1,28 euro toegekend aan officina-apothekers wanneer ze een geneesmiddel afleverden uit hoofdstuk IV van de lijst met terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten en waarvoor het regime van de derde betaler van toepassing was. Om een extra besparing van 13,6 miljoen te kunnen realiseren, heeft het Kabinet besloten om dit ereloon te schrappen. Volgens het Kabinet is dit ereloon vandaag niet meer gerechtvaardigd, gezien de verwachte ontwikkeling van MyCarenet en een digitalisering en automatisering van de terugbetalingsprocedure.

De vertegenwoordigers van de apothekers en de verzekeringsinstellingen waren bijzonder verrast en teleurgesteld door de aankondiging van deze besparing. In feite waren er gesprekken aan de gang tussen het Kabinet en deze actoren om het bedrag van de specifieke erelonen volgens hoofdstuk IV opnieuw te implementeren in een maatregel die het mogelijk zou maken om een interdisciplinaire, constructieve samenwerking te ontwikkelen tussen de apothekers en zorgverleners om de kwaliteit en rationaliteit van de aflevering van medicijnen te verbeteren. In dit opzicht werd er een revalorisatie voorzien van de intellectuele act van de apotheker, die past in de financiering van de specifieke taken. Deze maatregelen zouden een echte meerwaarde zijn voor de ziekteverzekering en voor de patiënten. Voorbeelden uit het buitenland tonen aan dat investeren in de adviserende rol van apothekers leidt tot besparingen voor het zorgsysteem dankzij de verbetering van de therapeutische observatie en de verbetering van de volksgezondheid.

Als we het verlies van de vergoeding met betrekking tot de levering van de specialiteiten uit Hoofdstuk IV toevoegen aan de verwijdering van hun indexmassa, ondergaan de apothekers een budgettaire inspanning van 5% van hun algemene vergoeding binnen de ASSI. Het APB (de nationale federatie van zelfstandige apothekers) is van mening dat "de apotheker

op een totaal onevenredige manier moet bijdragen aan de te realiseren inspanningen¹⁶”.

i. Forfaitaire praktijken / Wijkgezondheidscentra (7 miljoen)

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid kondigt voor 2017 een besparing van 7 miljoen euro aan op het budget van de forfaitaire parktijkjen in eerste lijn, vaak ook wijkgezondheidscentra genoemd. Om deze besparing mogelijk te maken, voorziet de minister een moratorium op de erkenning van nieuwe forfaitaire praktijken gedurende minstens 6 maanden, van 1 januari tot 30 juni 2017. In deze periode wordt een audit uitgevoerd in de sector. De maatregel heeft dus onmiddellijke gevolgen voor alle groepspraktijken die van plan zijn om na oktober 2016 over te schakelen of op of te starten met een forfaitaire praktijk. Ze zullen met een betaling per prestatie moeten werken of verdwijnen¹⁷.

De vertegenwoordigers van de sector en van CM waren bijzonder verrast door de aankondiging van een besparing in deze sector, die veruit geen financiële prioriteit is. In tegenstelling tot veel andere sectoren met een sterke overschrijding in 2016, zoals medische erelonen, tandzorg, kinesitherapie of farmaceutische zorg, vertoonden de forfaitaire praktijken geen budgettaire ontsporingen¹⁸. Op een begroting van 147 miljoen, vertegenwoordigen deze besparingen van 7 miljoen een begrotingsinspanning van 7% op de toegelaten uitgaven in deze sector. Dit maakt dat de sector, in relatieve termen, het meeste bijdraagt aan de besparingen die voor 2017 door de regering worden geëist op het gebied van gezondheidszorg.

Bovendien is deze maatregel discutabel vanuit een methodologisch standpunt, omdat er kan worden aangenomen dat de zorgverleners die vandaag van plan zijn om forfaitair te werken, zich aan de maatregel zullen aanpassen door hun praktijk met een betaling per prestatie voort te zetten. De opschorting zal dus een eenvoudige verschuiving van de toekomstige uitgaven van een forfaitaire betaling naar een betaling per prestatie veroorzaken, en op de algemene federale begroting zal dit dus geen enkel effect hebben. Het enige begrotingsvoordeel zou kunnen worden gerealiseerd op de zorg waarvan de patiënten uit geldgebrek zouden afzien omdat de betaling per prestatie op financieel vlak minder toegankelijk is voor patiënten dan de forfaitaire betaling. Als dit de echte doelstelling van deze maatregel is, is dit niet in overeenstemming met het Regeerakkoord dat bevestigt dat “de gezondheids-

ongelijkheden en financiële drempels die de toegang tot de gezondheidszorg zouden kunnen belemmeren of die tot uitstel van zorg zouden kunnen leiden, moeten worden weggenomen¹⁹”. In die zin is het moratorium, beslist door de minister, voor zover het geen begrotingsvoordeel oplevert, een aantasting van de toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbaren.

In termen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, tonen het laatste onderzoek van het KCE²⁰ en de recente resultaten van de NRKP (Nationale raad voor kwaliteitspromotie) over het algemeen, rekening houdend met de indicatoren die konden worden geëvalueerd, positieve resultaten voor de forfaitaire geneeskunde. Ook al is het forfait geen doelstelling op zich, het lijkt een relevant middel te zijn om multidisciplinaire, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg op de eerste lijn te bekomen, doelstellingen die niet mogen worden belemmerd.

j. Medische honoraria: Compensatie van de overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling voor klinische biologie (13,3 miljoen) en voor medische beeldvorming (15,7 miljoen)

Omdat de begroting voor klinische biologie en medische beeldvorming in 2016 werd overschreden, verwacht het kabinet in 2017 een inspanning van respectievelijk 13,3 miljoen euro en 15,7 miljoen euro. Ter herinnering bedroeg de totale begroting in deze sectoren in 2016 respectievelijk 1,3 miljard en 1,2 miljard, wat bijzonder hoog is vanuit internationaal perspectief.

Als we de besparing gerealiseerd op de indexmassa van de medische erelonen, de besparingen gepland in het kader van de taskforce en deze twee laatste eisen optellen, bedraagt de totaal gevraagde inspanning op de medische erelonen in 2017 2,5% van de totale begroting van ongeveer 8,1 miljard.

Ondanks het feit dat het kabinet de omvang aangekondigde van de besparingen voorzien in de klinische biologie en de medische beeldvorming, werd er geen specifiekere informatie over de inhoud van de beoogde maatregelen meegedeeld.

k. Besparingen in ziekenhuizen (40 miljoen)

Het kabinet kondigt in haar begrotingsnota aan dat de hervorming van de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen zal worden versneld en dat er in dit kader in 2017 een bijkomende besparing van 40 miljoen euro zal worden gerealiseerd in de ziekenhuizen.

16 *Médiasphère* 27 oktober 2016.

17 *Het einde van gezondheidscentra?* 8 december 2016. Christophe Cocu

18 Bovendien stelt het laatste KCE-onderzoek dat is uitgevoerd op de sector, dat “we op basis van beschikbare gegevens kunnen besluiten dat de totale kost voor het RIZIV voor patiënten met een forfaitaire betaling gelijk is aan die van patiënten met een betaling per prestatie. De doeltreffendheid van het forfaitair systeem lijkt even goed en soms zelfs beter, in het bijzonder voor de bevolking die de keuze heeft. Alle dingen zijn bovendien gelijk en het lijkt niet gerechtvaardigd om ons zorgen te maken over de ontwikkeling van de forfaitaire praktijken” (Rapport KCE 85b, *Vergelijking van de kost en de kwaliteit van de twee financieringssystemen voor verzorging in eerste lijn in België*, 2008).

19 Regeerakkoord, p 58, punt 3.6, en pg 59

20 Rapport KCE 85 b, *Vergelijking van de kost en de kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België*, 2008

Het kabinet vat de besparing van 52 miljoen euro in de ziekenhuizen, die reeds door de taskforce en tijdens de begrotingscontrole van 2016 is beslist, alsook de bijkomende besparing van 40 miljoen euro, als volgt samen:

- Vermindering van de A2-interest met 1% (15,2 miljoen).
- Afschaffing van lijn 900 binnen het gedeelte B1 betreffende de burgerlijke aansprakelijkheid van artsen (14,7 miljoen).
- Afschaffing van lijn 700 binnen het gedeelte B2 betreffende het supplement voor actieve verbandmiddelen (4,311 miljoen).
- Schrappen van 4.000 bedden, erkend in B2 door gelijkstelling aan verantwoorde bedden, behalve voor het mobiel team (1,650 miljoen)
- Verwijdering van KB schadevergoeding in B2 (12 miljoen).
- Vermindering van proefstudies in B4 (1,250 miljoen).
- Vermindering van 10% van de recyclagepremies (10 miljoen).
- Sluiting van diensten (materniteiten, spoedafdeling, NICU (neonatal intensive care units), intensieve zorgen, overbodige C- en D-diensten en vermindering van honoraria) (5,5 miljoen).
- Vermindering van ofwel deel B7B ofwel B7B en art. 74 en 84 (nog te beslissen door de regering) met 20% (4,125 miljoen).
- schrappen van de RIZIV-honoraria voor vroedvrouwen, in aanvulling op de verloskamer die wordt gefinancierd in het BFM (4,6 miljoen).
- Lineaire vermindering van het BFM (18,7 miljoen)

In totaal bedragen de door het kabinet opgelegde inspanningen, die jammer genoeg zelden structurele maatregelen maar eerder lineaire bezuinigingen zijn, 1% van het Budget van Financiële Middelen van ziekenhuizen. Daarbij komt dat een reeks andere opgelegde besparingsinspanningen (zoals het schrappen van een belangrijk deel van de indexmassa) ook een indirecte invloed op de ziekenhuizen zullen hebben. Volgens de ziekenhuizen mogen het risico voor werkgelegenheid die deze besparingen vertegenwoordigen, en hierdoor ook, voor de kwaliteit van de zorgverlening, niet worden onderschat²¹. Er moet gevreesd worden dat deze besparingen ook een impact zullen hebben op de patiënten en de ziekteverzekering door het risico op een stijging van de supplementen en/of de uitgevoerde prestatievolumes.

[1. Indexering van MAF-plafonds \(14,1 miljoen\)](#)

Het mechanisme van de MAF (maximumfactuur) werd ingevoerd in 2002. Maar sindsdien werden de plafonds voor persoonlijke tussenkomst die daadwerkelijk door dit mechanisme ten laste worden genomen, niet meer aangepast aan de stijgende kosten van levensonderhoud. **Vanaf 2017**, zullen de 6 MAF-plafonds (350, 450, 650, 1.000, 1.400 en 1.800 euro), de inkomens-MAF, de sociale MAF, MAF voor kinderen jonger dan 19 jaar en MAF voor chronisch zieken voortaan dus worden geïndexeerd volgens de gezondheidsindex van de maand juni.

Deze indexering van MAF-plafonds zal 14 miljoen aan besparingen genereren omdat minder patiënten de betreffende plafonds zullen bereiken en er dus minder patiënten in aanmerking zullen komen om te genieten van de MAF-maatregel.

[m. Versnelde impact van veranderingen van de gezinssituatie in het kader van de verhoogde tegemoetkoming \(9,5 miljoen\)](#)

Het kabinet voorziet ook de beëindiging van het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor een gezin dat hier geen recht meer op heeft als gevolg van een gewijzigde gezinssamenstelling. Deze beëindiging van dit recht vindt plaats op de laatste dag van het eerste trimester dat volgt op de vaststelling van deze gewijzigde situatie. Momenteel wordt dit recht pas stopgezet aan het einde van het tweede trimester. Hoewel deze zuiver administratieve maatregel de voorkeur krijgt op andere, pijnlijkere maatregelen, neemt dat niet weg dat dit een besparing blijft ten koste van de patiënt.

3. Conclusie

In 2017 bevestigde de federale regering dat ze koos voor de strikte begrotingsdiscipline en dat de sociale zekerheid haar bevoorrechte variabele was in termen van de aanpassing van het begrotingstekort. Van de 2,4 miljard euro aan bijkomende begrotingsconsolidaties die het Monitoringcomité²² in 2017 nodig achtte voor de Federale Staat om de doelstellingen van het Europese stabiliteitsprogramma na te leven, heeft 1,2 miljard betrekking op de Sociale Zekerheid. En als de meest consequente sector, werd de gezondheidszorg het zwaarst getroffen: het recente begrotingsconclaaf heeft geleid tot maatregelen die gericht zijn op lineaire besparingen op de begroting voor gezondheidszorg van 2017 voor een totaal van 902 miljoen.

De gedetailleerde studie van de besparingen die in dit kader (cfr. 2.3.) door de regering zijn opgelegd, toont aan dat er werd geprobeerd om intensief "in de kosten te snijden". De erelonen van alle zorgverleners incasseren een schrapping met tweederde van hun indexmassa, waardoor ze een indexering van 0,83% overhouden. Voor tal van sectoren, zoals ziekenhuizen, openbare apotheken, forfaitaire centra op de eerste lijn, zijn de inspanningen die door de regering worden geëist aanzienlijk en over het algemeen willekeurig en lineair in plaats van structureel, en zorgen ze voor weinig extra efficiëntie en kwaliteit van de verstrekte zorgen. Het Regeerakkoord, dat sprak over de ontwikkeling van de multidisciplinaire aanpak van de eerste lijn, over de ontwikkeling van de geestelijke

²¹ Verzekeringscomité, NOTULEN VAN DE VERGADERING VAN 3 OKTOBER 2016 pg 15 en 2016/15 NOTULEN VAN DE VERGADERING VAN 24 OKTOBER 2016, pg 19.

²² Monitoringcomité - Rapport van 18 juli 2016.

gezondheid en de vermindering van gezondheidsongelijkheid, lijkt onttroond door de begrotingseisen²³.

In de “farmaceutische” sector, lijken de besparingen die voornamelijk worden gedaan op geneesmiddelen “zonder patent” niet meer voldoende om de kosten te dekken, gecreëerd door de terugbetaling van geneesmiddelen met patent (voornamelijk de geneesmiddelen uit “artikel 81”).

Bovendien wordt de patiënt verre van beschermd tegen de impact van deze besparingen voor “2017” omdat een reeks maatregelen rechtstreeks de terugbetalingen verminderen, waaronder maatregelen inzake antibiotica, nasale corticosteroiden of de indexering van de MAF-plafonds.

Maar het is voornamelijk door de mogelijkheid van een opzegging van de akkoorden en overeenkomsten tussen mutualiteiten en zorgverleners die de tariefzekerheid van patiënten verzekeren, dat de Belgische burger het risico loopt om, op lange termijn, het zwaarst te worden getroffen door de bezuinigingsmaatregelen voor 2017 in de gezondheidszorg en door de evoluties die ze teweegbrengen. Dankzij een clause die voorziet dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen kan worden verbroken in het geval van eenzijdige bijkomende besparingen door de regering, hebben de vakbonden van de artsen aangekondigd dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen voor 2016 en 2017 nu wordt beschouwd als “volgens de wet ontbonden”. Voor de BVAS “doet de regering alle moeite om blindelings te besparen en moet ze daar nu de gevolgen van dragen”. Bij de tandartsen, waar de laatste overeenkomst slechts geldig was voor 2016, is er momenteel dus geen akkoord meer. En op het moment dat dit artikel werd gefinaliseerd, is het de beurt aan de kinesitherapeuten om het principe van de overeenkomsten in vraag te stellen. Het nieuwe voorstel tot een overeenkomst, dat op 16/01/2017 aan het Verzekeringscomité van het RIZIV is voorgelegd, werd dus nog niet aangenomen. Als minder dan 60% van de kinesitherapeuten besluit om deze overeenkomst niet individueel te volgen, zal ze ook niet van kracht worden en is het aan de patiënt alleen om de revalorisatie van de erelonen die de kinesitherapeuten beogen, te dragen.

Gelukkig is de tariefzekerheid voor de andere zorgverleners (verpleegkundigen, vroedvrouwen, logopedisten, bandagisten, ...) nog steeds gegarandeerd omdat er overeenkomsten zijn afgesloten. Maar, met uitzicht op deze crisis van het model van “overeenkomsten en akkoorden” die zijn afgesproken met betrekking tot de tarieven in de belangrijke disciplines van onze gezondheidszorg, spreken enkele actoren op het terrein al over de dood van het systeem en gebieden ze de mutualiteiten om afstand te doen van de “eerste pijler”, namelijk een ziekte-

verzekering die solidair wordt gefinancierd en iedereen beschermt, met als doel een “tweede pijler” op te richten, door fondsen te werven bij hun leden om meer aanvullende verzekeringen te ontwikkelen²⁴. Maar is het voor de mutualiteiten echt mogelijk om de solidaire fondsen op te heffen? Ze spelen hier inderdaad op hetzelfde terrein als de private verzekeringen met alle afwijkingen die dit met zich mee kan brengen. En hoewel de overheidsfinanciën zullen worden verminderd door de ontwikkeling van deze “tweede pijler”, zal dit niet het geval zijn voor de burgers. Zij zullen dan niet alleen de behoeften moeten financieren die momenteel solidair worden gedekt door de eerste pijler, ze zullen ook individueel, moeten sparen om deze nieuwe aanvullende of facultatieve verzekeringen te kunnen afsluiten. De weg naar privatisering en commercialisering van de zorgsector wordt steeds meer merkbaar.

Een ander vrij verontrustend punt heeft betrekking op de methodologische validiteit van verschillende besparingen voor “2017”. Veel van deze besparingen lijken inderdaad erg optimistisch en de doorgegeven elementen zijn onvoldoende om hun haalbaarheid in de praktijk te evalueren. In haar rapport over de federale begroting voor 2017, maakt het Rekenhof zich ook zorgen. Volgens haar zijn bepaalde maatregelen die door de Zweedse coalitie worden genomen onvoldoende gerechtvaardigd, met name op het gebied van sociale zekerheid. Het Rekenhof bevestigt dat ze voor verschillende maatregelen “niet beschikt over berekeningshypothese of voldoende ondersteunende hypothesen die dit aangekondigde bedrag rechtvaardigen”. Andere maatregelen “worden overschat” terwijl nog andere besparingen “leiden tot een toename van de kosten in een andere sector”. Het rapport vermeldt bijvoorbeeld specifiek de besparingsmaatregelen voor medische beeldvorming en klinische biologie, voor een bedrag van 30 miljoen euro, waarvoor geen enkel detail kon worden verstrekt²⁵. We kunnen ons dus afvragen of al deze maatregelen op lange termijn wel houdbaar zullen zijn. Of als de 902 miljoen aan besparingen die door de regering worden opgelegd, niet worden behaald, is de stortvloed aan besparingen in de gezondheidszorg misschien nog niet voorbij.

Naast de “budgettaire” vaststellingen voor 2017 zoals hierboven samengevat, bevestigt de Begroting 2017, vanuit het perspectief “governance” van onze sociale instellingen, de waargenomen tendens die in 2015 en 2016, namelijk de afzwakking van het besluitvormingsvermogen van de sociale partners ten gunste van de regering.

Tot slot kunnen we ons afvragen of de regering niet van plan is om onze sociale zekerheid, oorspronkelijk van het type “Bismarck” om te vormen tot een liberale sociale zekerheid, geïnspireerd op de Angelsaksische landen, mogelijk vergezeld

²³ Regeerakkoord - 2014 - vanaf pg 58.

²⁴ Kamer van Volksvertegenwoordigers, integraal verslag, Commissie van sociale zaken, 13-01-2017, am, pg 31.

²⁵ *Le soir* - 6-12-2016

van de privatisering van een groot deel van de sociale behoeften en de verzwakking van de sociale partners ten gunste van de regering. We moeten ons echter realiseren dat in dit kader van liberale gedachten, de sociale zekerheid over het algemeen niet in de eerste plaats is opgericht als een instrument voor solidariteit en sociale samenhang, een pijler van ons sociaal-economisch model die crisissen en sociaal-economische schokken afremt of een antwoord op sociale behoeften. De sociale zekerheid wordt over het algemeen eerst gezien als een belemmering en een valkuil voor de werkgelegenheid en het concurrentievermogen²⁶. Naast de budgettaire logica, die de voorbije jaren voor veel spelers in de eerste plaats bepalend was voor de opmaak van de begroting gezondheidszorg, is het legitiem om ons vandaag af te vragen of er niet nog een andere, meer politieke logica is die op de achtergrond van deze begrotingen aan het werk is en vormgeeft aan een diepgaande paradigmaverschuiving in onze sociale instellingen.

CM is er altijd van overtuigd geweest dat het Belgische gezondheidszorgsysteem doeltreffender kan werken en bepaalde verspillingen kunnen worden aangepakt door constructieve en coherente besparingsvoorstellen uit te werken. En dit veel eerder dan te gokken op het herstel van de economische groei om de staatskas terug aan te vullen, wat, in deze periode van ecologische uitdagingen, eerder wishful thinking lijkt. We zullen ook onze rol blijven spelen om de financieringswijzen, de transparantie van prijzen en tarieven en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren opdat de financiële middelen efficiënt worden gebruikt en worden geïnvesteerd in de aanpassing van ons zorgsysteem aan de toekomstige uitdagingen.

De doeltreffendheid van de gezondheidszorg verhogen is niet alleen een kwestie van budgetbeheer. We zullen ook moeten praten over het aanbod van de instellingen en de zorgverleners, over de afstemming ervan op de behoeften om overconsumptie te vermijden en dus over een meer nauwkeurigere programmering. We moeten samen met de zorgverleners ook te behalen doelstellingen voor de volksgezondheid en individuele doelstellingen definiëren en dit geleidelijk aan en met aandacht en respect voor de beschikbare solidaire middelen. Het zal ook van vitaal belang zijn om de universiteiten uit te nodigen om in de opleidingsprogramma's een sterke sensibilisatie te integreren over de werking van het systeem, door het te behouden en door hiervoor een erkende en verantwoordelijke speler te zijn. Er zijn nog andere elementen die deel uitmaken van dit optimaal beheer van solidaire middelen: een kwaliteitsvolle aanpak en transparantie over de correcte financiering van verstrekkingen, ...

Al deze elementen moeten het voorwerp zijn van maatregelen die zijn genomen in overeenstemming met de vertegenwoordigers van de gezondheidsactoren, en dit om te streven naar een gezamenlijke doelstelling: het behoud van een krachtig en solidair ziekteverzekeringssysteem dat patiënten in staat stelt om op een optimale manier voor zichzelf te zorgen. In het belang van de patiënt en meer in het algemeen, van alle burgers, moeten deze ontwikkelingen plaatsvinden zonder afbreuk te doen aan het fundament van ons sociaal systeem, namelijk solidariteit. CM zal dus alles in het werk stellen om de eigen waarden van ons op kwaliteit gericht gezondheidssysteem, dat voor iedereen toegankelijk is en solidair wordt gefinancierd, te behouden en we zullen blijven inzetten op overleg met alle actoren voor het voeren van het gezondheidsbeleid.

²⁶ P. Vielle. Université de Louvain- Kamer van Volksvertegenwoordigers-Commissie van sociale zaken-Vrijdag 13 januari 2017.

CM ziekenhuisbarometer 2016

Fabienne van Sloten (R&D) & Muriel Wantier (MC Assure)

Samenvatting

Recent publiceerden we de nieuwste editie van de ziekenhuisbarometer waarin we de facturen van 2015 analyseerden. We zien voornamelijk dat de totale massa ereloonsupplementen opnieuw gestegen is en dat meerdere ziekenhuizen hun maximale plafonds ereloonsupplementen hebben opgetrokken. Ook andere actuele tendensen in het ziekenhuislandschap vertalen zich stapsgewijs in de ziekenhuisfactuur en naar de patiënt. Dit artikel voorziet een samenvatting van de studie en enkele bijkomende commentaren, maar herneemt niet de volledige studie zoals gepubliceerd op onze website.¹

Sleutelwoorden: Ziekenhuizen, factuur, patiënt, kosten, toegankelijkheid

1. Opzet en context van de studie

Zoals de voorbije twaalf jaar publiceerde CM ook eind 2016 een analyse van de patiëntenfactuur in het ziekenhuis. We baseren ons hierbij op de resultaten van de ongeveer 1,4 miljoen facturen die we gedurende 2015 hebben ontvangen.

Met deze analyse beogen we een betere financiële bescherming van de patiënt bij een ziekenhuisopname. Hiertoe bestuderen we de trends in de verschillende kostencategorieën ten laste van de patiënt en formuleren we een reeks aanbevelingen ten aanzien van de beleidsmakers en tips voor de patiënt. In onze studie geven we de globale resultaten van de sector weer en de top-10 lijsten met de duurste en goedkoopste ziekenhuizen. Op onze website vindt u ook een module met mediane resultaten per ziekenhuis en per dienst.²

België heeft een moderne gezondheidszorg en een vooruitstrevende ziekteverzekering. Toch blijken er zowel wat de patiëntenfactuur als wat de zorgkwaliteit betreft, grote verschillen te bestaan tussen de ziekenhuizen. De pathologie of andere specifieke kenmerken van de patiënt kunnen deze verschillen niet verklaren. Wat betreft de patiëntenfactuur zijn de verschillen voornamelijk het gevolg van een verschillend beleid per ziekenhuis inzake kamer- en ereloonsupplementen. De ziekenhuisbarometer spreekt zich echter niet uit over de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen of de verhouding tussen

prijs en kwaliteit. Het onderzoek gaat enkel over de financiële toegankelijkheid van een ziekenhuisverblijf. Er bestaan reeds verschillende studies van CM, het Intermutualistisch Agentschap en andere organisaties waarin er naar gestreefd wordt de kwaliteit in de ziekenhuizen te meten en waar mogelijk te vergelijken. Kwaliteitsmeting wordt naar de toekomst toe een steeds belangrijker aspect van onze werking als 'gezondheidsfonds'. We moeten onze leden over verschillende aspecten in de gezondheidszorg kunnen informeren en doorheen het gezondheidszorglandschap kunnen gidsen.

De afschaffing van de ereloonsupplementen op medische prestaties in tweepersoonskamers en meerpersoonskamers (hierna 'gemeenschappelijke kamer(s)') in het dagziekenhuis vanaf 27 augustus 2015 vormt bij uitstek de belangrijkste evolutie voor de patiëntenfactuur in het ziekenhuis. Een ziekenhuisarts kan dus enkel ereloonsupplementen aanrekenen wanneer de patiënt voor een eenpersoonskamer kiest.

Minister De Block heeft aangekondigd dat ze in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering komaf wil maken met ereloonsupplementen. Dit wordt echter een moeilijke opgave in het huidige kader van besparingen, waarin de artsen en ziekenhuizen reeds een reeks inspanningen opgelegd worden. De ereloonsupplementen maken immers een aanzienlijk aandeel uit van de financiering van de ziekenhuizen en de artsen. Hierbij noteren we in de kantlijn dat de druk die voortkomt uit de financieringsnoden zowel het gevolg kan zijn

¹ www.cm.be/actueel/onderzoeken/ziekenhuisbarometer-2016/index.jsp

² www.cm.be/wat-te-doen-bij/hospitalisatie/opname/vergelijking-ziekenhuistarieven/index.jsp

van de onderfinanciering en suboptimale verdelingsregels van de beschikbare middelen als van een (soms buitensporige) drang tot investering en aanbouditbouw.

Het al dan niet opzeggen van het Medicomut-akkoord³, zoals aangekondigd in de media, heeft geen directe invloed op de ereloonsupplementen boven de tarieven bij een ziekenhuisopname. Deze supplementen bij opname zijn immers onderworpen aan een in de wet verankerde regelgeving. Het heeft echter wel een invloed op de ambulante zorg die vaak aan een opname vooraf gaat, zoals de raadpleging, en waar de patiënt na opname eventueel verder wordt opgevolgd. De Verzekeringsinstellingen weten onvoldoende wat er bovenop de wettelijke tarieven in de ambulante zorg werkelijk wordt aangerekend. Door dit gebrek aan transparantie in de ambulante zorg, bestaat er inzake de toegankelijkheid tot deze zorg geen overzicht voor de pijnpunten en evoluties.

2. Beknopt overzicht van de gehanteerde methodologie

De CM barometer is een jaarlijkse studie waarin we onze ziekenhuisfacturen van het voorgaande jaar analyseren. De ziekenhuizen ontvangen voorafgaand aan de publicatie hun individuele resultaten en krijgen de kans te reageren en de nodige correcties aan te brengen. Aan de hand van hun opmerkingen trachten we ook steeds onze methodologie verder op punt te stellen om tot een zo correct mogelijke meting van de gaande evoluties te komen.

Het onderzoek gebeurde op basis van opnames met overnachting (klassieke hospitalisatie) en zonder overnachting (in dagziekenhuis) in 2015. Uitzonderlijke lange of extreem dure opnames zijn weggefilterd. Voor het klassiek ziekenhuis weerhouden we bovendien enkel de opnames die in één enkele dienst plaatsvonden (opname en ontslag in dezelfde dienst). Bij het weergeven van de tarieven maken we onderscheid tussen de verschillende diensten en kamertypes.

Voor elke geselecteerde dienst of geselecteerde behandeling berekenen we per kamertype het gemiddelde voor de verschillende rubrieken van de patiëntenfactuur en voor elk ziekenhuis:

- **Ereloonsupplementen** in procent van het officieel tarief (zie hieronder)
- **Materiaalsupplementen** in procent van het officieel tarief (zie hieronder) voor klassieke hospitalisatie en in euro voor het dagziekenhuis
- **Niet-terugbetaalde geneesmiddelen** voor klassieke hospi-

talitatie en alle geneesmiddelen voor het dagziekenhuis (in euro)

- **Diverse kosten:** MUG-vervoerskosten en codes 960xxx (960083, niet-terugbetaalde prestaties, inbegrepen) behalve 960245, niet-vergoedbare implantaten (in euro)
- **Kamersupplementen** in euro per dag

We geven echter alleen de gemiddelde waarden van een ziekenhuis voor een bepaald stratum (een combinatie van een dienst of behandeling en kamertype) indien er voor dat ziekenhuis minstens 10 opnames in onze datagegevens geregistreerd werden, die passen in het betrokken stratum.

‘In procent van het officieel tarief’ betekent dat we de verhouding nemen van het gevraagde supplement, gedeeld door de som van het terugbetaalde bedrag en het remgeld. Op die manier houden we rekening met de zwaarte van de ingreep, aan de hand van de officiële tarieven, en worden honorarium- en kamersupplementen vergelijkbaar. Bijvoorbeeld: het gevraagde supplement bij een operatie bedraagt 250 euro en het officiële tarief bedraagt ook 250 euro, dan betekent dit een supplement van 100 procent. Eenzelfde supplement bij een ingreep van (officieel) 1.000 euro staat voor slechts 25 procent supplement.

Onze resultaten per ziekenhuis tonen ook de volgende gemiddelde bedragen in euro:

- Remgeld
- Supplementen
- Totale patiëntenfactuur
- Alle bedragen in deze studie zijn weergegeven in reële termen. De vermelde variatie door groei of daling is dus reëel en niet het gevolg van inflatie.

3. Resultaten CM barometer 2016

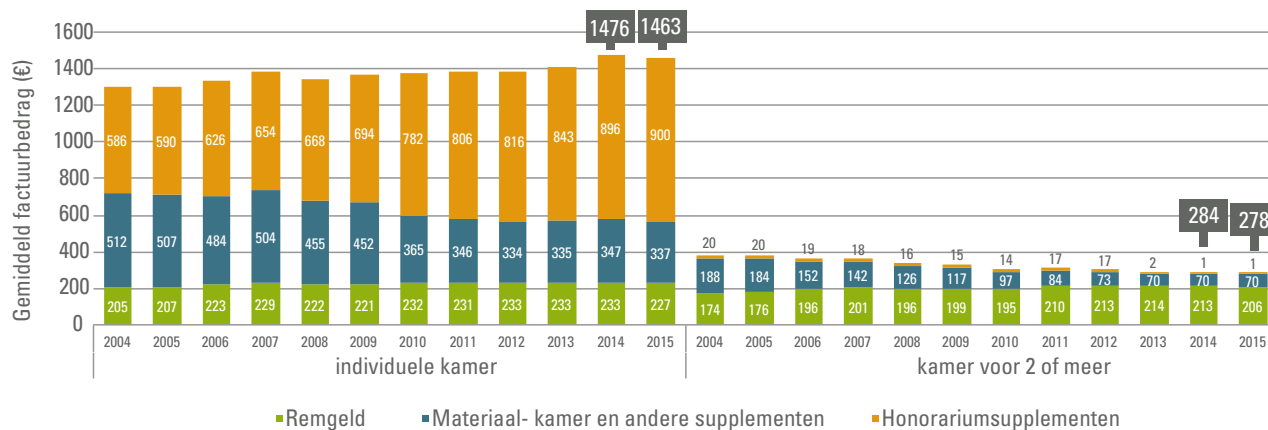
3.1. Gemiddelde factuur

De klassieke hospitalisatie

- De gemiddelde factuur voor een klassieke opname (alle kamers) werd 1% goedkoper en staat in 2015 op een gemiddeld bedrag van 555 euro.
 - Een eenpersoonskamer werd in 2015 eveneens 1% goedkoper. Deze gemiddelde factuur daalde van 1.476 euro in 2014 tot 1.463 euro in 2015.
 - De gemeenschappelijke kamers werden in 2015 2% goedkoper. De gemiddelde factuur daalde van 284 euro in 2014 tot 278 euro in 2015.

3 De Medicomut is een afkorting voor de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Hier wordt jaarlijks of tweejaarlijks een akkoord opgesteld als kader voor de tarieven en samenwerking.

Figuur 1: Evolutie van de gemiddelde patiëntenfactuur bij een opname met overnachting, per kamertype, 2015



- Het verschil tussen een eenpersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer bedraagt aldus een vijfvoud.

In figuur 1 zien we de evolutie van de factuur bij opname met overnachting sinds 2004. Terwijl de gemeenschappelijke kamer goedkoper is geworden, is de factuur voor een eenpersoonskamer doorheen de jaren gestegen. De lichte daling in 2015 van de gemiddelde factuur van de eenpersoonskamer kan mogelijk verklaard worden door de kortere ligduur van patiënten in het ziekenhuis, maar maakt geen tendens uit zolang deze niet is bevestigd door volgende edities van de CM barometer.

De kloof tussen de gemiddelde factuur van de verschillende kamertypes wordt in grote mate beïnvloed door de kamer- en ereloon-supplementen, die we in de volgende punten bespreken.

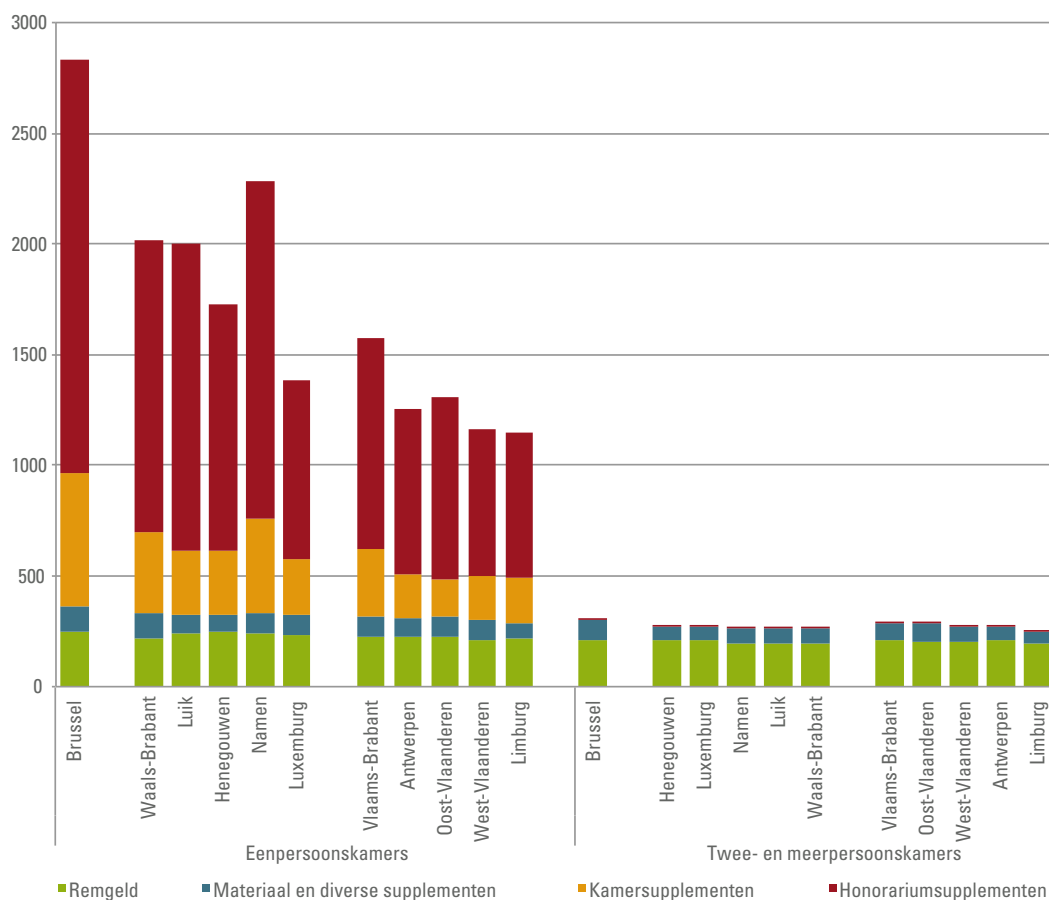
We merken grote verschillen op tussen de gemiddelde facturen voor een ziekenhuisopname met overnachting in de verschillende provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Met name Brussel steekt ver boven de andere provincies uit. Terwijl we kunnen spreken van een gelijkaardige toegankelijkheid tot een gemeenschappelijke kamer in heel België, geldt hetzelfde niet voor de eenpersoonskamer. Buiten Brussel om, zien we ook dat er een gemiddeld hogere factuur is voor de eenpersoonskamer in Wallonië (zie figuur 2).

In twee jaar tijd, na de totstandkoming van het CHU UCL Namur (het ziekenhuis van Mont-Godine, het ziekenhuiscentrum van Dinant en de kliniek en materniteit Ste. Elisabeth zijn gefusioneerd), is de provincie Namen de duurste Waalse provincie geworden, gevolgd door Waals-Brabant. In Vlaanderen zit Vlaams-Brabant het hoogst met twee ziekenhuizen die de concurrentiële druk van Brussel ondervinden (RZ Sint Maria in Halle en AZ Jan Portaels, Vilvoorde).

Uitzonderingen op kamer- en ereloon-supplementen in de eenpersoonskamer

Een aantal uitzonderingen in de wet bepalen dat je niet altijd een kamer- of ereloon-supplement moet betalen op een eenpersoonskamer. Het gaat over situaties waarin je gezondheidstoestand of je behandeling vereisen dat je alleen ligt, over de opname op de spoedafdeling of de eenheid intensieve zorg of wanneer je bij gebrek aan gemeenschappelijke kamers op een eenpersoonskamer moet verblijven. Een ziekenhuis kan geen kamersupplement vragen wanneer een kind wordt opgenomen en met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft. De artsen kunnen in de genoemde situatie wel nog ereloon-supplementen vragen, als je als ouder uitdrukkelijk kiest voor de opname in een individuele kamer op het opnameformulier én op voorwaarde dat er voldoende ruimtes in het ziekenhuis worden voorzien waar ouder en kind samen kunnen verblijven wanneer ze geen ereloon-supplementen wensen te betalen.

Figuur 2: Evolutie per provincie van de gemiddelde patiëntenfactuur bij een opname met overnachting, per kamertype, 2015



De dagopname

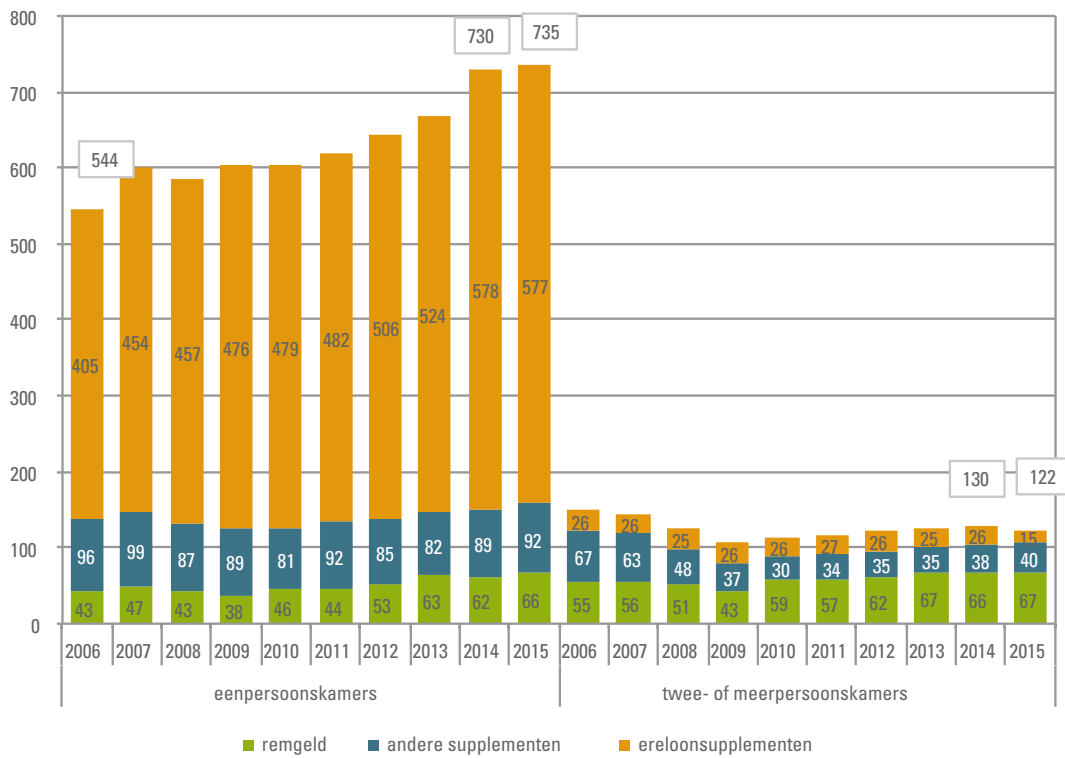
- De gemiddelde factuur voor een dagopname (alle kamers) werd daarentegen duurder: +4 procent voor chirurgische ingrepen en +13 procent voor niet-chirurgische ingrepen. Hiermee komt de gemiddelde patiëntenfactuur (alle kamers) voor het chirurgisch dagziekenhuis op 170 euro en voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis op 41 euro.
 - Er is enkel sprake van een kostenstijging in de eenpersoonskamers. De gemiddelde factuur steeg voor de chirurgische ingrepen in een eenpersoonskamer met 1% van 730 euro in 2014 naar 735 euro in 2015. De gemiddelde factuur voor de niet-chirurgische ingrepen in een eenpersoonskamer steeg met 2% van 427 euro in 2014 naar 437 euro in 2015.
 - De gemiddelde prijs daalt wat betreft de kamers voor twee of meer personen (-6% en -1%). Hiermee daalt de gemiddelde factuur voor chirurgische ingrepen in een gemeenschappelijke kamer van 130 euro in 2014 naar 122 euro in 2015. Voor niet-chirurgische ingrepen in een gemeenschappelijke kamer zien we een verwaarloosbare daling van 24,99 euro in 2014 naar 24,79 euro in 2015.
 - De factuur in een eenpersoonskamer voor chirurgische

ingrepen bedraagt aldus een zesvoud van de factuur in twee- of meerpersoonskamers. Het verschil tussen de eenpersoonskamers en de gemeenschappelijke kamers voor niet-chirurgische ingrepen bedraagt een vijfvoud.

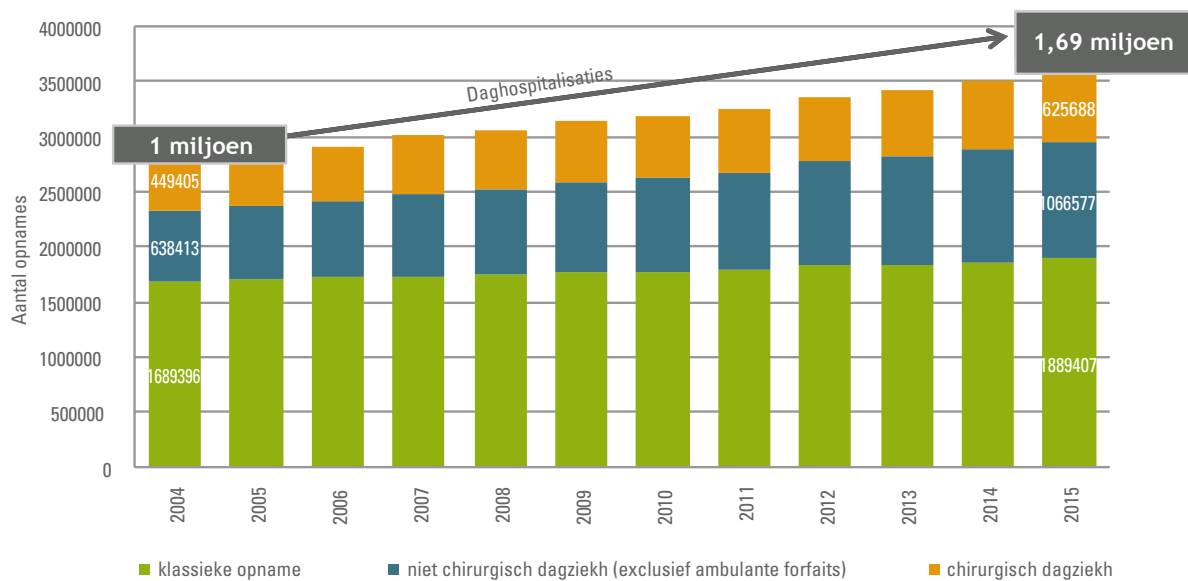
De evolutie van de factuur in het dagziekenhuis vertoont normaal gelijkenissen met deze in het klassiek ziekenhuis (zie figuur 3), maar de laatste jaren treedt er een afwijkende trend op. Daar waar in het klassieke ziekenhuis de prijs globaal daalt, stellen we in het chirurgisch dagziekenhuis een gemiddelde stijging vast in de gemiddelde patiëntenfactuur, alle kamers samengeteld. Deze algemene stijging is het gevolg van een hogere gemiddelde factuur in de eenpersoonskamers, ondanks de gedaalde gemiddelde factuur in de gemeenschappelijke kamers.

Deze stijging kan mede verklaard worden door de verschuiving van verschillende ingrepen en behandelingen van het klassiek ziekenhuis naar het dagziekenhuis. Bijna de helft van het totaal aantal opnames (47%) zijn momenteel dagopnames en dit neemt gestaag toe (+2% ten opzichte van 2014). In figuur 4 zien we dat het aantal opnames met overnachting niettemin blijft toenemen.

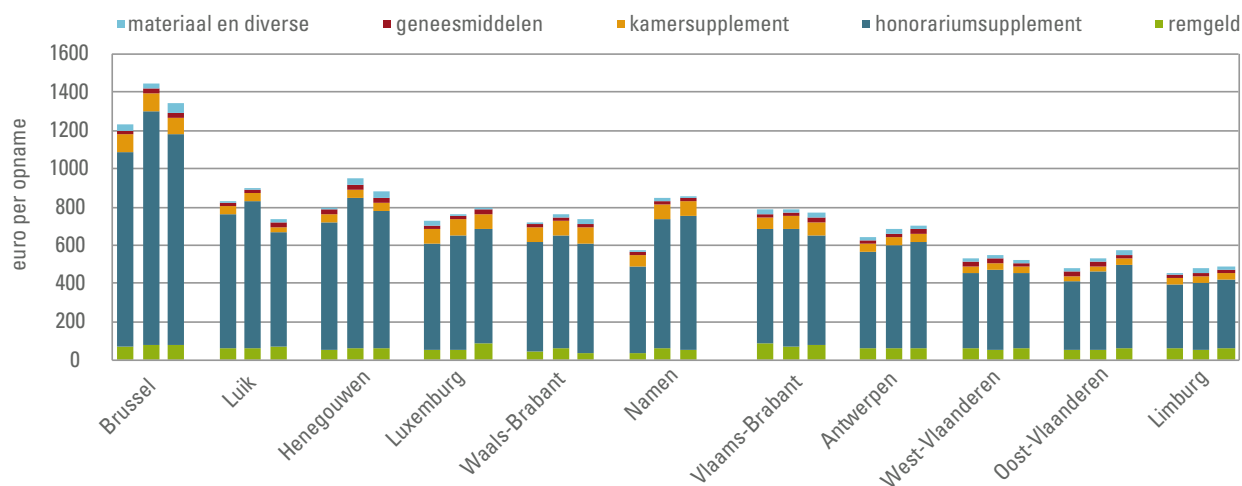
Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde patiëntenfactuur in het chirurgisch dagziekenhuis, per kamertype, 2006-2015



Figuur 4: Evolutie aantal ziekenhuisopnames (extrapolatie)



Figuur 5: Evolutie per provincie van de gemiddelde patiëntenfactuur in het chirurgisch dagziekenhuis, eenpersoonskamers, 2015



De huidige trend houdt dus een belangrijke ontwikkeling van de dagopname in. Dit type opname is immers minder belastend voor de maatschappij en comfortabeler voor de patiënt, die sneller terug naar huis kan gaan. Als we naar internationale statistieken kijken, bevestigen die de tendens richting een verdere toename van dit type opname. Dit heeft niet alleen te maken met het feit dat bestaande behandelingen minder zwaar worden door de verbeterde technieken (bijvoorbeeld operaties via kijkbuis), ook komen er nieuwe vormen van behandeling bij waarvoor geen overnachting vereist is (vb. nieuwe geneesmiddelen voor chemotherapie bij kanker).

Net als bij de klassieke hospitalisatie, zien we ook in het chirurgisch dagziekenhuis dat de toegankelijkheid tot een eenpersoonskamer varieert tussen de verschillende provincies en stellen we regionale verschillen vast (zie figuur 5).

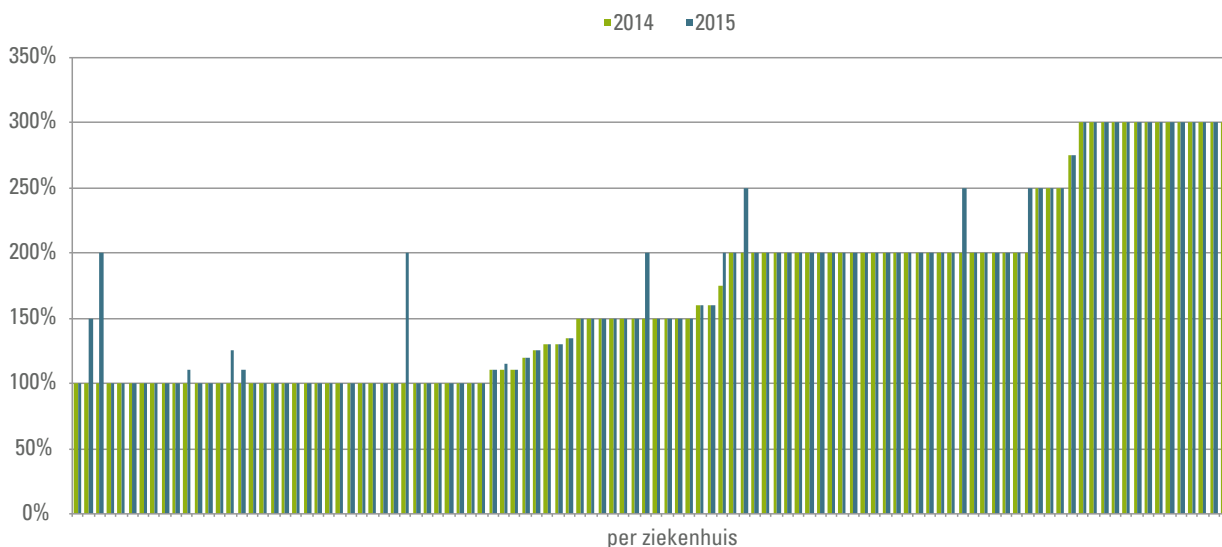
3.2. Ereloonsupplementen

- De totale massa aangerekende ereloonsupplementen in eenpersoonskamers is gestegen met 4%. Dit ligt in de lijn met de gemiddelde stijging van 5% per jaar van de afgelopen jaren.

- Deze toename volgt voornamelijk uit het systematischer aanrekenen van supplementen op technische prestaties. Dit zijn prestaties waarbij de patiënt de arts niet ziet. Ter illustratie: in 2015 steeg de globale massa ereloonsupplementen op klinische biologie verder met 17%, op anatomopathologie met 16,5% en op de prestaties medische beeldvorming door connexisme⁴ met 13,9%.
- In het klassiek ziekenhuis steeg het gemiddeld aangerekend bedrag ereloonsupplementen in eenpersoonskamers met 1% in 2015. Deze trend onderscheidt zich van de jaarlijkse 3,4% groei die we de afgelopen 14 jaar gezien hebben. Desalniettemin, zien we dat op tien jaar tijd, de groei 4% bedroeg.
- 12 ziekenhuizen hebben het maximaal percentage ereloon-supplementen in eenpersoonskamers verhoogd: bij 7 van de 12 ziekenhuizen gaat het om een verhoging van 50 tot 100%.
- Bij 23 ziekenhuizen nam het gemiddeld ereloon-supplement met meer dan 10% toe ten opzichte van 2014.
- In 2015 waren er 32 ziekenhuizen waarin op medische prestaties maximaal 100% ereloonsupplementen konden worden aangerekend, ten opzichte van 38 ziekenhuizen in 2014.
- In 14 ziekenhuizen stond het maximum plafond ereloon-supplementen in 2015 op 300%.
- In 2015 vertegenwoordigden deze ereloonsupplementen in de factuur voor een klassieke hospitalisatie in een eenpersoonskamer 900 euro van het factuurtotaal van 1463 euro.

⁴ Connexisme is de mogelijkheid om sommige onderzoeken of behandelingen uit een ander specialisme zelf uit te voeren wanneer dat gebeurt met het oog op de eigen specialistische diagnosestelling of behandeling van de patiënt: bijvoorbeeld beeldvorming van de buik door een specialist in maag- en darmziekten. (Bron definitie: www.deblock.belgium.be)

Figuur 6: Maximale ereloonsupplementen per ziekenhuis, 2014 vergeleken met 2015



De ereloonsupplementen op medische prestaties bij klassieke opname in een twee- of meerpersoonskamer werden reeds verboden op 1 januari 2013, terwijl er sinds 1 januari 2010 al een algemeen verbod bestaat voor kamersupplementen op twee- of meerpersoonskamers. Vanaf 27 augustus 2015 zijn alle ereloonsupplementen op twee- of meerpersoonskamers verboden. De tariefzekerheid voor patiënten in kamers voor twee of meer personen is dus momenteel gegarandeerd. De situatie in eenpersoonskamers is echter een heel ander verhaal.

Deze ereloonsupplementen kunnen oplopen tot het vastgelegd maximaal toegelaten plafond in het betrokken ziekenhuis, dat is het maximum dat elk ziekenhuis met zijn artsen afspreekt. Dit maximum staat in de opnameverklaring die elke patiënt ter ondertekening ten laatste bij het begin van de opname krijgt voorgelegd, en is uitgedrukt in procent van het officieel tarief per prestatie.⁵ Een arts kan er eveneens voor kiezen om geen of minder ereloonsupplementen te vragen dan dit maximumplafond hem toelaat. De patiënt houdt best altijd in eerste instantie rekening met het maximaal percentage, aangezien een gemiddelde geen garanties biedt over wat de specialisten in een specifieke situatie als ereloonsupplement zullen aanrekenen. De patiënt met hospitalisatieverzekering vergelijkt dit maximaal plafond idealiter met de mate waarin de hospitalisatieverzekering ereloonsupplementen dekt, om niet onverwacht nog voor een onaangename verrassing te komen

staan. Helaas bereiken ons ieder jaar verhalen over patiënten die gekozen hadden voor een eenpersoonskamer en hier volledig zelf voor moesten instaan, doordat ze niet beseften dat dit niet gedekt wordt door de Verplichte Ziekteverzekering of hun hospitalisatieverzekering. In sommige gevallen ervaart de patiënt ook beïnvloeding of zelfs druk om voor een verblijf op een eenpersoonskamer te kiezen op het opnameformulier. Zo zou de keuze voor een eenpersoonskamer reeds meermaals als voorwaarde voorgehouden zijn, om door een specifieke arts te worden behandeld.

We zien op figuur 6 dat verschillende ziekenhuizen hun maximale percentages tussen 2014 en 2015 hebben opgetrokken.

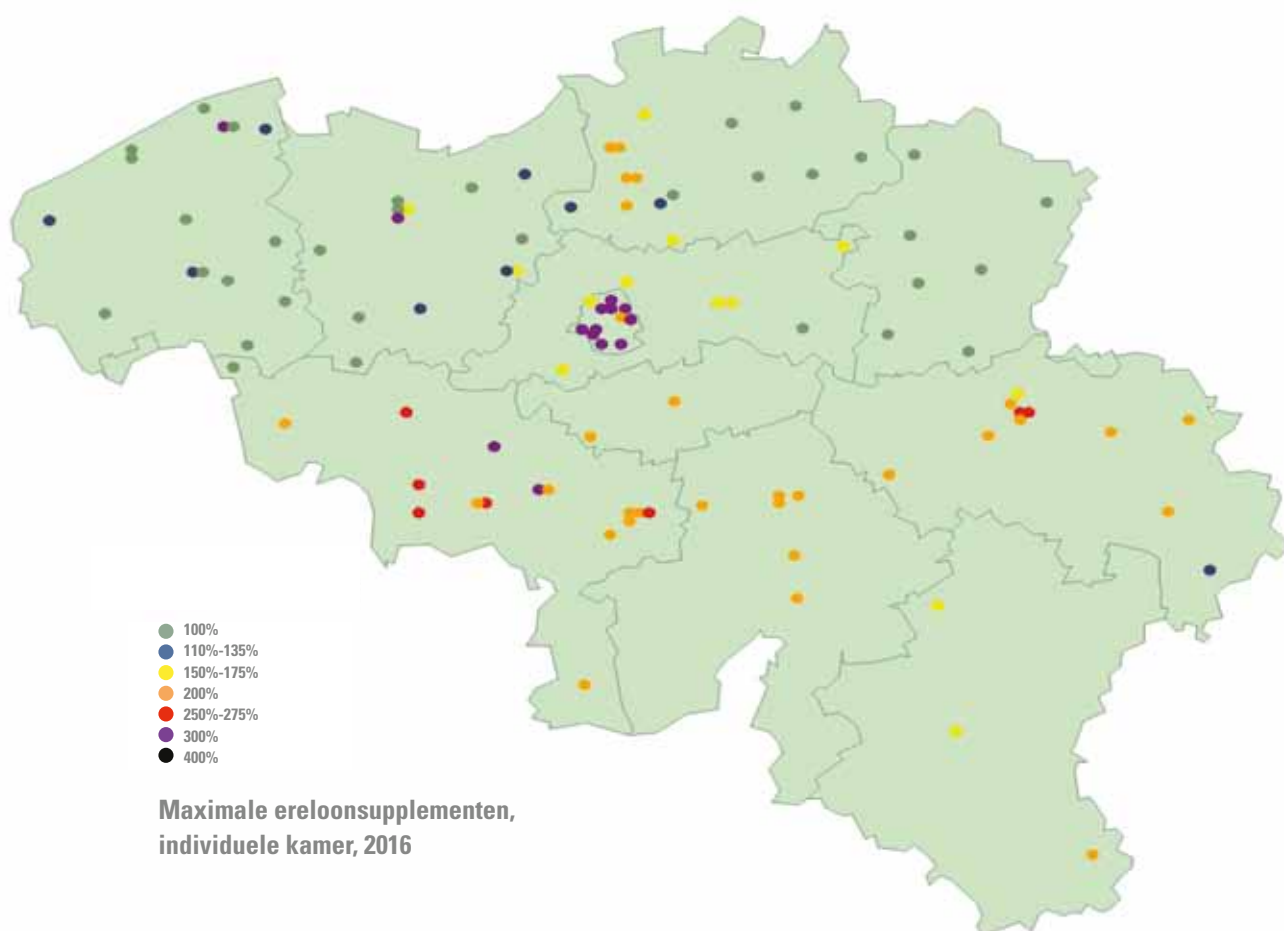
⁵ Het officieel tarief is gelijk aan de som van de RIZIV-vergoeding plus het persoonlijk aandeel van de patiënt voor de betreffende prestatie.

Op onderstaande kaart (figuur 7) geven we ook een stand van zaken voor 2016 weer van de maximale ereloonsupplementen, zoals gekend in november 2016. Rond de jaarwisseling hebben echter verschillende ziekenhuizen hun plafonds opgetrokken. De stippen voor ziekenhuizen met ereloonsupplementen hoger dan 100% lijken zich te groeperen. Een vergelijking met vorige jaren toont het 'spill-over' effect dat de verhoging van de ereloonsupplementen in één ziekenhuis teweeg brengt. De naburige ziekenhuizen zullen immers niet willen riskeren hun artsen aan een financieel interessanter werkgever-ziekenhuis kwijt te spelen. Evenmin willen naburige ziekenhuizen dat een ziekenhuis erin slaagt patiënten weg te lokken, doordat ze aan de hand van hogere ereloonsupplementen duurdere technologie of infrastructuur kunnen inzetten.

De gemiddeld aangerekende ereloonsupplementen liggen een stuk onder het maximaal percentage, omdat ze berekend worden ten opzichte van de officiële tarieven van alle medische prestaties tijdens de opname in een eenpersoonskamer. De ereloonsupplementen worden in praktijk immers in de eerste

plaats op de hoofdprestatie aangerekend. Op veel medische prestaties worden er dus geen ereloonsupplementen aangerekend, maar de principiële mogelijkheid bestaat, buiten de uitzonderingen (zie kader hierboven). De aanrekening vormt een keuze op het niveau van de bij de zorg betrokken artsen, die al dan niet aangestuurd wordt vanuit het ziekenhuis. Ieder jaar publiceren we daarom ook 'top-10' tabellen van de ziekenhuizen om de supplementenpraktijk van de ziekenhuizen overzichtelijk te maken. Deze 'top-10' tabellen tonen de ziekenhuizen waarin de hoogste en de laagste gemiddelde ereloonsupplementen gevraagd worden. De rangschikking gebeurt op basis van 'gemiddeld procent ereloonsupplement', aangezien dit een vergelijkbaar gegeven is. **De totale gemiddelde factuur voor de patiënt daarentegen is geen vergelijkbaar gegeven, want deze hangt af van de zwaarte van de behandelingen in het ziekenhuis.** Zo is er bij een academisch ziekenhuis over het algemeen sprake van een hogere gemiddelde factuur ook al rekent het procentueel minder ereloonsupplementen aan. Het Brusselse ziekenhuis CHIREC blijft de hoogste bedragen aanrekenen voor vergelijkbare behandelingen.

Figuur 7: Maximale ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers 2016



Tabel 1: Top-tien van de ziekenhuizen met de hoogste gemiddelde ereloon-supplementen (in procent) in eenpersoonskamers voor klassieke opnames (van hoger naar lager), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddelde totale patiënten-factuur	Maximum ¹ procent ereloon-supplement	Toename/afname gemiddeld ereloon-supplement in 2015	Gemiddeld procent ereloon-supplement
1. Bruxelles ²	CHIREC	3.023 €	300%	-1,16%	171%
2. Rocourt	CHC St. Vincent & Ste. Elisabeth	2.435 €	275%	0,62%	163%
3. Gosselies	Clinique Notre-Dame De Grâce	2.495 €	250%	-3,77%	153%
4. Bruxelles	Cliniques Universitaires Saint-Luc	4.213 €	300%	-1,32%	150%
5. Brussel	Europaziekenhuizen - Cliniques de L'Europe	2.668 €	300%	3,10%	133%
6. Namur	Centre Hospitalier Regional Sambre et Meuse	2.382 €	200%	2,33%	132%
7. Bruxelles	UVC Brugmann	2.570 €	300%	-5,22%	127%
8. Namur	CHU UCL Namur	2.420 €	200%	10,43%	127%
9. Bruxelles	Cliniques Universitaires Hôpital Erasme	3.150 €	300%	-9,42%	125%
10. Ottignies	Clinique Saint Pierre Ottignies	2.411 €	200%	-1,59%	124%

¹ Percentage zoals vermeld op de opnameverklaring

² Zes sites verspreid over Brussel en Waals-Brabant

We stellen vast dat de 'top-10' van tabel 1, elk jaar ongeveer dezelfde blijft. De eerste vier ziekenhuizen uit deze tabel komen sinds 2004 zelfs systematisch elk jaar terug. De kleine groep ziekenhuizen uit tabel 1 overschaduwde de veel grotere groep van ziekenhuizen waar de facturen stabiel blijven van jaar tot jaar.

Net zoals bij de gemiddelde factuur, zien we ook hier een opvallend regionaal verschijnsel: onze top-10 wordt reeds jaren gedomineerd door Brusselse en Waalse ziekenhuizen. Hierdoor zien we dat bepaalde ziekenhuizen met een lager maximaal plafond, toch hoger gerangschikt staan op basis van hun gemiddeld aangerekende ereloon-supplementen, dan ziekenhuizen met een hoger maximaal plafond. Sommige ziekenhuizen verantwoorden hun supplementenbeleid door te verwijzen naar de oneerlijke verdeling van publieke financiering over de ziekenhuizen heen, de nood aan innovatie of de keuze voor een specifiek doelpubliek. Zelfs al zouden het enkel de gegoede patiënten zijn die een volledige kostendekking via hun hospitalisatiesysteem genieten, dan nog is dit onhoudbaar op lange termijn. Naarmate ereloon-supplementen stijgen, stijgen ook de premies van de hospitalisatieverzekeringen, waardoor een eenpersoonskamer minder toegankelijk dreigt te worden. Ook bij de enquête die ter gelegenheid van het CM Congres van juni 2015 afgenomen werd, antwoordde 73% van de respon-

denten (van de in totaal meer dan 51.000) dat ze een opname in een eenpersoonskamer verkiezen.⁶ Het comfort van een eenpersoonskamer staat echter niet in verhouding met een factuur die het vijfvoud is van de factuur in een gemeenschappelijke kamer. Dat geldt zeker als je weet dat er bovendien geen systematisch verband gelegd kan worden tussen de hoogte van het plafond ereloon-supplementen en de kwaliteit van de zorg (cf. de CM heupstudie).

De stijging van de ereloon-supplementen van de laatste jaren valt ook te verklaren door het feit dat voordien enkel de zorgverstrekkers die rechtstreeks contact hadden met de patiënt erelonen vroegen (de chirurg, de anesthesist,...). De afgelopen jaren stellen we een stijging vast in ereloon-supplementen op toezichtshonoraria en de zogenaamde "technische prestaties" (klinische biologie, radiologie, anatomopathologische analyses of genetische onderzoeken,...). De ereloon-supplementen op deze technische prestaties, uitgezonderd de toezichtshonoraria, vertegenwoordigen momenteel 10% van het totaalbedrag gefactureerde supplementen. Deze dragen dus in belangrijke mate bij aan de groei van de ereloon-supplementen van de afgelopen jaren. De praktijken zijn erg verschillend tussen de ziekenhuizen onderling, maar neigen zich te veralgemenen.

⁶ De resultaten zijn terug te vinden op volgende link: www.cm.be/binaries/Congres-bijlage_tcm375-158005.pdf

Tabel 2: Top-tien van de ziekenhuizen met de laagste gemiddelde ereloon-supplementen (in procent) in eenpersoonskamers (van lager naar hoger), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddelde totale patiënten-factuur	Maximum ¹ procent ereloon-supplement	Toename/afname gemiddeld ereloon-supplement in 2015	Gemiddeld procent ereloon-supplement
1. Oudenaarde	AZ Oudenaarde	488 €	100%	-40,91%	26%
2. Edegem	UZ Antwerpen	859 €	200%	-3,23%	30%
3. Izegem	Sint-Jozefskliniek	897 €	100%	13,16%	43%
4. Arlon	Vivalia (Cliniques du Sud-Luxembourg)	899 €	200%	-13,46%	45%
5. Mouscron	CH De Mouscron	1.139 €	100%	-2,13%	46%
6. Heusden	Sint-Franciskusziekenhuis	896 €	100%	0,00%	46%
7. Brasschaat	AZ Klina	966 €	150%	-29,85%	47%
8. Leuven	RZ Heilig Hart Leuven	992 €	150%	0,00%	47%
9. Ieper	Jan Yperman Ziekenhuis	963 €	100%	4,44%	47%
10. Genk	Ziekenhuis Oost - Limburg	1.285 €	100%	17,07%	48%

¹ Percentage zoals vermeld op de opnameverklaring

In de top-10 met de laagste gemiddelde ereloon-supplementen (tabel 2) zien we ziekenhuizen die toegankelijke eenpersoonskamers weten aan te bieden. Toch blijft het ook bij deze ziekenhuizen belangrijk op de maximale ereloon-supplementen te letten en een goede informatieverlening te organiseren door de behandelende arts naar de patiënt over het financieel aspect van de zorg.

Naast de variatie tussen de ziekenhuizen, is het belangrijk op te merken dat het soort ingreep eveneens een bepalende invloed heeft op het aangerekende bedrag ereloon-supplementen. De 'duurste' behandelingen op vlak van ereloon-supplementen vinden plaats in de diensten heelkunde en materniteit. Dit is het gevolg van de ongelijke financiering van de verschillende artsenspecialismen.

3.3. Kamersupplementen

- De totale massa kamersupplementen in eenpersoonskamers in klassieke hospitalisatie is toegenomen in 2015 met 0,4%. Het gemiddeld aangerekend bedrag kamersupplementen bij klassieke hospitalisatie is gedaald met 3%.
- Het gemiddeld aangerekend bedrag voor een chirurgische dagopname vermindert in 2015 met 1%. Ook in het niet-chirurgisch dagziekenhuis daalt dit bedrag met 1%.

- Bepaalde individuele ziekenhuizen hebben hun kamersupplementen enorm opgetrokken ten opzichte van 2014.
- Deze supplementen kunnen variëren van gemiddeld 18 euro per dag (in het UZA) tot 164 euro (in de Cliniques Universitaires Saint-Luc).

In figuur 8 zien we dat ook wat de kamersupplementen betreft, er een grote variatie tussen de ziekenhuizen bestaat. In deze figuur zijn de plotse stijgingen ten opzichte van vorige jaren erg opvallend. Dit heeft te maken met het uitbreiden van het aanbod eenpersoonskamers. Steeds meer ziekenhuizen bieden 'luxe eenpersoonskamers' aan tegen hogere kamersupplementen dan de standaard eenpersoonskamer.

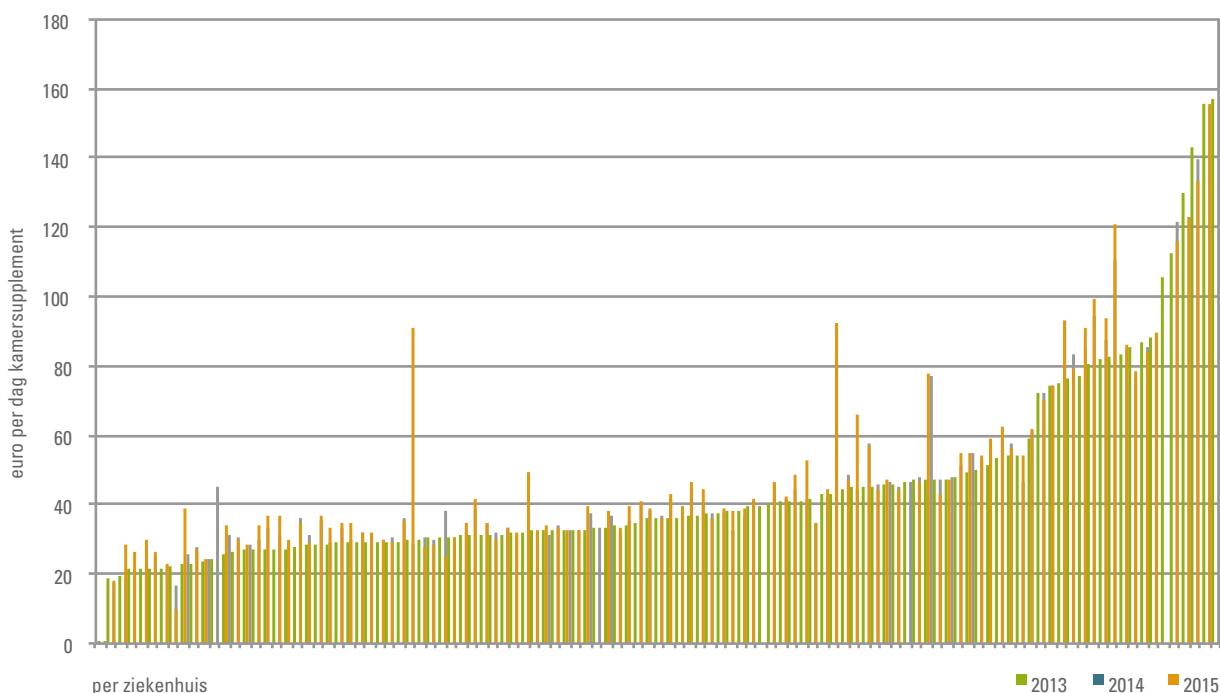
In figuur 9 zien we nog duidelijker dat de meeste ziekenhuizen in 2015 hun kamersupplementen ten opzichte van 2014 verhoogd hebben.

3.4. Opnames in eenpersoonskamers

- In 2015 waren er in totaal 174.500 opnames in eenpersoonskamers (11,84% van de opnames van onze leden⁷ in 2015), wat een toename van 4.339 opnames betekent ten opzichte van 2014 (toen ongeveer 11,76% van de opnames van onze leden in een eenpersoonskamer plaatsvond). Het

⁷ Sommige leden worden meermaals op een jaar opgenomen en maken al dan niet dezelfde kamerkeuze.

Figuur 8: Kamersupplementen per dag in eenpersoonskamers, klassieke opnames, 2013-2015



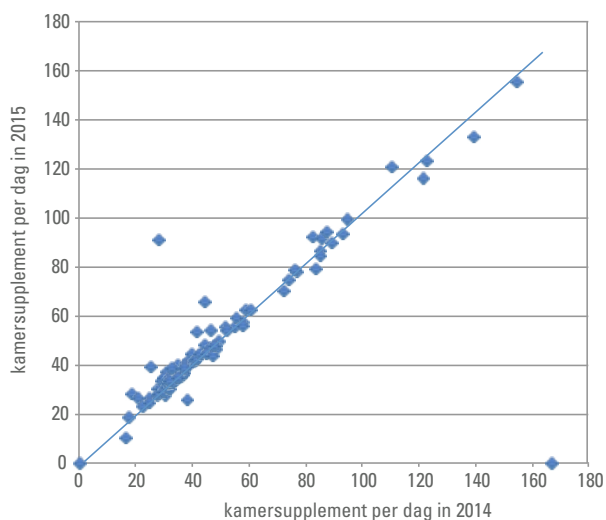
aantal opnames in een eenpersoonskamer bedraagt gemiddeld:

- 23 procent bij een klassieke opname:
 - 68,5% in de materniteit
 - 10,5% in de geriatrie en revalidatie
 - In de pediatrie nam het aantal eenpersoonskamers de voorbije jaren telkens toe, maar dit aandeel blijft in 2015 stabiel op 38% van de verblijven.
- In het dagziekenhuis is het aandeel opnames in eenpersoonskamers veel kleiner, namelijk 4,7 procent:

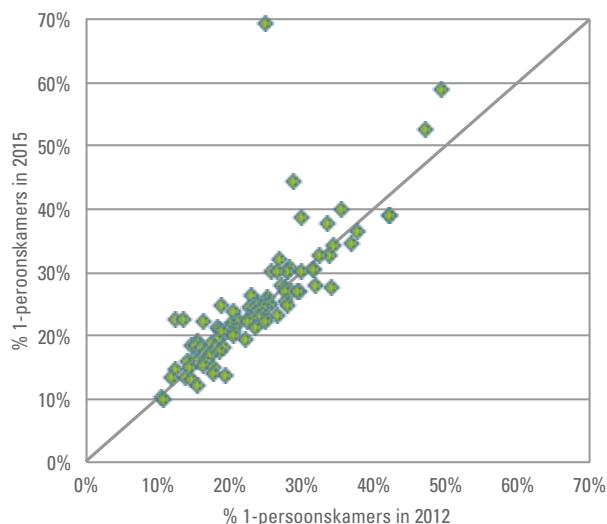
- 7,7% voor chirurgische ingrepen
- 3,9% voor niet-chirurgische ingrepen.
- De toename van de opnames in de eenpersoonskamers bedraagt 2,5%. Van het aantal opnames in gemeenschappelijke kamers bedraagt de toename 1,5%.

De meerderheid van de opnames gebeurt dus nog steeds in twee- of meerpersoonskamers, maar de materniteit vormt hierop de uitzondering: daar is zowel de vraag naar als het aanbod aan eenpersoonskamers veel groter.

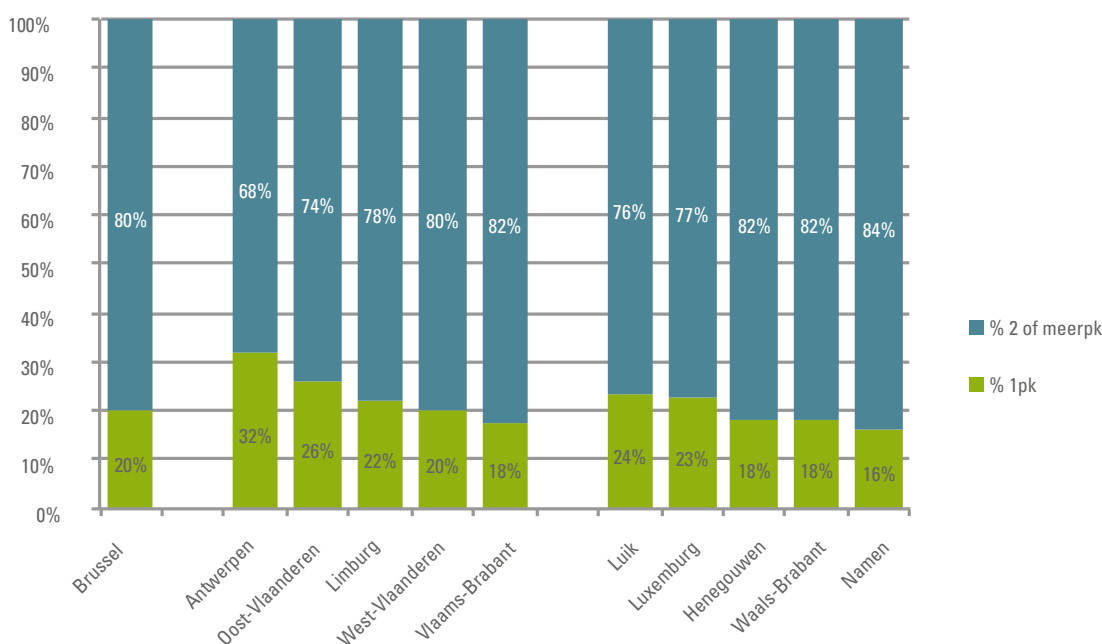
Figuur 9: Kamersupplementen per dag in eenpersoonskamers, klassieke opnames, 2014-2015



Figuur 10: Kamerkeuzebeleid tussen 2012-2015, klassieke hospitalisatie



Figuur 11: Proportie eenpersoonskamers en gemeenschappelijke kamers per provincie, klassieke hospitalisatie, 2015



We zien in figuur 10 een duidelijke tendens die een stijging inhoudt van het aandeel eenpersoonskamers. Deze stijging doet zich in bepaalde ziekenhuizen zeer uitgesproken voor, maar er bestaan tussen de ziekenhuizen grote verschillen. In het AZ Oudenaarde, het UZA, CHC Saint-Vincent en Sainte-Elisabeth (Luik, belangrijke materniteit) en het AZ Klina, waren er respectievelijk 69%, 59%, 53% en 44% opnames in eenpersoonskamers (op basis van de gehanteerde CM facturen). Aan de andere kant van het spectrum, zien we het Centre de Santé des Fagnes en la Clinique André Renard met slechts 13% en 12% opnames in een eenpersoonskamer. Een drietal ziekenhuizen heeft een nog beperkter aandeel opnames in eenpersoonskamers (CH Epicura, het ziekenhuiscentrum van Dinant, Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola).

De tendens inzake de toename van het aantal eenpersoonskamers is nog niet zichtbaar in de cijfers op nationaal niveau, maar begint zich te onthullen in de provinciale cijfers (zie figuur 11). De verschillende provincies bevinden zich immers in andere stadia van de evolutie: vooral in Antwerpen lijken er veel opnames in een eenpersoonskamer plaats te vinden. Het aantal beschikbare eenpersoonskamers zal in de toekomst verder toenemen, op het tempo van de nieuwe infrastructuurwerken en/of renovaties die de ziekenhuizen ondernemen. De uitbreiding van het aanbod eenpersoonskamers in vele ziekenhuizen (renovaties en nieuwe constructies) beantwoordt aan een vraag vanuit de patiëntenpopulatie (zie supra de resultaten van onze congres enquête) en zal op zijn beurt een verdere stijging van het aantal opnames in eenpersoonskamers stimuleren.

In onze resultaten zien we dat patiënten bij daghospitalisatie wel nog steeds geneigd zijn om een gemeenschappelijke kamer kiezen.

In sommige gevallen is er dan ook bijna geen sprake van een kamer en rust je gewoon even uit in een zetel. Ook in de cijfers van het dagziekenhuis blijken er echter grote verschillen tussen de ziekenhuizen te bestaan. In het CHC St. Vincent-Ste. Elisabeth is meer dan 60% van de chirurgische dagopnames in een eenpersoonskamer, terwijl in CHC St. Joseph en CHIREC er respectievelijk sprake is van 33% en 32% opnames in een eenpersoonskamer. In andere ziekenhuizen worden er nooit eenpersoonskamers aangerekend in het chirurgisch dagziekenhuis.

3.5. De ligduur in het klassiek ziekenhuis

- De ligduur bij klassieke hospitalisatie zet zijn dalende trend verder. De gemiddelde ligduur in het klassiek ziekenhuis (alle kamers) daalde van 6,5 dagen in 2006 naar 5,5 dagen in 2015.
- De gemiddelde ligduur in een eenpersoonskamer op de materniteit daalde van 4,7 dagen in 2014 naar 4,3 dagen in 2015. Op de dienst geriatrie en revalidatie zien we dan weer voornamelijk op de twee- en meerpersoonskamers een opvallende daling van 16,7 dagen in 2014 naar 16,0 dagen in 2015.
- Deze dalende trend verklaart mede de verlaging van de gemiddelde factuur.

Onze gemiddelde verblijfsduur blijft echter hoger dan het gemiddelde in onze buurlanden. Het aantal ziekenhuisbedden zou dus kunnen afgebouwd worden, mits er voldoende financieel toegankelijke ambulante zorgstructuren worden voorzien. De rol van ziekenhuizen kan vervolgens wel worden uitgebreid, rekening houdend met de maatschappelijke vooruitgang, zoals thuishospitalisatie en transmurale zorg (hierover lopen er verschillende pilotprojecten).

Tabel 3: Top-tien van de ziekenhuizen met de duurste gemiddelde patiëntenfacturen voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer (van hoger naar lager), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddeld totaalbedrag (euro) ten laste van de patiënt	Gemiddeld bedrag kamer-supplem. (euro)	Gemiddeld bedrag (euro) ereloon-supplem.
1. Brussel	Cliniques Universitaires Saint-Luc	3.171 €	867 €	2.011 €
2. Gosselies	Clinique Notre-Dame De Grâce	2.790 €	485 €	2.004 €
3. Brussel	CHIREC	2.742 €	583 €	1.868 €
4. Brussel	Europaziekenhuizen - Cliniques de L'Europe	2.657 €	762 €	1.625 €
5. Luik	CHC Cliniques Saint-Joseph	2.493 €	372 €	1.915 €
6. Rocourt	CHC St. Vincent & Ste. Elisabeth	2.401 €	341 €	1.836 €
7. Ottignies	Clinique Saint Pierre Ottignies	2.348 €	393 €	1.703 €
8. Brussel	Kliniek Sint-Jan - Clinique Saint-Jean	2.129 €	382 €	1.499 €
9. Brussel	UVC Brugmann	2.115 €	443 €	1.449 €
10. Namur	CHU UCL Namur	2.073 €	374 €	1.467 €

Tabel 4: Top-tien van de ziekenhuizen met de laagste gemiddelde patiëntenfacturen voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer (van lager naar hoger), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddeld totaalbedrag (euro) ten laste van de patiënt	Gemiddeld bedrag kamer-supplem. (euro)	Gemiddeld bedrag (euro) ereloon-supplem.
1. Edegem	UZ Antwerpen	813,09	145,28	451,56
2. Auvelais	Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse	876,36	215,52	477,69
3. Genk	Ziekenhuis Oost - Limburg	946,36	209,64	525,28
4. Gent	AZ Jan Palfijn	971,2	166,96	588,14
5. Dendermonde	AZ Sint-Blasius	982,09	148,68	595,25
6. Gent	AZ Sint-Lucas	949,2	134,66	626,64
7. Sint-Truiden	RZ Sint-Trudo	1003,7	165,78	637,19
8. Zottegem	AZ Sint-Elisabeth	979,27	99,52	648,61
9. Mouscron	CH De Mouscron	964,61	148,13	651,59
10. Deinze	Sint-Vincentiusziekenhuis	1007,35	132,75	678,47

4. Impact van de patiëntenfactuur

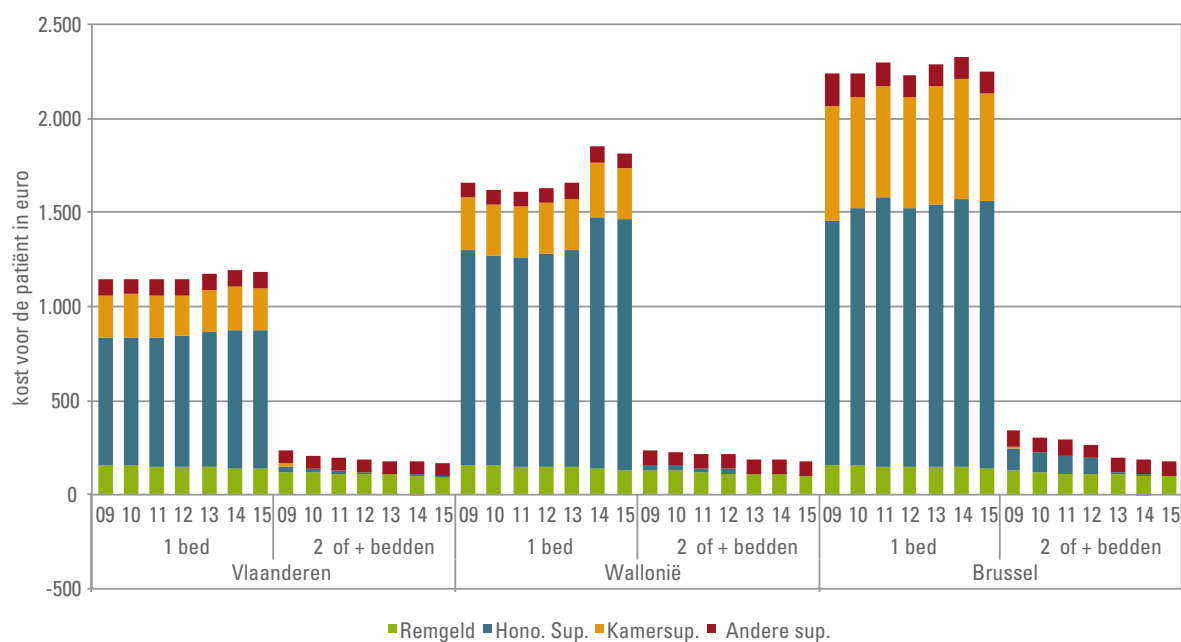
4.1. Het voorbeeld van de natuurlijke bevalling

De ziekenhuisbarometer analyseert voor het verblijf met overnachting de kosten op ziekenhuisniveau en op diensten-niveau. Binnen een specifieke dienst vinden er verschillende

ingrepen en behandelingen plaats met een verschillende kostprijs. Een patiënt kan via de barometer zodoende een indicatie vinden van de gemiddelde kost op de dienst waar hij zal worden opgenomen. Het ziekenhuis en de arts kunnen hier vervolgens in principe financiële informatie aan toevoegen die op maat van de betrokken patiënt berekend is.

Om vanuit een verzekeringsinstelling een zinvolle vergelijking tussen de kostprijs van behandelingen op te stellen, ontbreekt

Figuur 12: Kost voor de patiënt van een natuurlijke bevalling per kamertype en per regio 2009 - 2015



de mogelijkheid om te corrigeren op basis van pathologie, waarover we geen informatie hebben. Eveneens moet je voor elke behandeling voldoende leden-verblijven per ziekenhuis kunnen voorleggen om een betrouwbaar resultaat te bekomen. Voor vaak-voorkomende standaardingrepen, zoals de natuurlijke bevalling kunnen we wel conclusies uit onze factuurgegevens trekken.

Bij het analyseren van de natuurlijke bevalling (geen keizersnede) vinden we dat de patiënt gemiddeld 181 euro in een tweepersoonskamer betaalt en 1.445 euro in een eenpersoonskamer. De verschillen tussen ziekenhuizen zijn opnieuw groot. In tabel 3 en 4 lijsten we de ziekenhuizen op met respectievelijk de duurste en de goedkoopste gemiddelde bevallingen.

Figuur 12 toont een enorm prijsverschil tussen de eenpersoonskamer en de gemeenschappelijke kamer voor een natuurlijke bevalling. In Vlaanderen zijn deze bevallingen gemiddeld goedkoper dan in Wallonië of Brussel. In Vlaanderen betaalde je in 2015 gemiddeld 1.186 euro, in Wallonië 1.816 euro en in Brussel 2.247 euro voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer. Hoewel de kloof in Vlaanderen tussen een eenpersoonskamer en gemeenschappelijke kamer evengoed groot is, wordt de patiënt in Brussel en Wallonië met een nog groter prijsverschil geconfronteerd. Vlaanderen telt overigens het grootste aantal bevallingen in eenpersoonskamers.

deze uit de kamers voor twee of meer personen, hoewel er dus meer opnames in kamers voor twee of meer personen zijn (zie punt 2). Voor het dagziekenhuis (zowel chirurgisch als niet-chirurgisch) blijven de totale inkomsten uit patiëntenbetalingen groter uit de opnames in kamers voor twee of meer personen dan in eenpersoonskamers, omdat het aantal opnames in eenpersoonskamers nog een stuk lager ligt dan deze in kamers voor twee of meer personen.

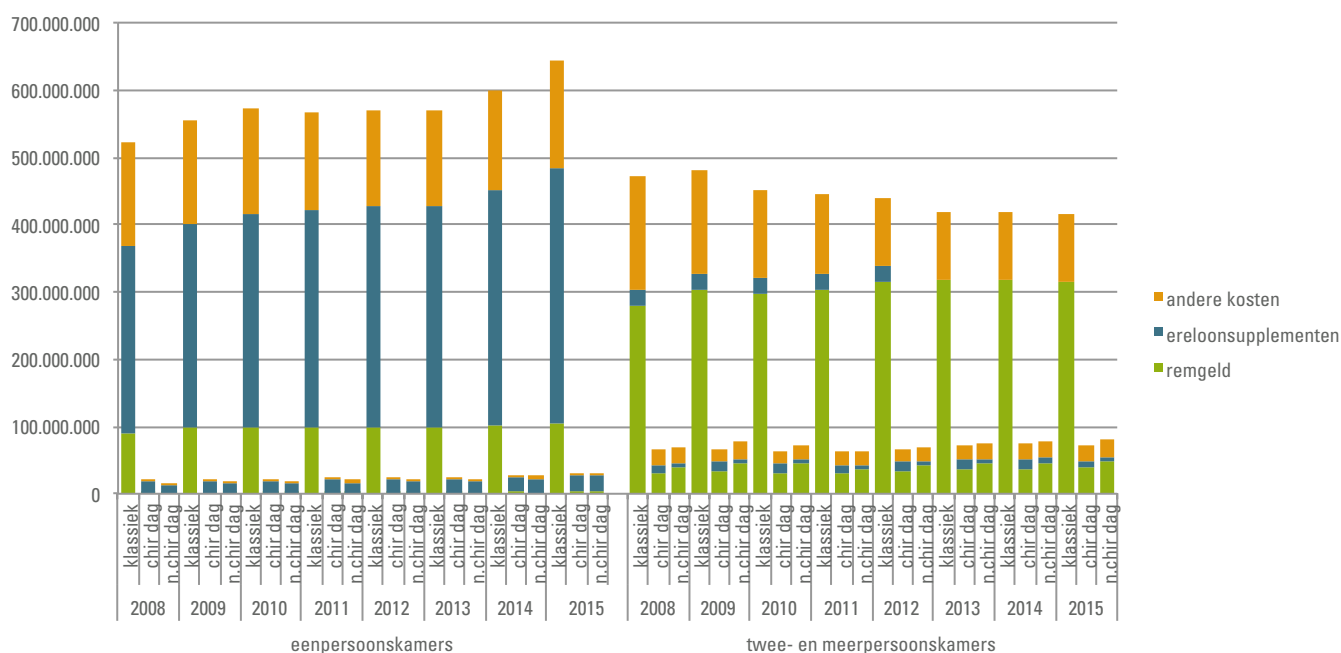
De opnames in eenpersoonskamers vertegenwoordigen in 2015 slechts 23 procent van alle opnames, maar ze vertegenwoordigen wel 61 procent van de totale uitgaven van de patiënten voor klassieke opnames. Het totaalbedrag aan uitgaven voor klassieke opnames door patiënten in eenpersoonskamers was 643 miljoen euro en in kamers voor twee of meer personen 416,5 miljoen euro. Als we hieraan de betaalde bedragen in dagopname toevoegen, bedraagt het huidige aandeel waarvoor de patiënt instaat, alle kamertypes samengeteld, meer dan 1,7 miljard euro, oftewel zo'n 10% van de inkomsten van de acute ziekenhuizen.

5. Een correct gebruik van de ziekenhuisbarometer en aanbevelingen

5.1. Voor de patiënt

Een correct gebruik van de ziekenhuisbarometer bekend in de eerste plaats een bewustwording van mogelijke prijsverschillen. De patiënt kan beslissen dat voor de betrokken ingreep de voordelen van een eenpersoonskamer niet opwegen ten

Figuur 13: Totaal volume betalingen door patiënten per type hospitalisatie en kamer prijzen 2008-2015 extrapolatie volgens globaal marktaandeel CM



aanzien van de financiële nadelen. Kiest de patiënt toch voor een eenpersoonkamer, dan kan hij een ziekenhuis in de omgeving kiezen met een financieel toegankelijker eenpersoonkamer. Bij de gemeenschappelijke kamers zijn de verschillen tussen ziekenhuizen erg beperkt, maar bij een eenpersoonkamer spelen kamersupplementen en ereloon-supplementen een bepalende invloed op de factuur. Bij de eenpersoonkamers spelen er dus wel grote verschillen tussen de ziekenhuizen. Wanneer enkele of meerdere ziekenhuizen in de buurt hetzelfde maximum plafond supplementen hebben, kan de patiënt rekening houden met de gemiddelde aangerekende ereloon-supplementen in ieder ziekenhuis. Het maximum vormt zoals hierboven uitgelegd immers de buitengrens van een kader: niet alle ziekenhuizen rekenen supplementen op

dezelfde reeks prestaties en het percentage dat ze effectief aanrekenen kan een stuk lager liggen dan het maximum. Nog beter is het als de patiënt lessen trekt uit de studie en **geïnformeerd in dialoog gaat met zijn arts**. We herhalen dat binnen een ziekenhuis waarin een bepaald maximum geldt (voor het hele ziekenhuis of voor een bepaalde dienst binnen het ziekenhuis) de artsen in principe vrij zijn om te kiezen of ze het maximum ereloon-supplementen aanrekenen, een deel van wat ze kunnen vragen of helemaal geen. Zelfs in de ziekenhuizen waarin de facturatedienst een systematisch percentage supplementen aanrekenen, zal de arts de patiënt minstens kunnen informeren. Onze studie geeft slechts een indicatie op basis van historische gegevens, maar duwt de patiënt alvast in de goede richting en geeft een reeks nuttige tips.

Zes tips voor de patiënt om onaangename verrassingen te vermijden

1. Kies kostenbewust of u een eenpersoonkamer of een gemeenschappelijke kamer wenst. Informatie over de kost van de verschillende kamertypes vindt u op de opnameverklaring die u wordt voorgelegd ten laatste op het moment van de opname. U kan de opnameverklaring ook vooraf opvragen (de ziekenhuizen zijn vanaf nu verplicht deze kosteninformatie op hun website te publiceren). Zeker voor een dagopname, waar u maximaal enkele uren gebruik zal maken van uw kamer is dit belangrijk. Het verschil in prijs tussen een eenpersoonkamer en een kamer voor twee of meer personen is er nog groter dan bij een klassieke opname. Als patiënt kunt u zich steeds aan conventietarief laten behandelen, wanneer u kiest voor een twee- of meerpersoonkamer.

2. Vraag uw arts te schatten wat de kost van de ingreep zal zijn (medisch materiaal en ereloon). Bij een heelkundige ingreep bijvoorbeeld, kan de kost van het medisch materiaal (implantaten of hechtmiddelen die in het lichaam blijven) hoog oplopen. De hoogte van het ereloon kan en mag besproken worden. Vraag uw arts ook naar eventuele alternatieve behandelingswijzen die financieel toegankelijker zijn en even kwaliteitsvol.
3. Vergelijk ziekenhuistarieven op www.cm.be/ziekenhuisfactuur om een indicatie van de prijs te vinden. Hier vindt u de mediaan van verschillende kostenposten per ziekenhuisdienst (onder het tabblad 'Facturen (CM-barometer)', bepaalde vaste tarieven waaraan u zich kan verwachten (onder het tabblad 'Tarieven') en de contactgegevens van de ziekenhuizen (onder het tabblad 'Algemene Informatie'). Kijk hierbij met name naar het maximaal plafond ereloon-supplementen dat de artsen mogen aanrekenen (te vinden bij 'Tarieven') en houd er rekening mee dat een hospitalisatieverzekering mogelijk maar een lager percentage ereloon-supplementen dekt. Bespreek deze prijsindicatie verder met uw arts om een zo correct mogelijke inschatting van de prijs te krijgen.
4. Vraag naar de tarieven van de 'diverse kosten' (televisie, telefoon, internet, maaltijd voor de begeleidende partner of ouder...). Elk ziekenhuis heeft een lijst 'diverse kosten' die u kan consulteren op de website of bij de ontvangstbalie. Consulteer deze lijst voorafgaandelijk zodat u bewust kunt kiezen of u van deze bijkomstige diensten of goederen gebruik wilt maken. Dit zijn kosten die losstaan van de medische zorg. Opgelet: in het kader van onze studie en in de module op onze website rekenen we bij 'diverse kosten' ook niet-terugbetaalde medische prestaties.
5. Indien u vragen heeft over uw factuur, raden wij u aan zowel CM als het ziekenhuis in kwestie te contacteren. Onze medewerkers kunnen u uitleg geven over de inhoud van uw factuur en nagaan of er geen fouten of onwettige aanrekeningen in staan. In die gevallen kan de dienst ledenverdediging uw factuur betwisten bij het ziekenhuis. Het is ook belangrijk het ziekenhuis te contacteren inzake deze vragen, maar ook in geval van vertraging van betaling of moeilijkheden om het bedrag binnen de termijn te betalen.
6. Kijk zeker verder op onze website voor meer informatie over een ziekenhuisopname en aarzel niet om ons te contacteren: www.cm.be/cm-dienstverlening-hospitalisatie/index.jsp

5.2. Voor de beleidsvoerders

Voor de beleidsvoerders moet de ziekenhuisbarometer een licht werpen op de evolutie van de financiële toegankelijkheid voor specialistische zorgen. Het is de taak van de overheid om het recht op gezondheid en de toegang tot gezondheidszorgen te waarborgen. Als goede huisvader dient ze haar samenleving op verschillende vlakken te beschermen en te ontplooiën. Daarbij dient ze rekening te houden met de kwetsbare groep patiënten en met het risico van iedere inwoner om in financiële problemen te geraken omwille van zorgbehoefte. Door de evoluties op te volgen, kan de beleidsmaker inschatten wat de gevolgen van bepaalde maatregelen zijn geweest. Zo zien we helaas dat een verbeterde toegankelijkheid op één front zorgt voor een verminderde toegankelijkheid tot een ander zorgaspect omwille van kostenverschuiving. Zolang zo'n verschuiving mogelijk is, zal de maatregel zijn doelstelling van toegankelijkheid maar voor een deel treffen: de incentive om op

een andere manier hetzelfde aanbod voort te zetten is immers groter dan de incentive om het aanbod te rationaliseren. Gemeenschappelijke kamers zijn toegankelijker geworden, maar eenpersoonskamers lijken hierdoor als gevolg minder toegankelijk te zijn geworden. Dit is maar een voorbeeld van hoe goedbedoelde maatregelen onvoorziene gevolgen kunnen hebben. Een afschaffing of strenge beperking van de ereloon-supplementen in de ziekenhuizen zonder meer brengt daarom wellicht geen soelaas: het aanbod van ziekenhuizen en zorg moet gerationaliseerd worden en de ziekenhuizen en artsen moeten een degelijke financiering krijgen voor hun verantwoorde werking en activiteit. Als medisch-sociale instellingen proberen de ziekenhuizen een organisatie met topkwaliteit en een aantrekkelijke werkgever te zijn. Net als iedere andere organisatie zullen ze verdedigen wat ze hebben uitgebouwd en is het organisatieniveau niet steeds het geschikte niveau om de moeilijke keuzes in het belang van de maatschappij te maken.

CM-achtpuntenplan om geneeskunde met twee snelheden te vermijden

Het aanrekenen van kamer- en ereloonsupplementen in de ziekenhuizen neemt geleidelijk toe en de verschillen tussen de ziekenhuizen blijven groot. Deze verschillen zouden ertoe kunnen leiden dat er twee types ziekenhuizen gaan ontstaan: ziekenhuizen voor de 'rijken' en ziekenhuizen voor de minder gegoeden. Deze tendens naar een duale geneeskunde moeten we tegengaan, vindt CM. Deze acht concrete voorstellen van CM dragen daartoe bij.

1. Een beperking en op termijn een afschaffing van de ereloonsupplementen in eenpersoonskamers

De ereloonsupplementen in eenpersoonskamers kennen sinds 2004, het beginjaar van onze metingen, elk jaar een forse stijging. Aangezien deze supplementen verboden werden in twee- of meerpersoonskamers en alleen nog in de eenpersoonskamers gevraagd kunnen worden, ontstaat het risico dat artsen druk gaan uitoefenen op hun patiënt om hen voor een eenpersoonskamer te doen kiezen. Deze evolutie kan op termijn leiden tot een duale geneeskunde, met twee soorten ziekenhuizen. Aan de ene kant ziekenhuizen waarin het medisch corps meer kan verdienen en waarin er systematisch eenpersoonskamers worden aangeboden. Aan de andere kant, betaalbare ziekenhuizen, die echter moeilijkheden ondervinden in het aantrekken van artsen en meer goeude patiënten.

Ziekenhuizen, die met overheidssubsidies gebouwd worden, die voor de verzorging van de patiënten worden gefinancierd, en waar artsen werkzaam zijn van wie de prestaties in grote mate worden terugbetaald door de sociale zekerheid, moeten medische zorg aanbieden die voor iedereen gelijk is en voor iedereen betaalbaar blijft.

Ereloonsupplementen vormen in sommige ziekenhuizen een reëel financieel risico voor kwetsbare patiënten.

De afschaffing van ereloonsupplementen op medische prestaties in twee- of meerpersoonskamers is een goede zaak voor de toegankelijkheid tot gespecialiseerde medische hulp in het ziekenhuis. Het is echter niet verdedigbaar dat het inkomen van de ziekenhuisarts momenteel afhankelijk is van de kamerkeuze.

Daarom pleiten we in de eerste plaats voor een degelijke herijking van de nomenclatuur, namelijk een rechtvaardiger waardering voor intellectuele prestaties daar waar nu de technische prestaties soms overgewaardeerd worden. Minister De Block heeft het RIZIV de opdracht gegeven hier werk van te maken.

Ten tweede pleiten we voor een herziening van het systeem van ereloonsupplementen. Minister De Block heeft aangekondigd dat ze komaf wil maken met de ereloonsupplementen, maar voor de uitwerking hiervan geven we de voorkeur aan het overlegmodel. In het Medicomut-akkoord van 2016-2017, dat op 21 december 2015 gesloten werd, wordt een diepgaande discussie tussen de artsen en de ziekenfondsen rond de ereloonsupplementen voorzien. Ook de ziekenhuizen hebben een belangrijke rol in een dergelijke discussie, omdat ze via het systeem van de afdrachten een deel van hun financiering uit de erelonen halen. Een beperking van de ereloonsupplementen heeft aldus ook een invloed op wat de ziekenhuizen van artsen kunnen vragen als bijdrage in de ziekenhuisfinanciering. De uitgewerkte strategie moet er bovendien voor zorgen dat specialisten zich gemotiveerd blijven engageren voor het aanbieden van zorg in de ziekenhuizen, zodat we geen vlucht naar de private zorgverlening creëren. De eenzijdig opgelegde besparingen van oktober 2016 brengen het voortbestaan van het Medicomut-akkoord en de daaraan gekoppelde afspraken in gevaar. CM pleit voor een ernstig en constructief debat over de supplementen met het oog op het maken van bepaalde afspraken ter bescherming van de patiënt, met respect voor de objectieve financiële noden van de ziekenhuizen en met een correcte vergoeding van artsen. Volledige transparantie van de financiële stromen is een essentieel onderdeel om als partners tot een beter systeem te komen.

2. Een verbod op ereloonsupplementen voor technische prestaties

Onder 'technische prestaties' verstaan wij prestaties waarbij er geen enkel contact met de patiënt plaatsvindt en waarbij de patiënt dus niet zelf voor zijn zorgverlener kiest (typische voorbeelden hiervan zijn: prestaties voor klinische biologie en radiologie). Het aanrekenen van deze supplementen past niet in de logica van een arts-patiënt relatie en er bestaan grote praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen. Jammer genoeg zien we eveneens opnieuw een verontrustende stijging van de ereloonsupplementen op dit type prestaties.

3. Garantie van de vrije keuze van arts ongeacht het kamertype

Als ziekenfonds krijgen wij regelmatig signalen van patiënten dat zij verplicht worden voor een eenpersoonskamer te 'kiezen' indien zij door een bepaalde arts willen behandeld worden. Dit is onaanvaardbaar, want de kamerkeuze mag op geen enkele manier de bereidheid van een arts beïnvloeden om een patiënt te verzorgen en mag evenmin een invloed hebben op de beschikbaarheid van de arts. De Orde der Geneeheren stelt dat het weigeren van zorg aan een patiënt op basis van de kamerkeuze ingaat tegen de geneeskundige plichtenleer (advies van 22 februari 2014). Ook de Federale Commissie Rechten van de patiënt heeft geoordeeld dat een arts zijn patiënt niet mag beïnvloeden door bepaalde voorwaarden voor behandelingen op te leggen tegen de wil van de patiënt in (zoals de keuze voor een eenpersoonskamer) (advies 24 oktober 2014).

4. Het uitbouwen van voldoende ambulante structuren om de verkorting van de ligduur op te vangen

Het verminderen van de ligduur kan voor bepaalde medische zorgen een positieve evolutie vormen, wanneer dit efficiënter en minstens even kwaliteitsvol georganiseerd kan worden. Hiervoor moeten er wel voldoende adequate ambulante zorgvoorzieningen uitgebouwd zijn, daar waar dit nu nog niet overal het geval is. Eveneens moeten we de patiënt hoeden voor een mogelijk hogere ambulante factuur, daar de ambulante zorg niet per se goedkoper is dan de ziekenhuiszorg en niet noodzakelijk goedkoper wordt aangeboden. Bovendien verschuiven bepaalde kosten hierdoor uit de dekking van de hospitalisatieverzekeringen.

5. Een kostenraming voor patiënten vóór hun ziekenhuisopname

De variatie in de facturen voor de patiënt is enorm. Tien procent van de patiënten in het klassiek ziekenhuis betaalt, alle kamers samengeteld, minder dan 50 euro, maar een andere tien procent moet meer dan 1.339 euro neertellen en bij één op de honderd opnames loopt de factuur zelfs op tot meer dan 6.615 euro. Om verrassingen te vermijden is het dus wenselijk dat patiënten voor hun opname een kostenraming zouden krijgen, hetzij op het moment van de afspraak, hetzij via een 'kostprijssimulator' op de website van het ziekenhuis. Meer dan een ziekenhuis stelt reeds dergelijke simulator online ter beschikking. CM juicht dit toe en moedigt de andere ziekenhuizen aan hier ook werk van te maken. Artikel 8§2 van de wet op de patiëntenrechten preciseert bovendien dat de financiële gevolgen van de ziekenhuisopname deel uit maken van de informatie die de patiënt moet ontvangen om zijn geïnformeerde toestemming te kunnen geven voor de te ontvangen zorgen.

6. Solidariseren van de kost van niet-terugbetaalde geneesmiddelen onder de ziekenhuispatiënten, zodat geen enkele patiënt voor een onaangename verrassing komt te staan

CM pleit voor het solidariseren van de kost voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Elke patiënt zou dan per opname 32 euro betalen, ongeacht zijn of haar eigen gebruik van niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Deze vorm van forfaitarisering zou de onvoorspelbare variatie van de kost van niet terugbetaalde geneesmiddelen doen verdwijnen.

7. Een patiëntenfactuur van maximaal 200 euro voor een opname met overnachting in een kamer van twee of meer personen

Zonder ereloonsupplementen, met goed vergoed medisch materiaal en gesolidariseerde niet-terugbetaalde geneesmiddelen moet het mogelijk zijn de factuur voor elke patiënt in een kamer voor twee of meer personen in elk ziekenhuis te beperken tot 200 euro. In 2015 hadden, dankzij het beschermingsmechanisme van de maximumfactuur (MAF), slechts 12 procent (eveneens 12% in 2014) van de opnames in kamers voor twee of meer personen, oftewel iets minder dan 69.000 patiënten, een factuur hoger dan 200 euro. Zo kan elke patiënt er op rekenen dat hij of zij nooit meer dan 200 euro uit eigen zak zal moeten betalen.

8. Een correcte en transparante financiering van de ziekenhuizen die de verpleegkundige zorg en andere personeelskosten beter dekt

De stijgende ereloonsupplementen in eenpersoonskamers en de grote variatie tussen de ziekenhuizen en artsen doen vragen rijzen over de mechanismes van de ziekenhuisfinanciering. Welk aandeel van de artsenhonoraria is er werkelijk nodig voor een correcte ziekenhuisfinanciering? De financiële druk op de artsen om mee de werking van het ziekenhuis te financieren, is voor sommige specialisten een reden om zich op een privépraktijk te richten waar zij vrij hun honorarium kunnen bepalen.

Een transparantere en correctere financiering van de ziekenhuizen, zou deze continue stijging van ereloonsupplementen en de sluipende privatisering van de geneeskunde tegengaan. Als CM eisen we een verduidelijking van de bestemming van ereloonsupplementen. Het volledig aandeel ten laste van de patiënt in de totale inkomsten van de ziekenhuizen groeit van jaar tot jaar en maakt vandaag zo'n 10% van hun budget uit, namelijk meer dan 1,7 miljard euro. Als dit bedrag verder blijft stijgen, is er sprake van een de facto privatisering. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering laat ook toe om een einde te maken aan de voortdurende en kunstmatige verhoging van het aantal opnames, waarvan sprake lijkt te zijn. Het aantal opnames komt dan terug in lijn met de werkelijke bevolkingsevoluties en de werkelijke toestand van de publieke gezondheid.

Het Plan van Aanpak van Minister De Block van 24 april 2015 vormt hier een belangrijke aanzet toe door een hervormingskader uit te tekenen op basis van de input van de verschillende betrokken actoren. Er lopen verschillende studies die een correcte nieuwe financiering moeten verwezenlijken, maar deze dreigen onder tijdsdruk slechts beperkte resultaten op te leveren. Deze resultaten moeten vervolgens ook aanvaard worden door de spelers op het terrein. Er worden in het kader van de besparingen voor 2017 eveneens grote inspanningen van de ziekenhuizen gevraagd. De ziekenhuizen worden aangemaand om via netwerken met andere ziekenhuizen het aanbod te rationaliseren en om in dit nieuwe organisatiekader kwaliteitsvolle zorg te blijven aanbieden. De regelgeving om dergelijke aanpassingen te maken wordt nog volop uitgewerkt. Een besparing op een solidaire financiering van de ziekenhuisfinanciering, dreigt echter de kosten te verschuiven naar de individuele patiënt.

Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen

Hervé Avalosse, Rebekka Verniest, Sigrid Vancorenland – LCM Departement R&D

Stijn De Cock – LCM Dienst Gezondheids promotie & Beweging

France Gérard – LCM Dienst Infor Santé¹

Sophie Cornerotte, Stephan Van den Broucke – UCL, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques

Samenvatting

Tijdens het eerste kwartaal van 2016 lanceerde CM, in samenwerking met de UCL, een online enquête over gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen. Bijna 5.711 CM-leden, hebben de vragenlijst beantwoord. Na een herweging van leeftijd, geslacht en regio, vormen ze een representatieve steekproef voor de Belgische bevolking.

De resultaten leiden tot een aantal opvallende conclusies:

- Ongeveer **vier Belgen op tien halen niet het nodige niveau op vlak van gezondheidsvaardigheden**. Het niveau van gezondheidsvaardigheden (of 'health literacy') is beperkt bij drie Belgen op tien en wordt zelfs onvoldoende geacht bij 15% van de Belgen. Deze resultaten bevestigen grotendeels de resultaten van een vorig onderzoek, uitgevoerd in 2014.
- **95% van de respondenten zoekt naar gezondheidsinformatie**. De top 3 van onderwerpen waarnaar gezocht wordt, bestaat uit informatie over een gezonde levensstijl, over ziektesymptomen en oorzaken van ziekten of klachten.
- De **voornaamste bronnen** die worden gebruikt voor gezondheidsinformatie, in dalende volgorde van frequentie zijn: **de huisarts**, internet en familie. Het onderzoek benadrukt nogmaals het belang en de centrale rol van de huisarts.
- Hoewel het **internet** niet per se voor iedereen de belangrijkste bron voor gezondheidsinformatie is, is het toch een **sterk vertegenwoordigd zoekmiddel**: bijna 89% van de mensen die op zoek zijn naar gezondheidsinformatie, maakt er op een of andere manier gebruik van. En het zijn de zoekmachines die de voorkeur krijgen. De website van CM komt op de tweede plaats.
- **Zoeken naar gezondheidsinformatie is geen neutrale aangelegenheid**. Een niet te verwaarlozen deel (6 tot 8 %) van de respondenten die gezondheidsinformatie opzoeken, heeft de neiging om zelf diagnoses te stellen, zich angstig te voelen en een bezoek aan hun arts uit te stellen, wat niet bepaald wenselijk is.

Gezondheidsinformatie is overvloedig beschikbaar en zeer complex. Het is vaak moeilijk om deze te begrijpen en te evalueren. Dit kan gevolgen hebben voor de gezondheid, vooral bij een foute interpretatie of foutief gebruik van gezondheidsinformatie. Het vaardigheidsniveau van het publiek op dit gebied verbeteren is duidelijk een missie voor de mutualiteiten. CM engageert zich hiertoe en neemt initiatieven.

Sleutelwoorden: gezondheidsvaardigheden (health literacy), internet, opleidingsniveau, materiële deprivatie, informatiebronnen

¹ Franstalige dienst voor gezondheids promotie

1. Inleiding

Steeds meer patiënten nemen actief deel aan de beslissingen met betrekking tot hun gezondheid en worden “geïnformeerde patiënten”. Om deze actieve rol op te nemen zijn er verschillende vaardigheden nodig. Deze vaardigheden zijn de essentie van het begrip “gezondheidsvaardigheden”. Dit concept wordt gedefinieerd als “kennis, motivatie en vaardigheden van individuen om **toegang te krijgen** tot gezondheidsinformatie, deze te **begrijpen, te evalueren en te gebruiken** om in het alledaagse leven beoordelingen te maken en besluiten te nemen op het gebied van gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, om de levenskwaliteit te onderhouden of te verbeteren.”² (SØRENSEN K. et al., 2012). Begaafd zijn in “gezondheidsvaardigheden” betekent dus veel meer dan beschikken over weetjes of kennis over gezondheid. Het gaat om vaardigheden, het vermogen om te handelen.

In 2014 leerde een studie van CM en de UCL, waarin ze als eersten het niveau van gezondheidsvaardigheden bij de Belgische bevolking maten, dat 4 Belgen op 10 een onvoldoende vaardigheidsniveau hadden op het gebied van gezondheid³. Hoewel deze resultaten zeer vergelijkbaar waren met die van andere Europese landen, verdienden ze een bevestiging. Daarom organiseerden CM en de UCL in 2016 een nieuwe enquête. Naast de evaluatie van het niveau van gezondheidsvaardigheden, was deze studie ook bedoeld om beter te begrijpen of het ondervraagde publiek gezondheidsinformatie opzocht, over welke thema's, bij welke bronnen alsook wat het publiek dacht over de betrouwbaarheid van deze bronnen en hoe we werden gebruikt.

2. Methode

Het onderzoek werd gevoerd tijdens de maanden maart en april van 2016, dankzij een online vragenlijst, volledig anoniem, in het Frans en het Nederlands. Deze vragenlijst werd opgesteld door de onderzoekers van de UCL en nagelezen door de CM-diensten voor gezondheidsbevordering van en door het departement R&D. Bijna 100.000 leden van CM, 18 jaar en ouder, werden gecontacteerd⁴ om aan dit onderzoek deel te nemen. Ze

vormden aanvankelijk een representatieve steekproef voor de Belgische bevolking.

In totaal hebben 7.197 mensen de vragenlijst beantwoord. Na de eliminatie van degenen die op enkele vragen niet hadden gereageerd, bleven er 5.711 respondenten over. Omdat jongvolwassenen ondervertegenwoordigd waren onder de respondenten, gebeurde een herweging op leeftijd, geslacht en regio. Na deze herweging gaven 5.711 respondenten een representatief beeld van de Belgische bevolking, wat de kracht van de resultaten garandeerde.

3. Resultaten

3.1. Niveau van gezondheidsvaardigheden

De vragenlijst bevatte 16 vragen,⁵ bedoeld om de gezondheidsvaardigheden te meten, die het mogelijk maakten om een uiteindelijke score tussen 0 en 16 te berekenen. Op basis van deze score konden 3 niveaus van gezondheidsvaardigheden worden onderscheiden: “onvoldoende” voor een score van 0 tot 8, “beperkt” voor een score van 9 tot 12 en “voldoende” voor een score van 12 en meer.

Over het algemeen **beschikken ongeveer zes Belgen op tien (57%) over voldoende gezondheidsvaardigheden**. Het niveau van gezondheidsvaardigheden is beperkt voor drie Belgen op tien (28%) en wordt zelfs onvoldoende geacht voor 15% van de Belgen. In totaal weten bijna vier Belgen op tien veel te weinig op het gebied van gezondheid.

Dit resultaat bevestigt grotendeels het resultaat dat we verkregen bij het eerste onderzoek, uitgevoerd in 2014. Het zet België op hetzelfde niveau als de andere Europese landen, zoals aangetoond door het European Health Literacy Survey (HLS-EU) dat in 2011 het niveau van gezondheidsvaardigheden mat in 8 Europese landen (Oostenrijk, Bulgarije, Duitsland, Griekenland, Ierland, Nederland, Polen en Spanje). Volgens dit onderzoek, gebaseerd op 8.000 Europeanen, beschikt 12% van de respondenten over onvoldoende vaardigheden, 35% over beperkte vaardigheden en slechts 53% over voldoende vaardigheden in gezondheids-

2 SØRENSEN K., VAN DEN BROUCKE S., FULLAM J., DOYLE G., PELIKAN J., SLONSKA Z., BRAND H., FOR (HLS-EU) CONSORTIUM HEALTH LITERACY PROJECT EUROPEAN. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012 ; 12:80.

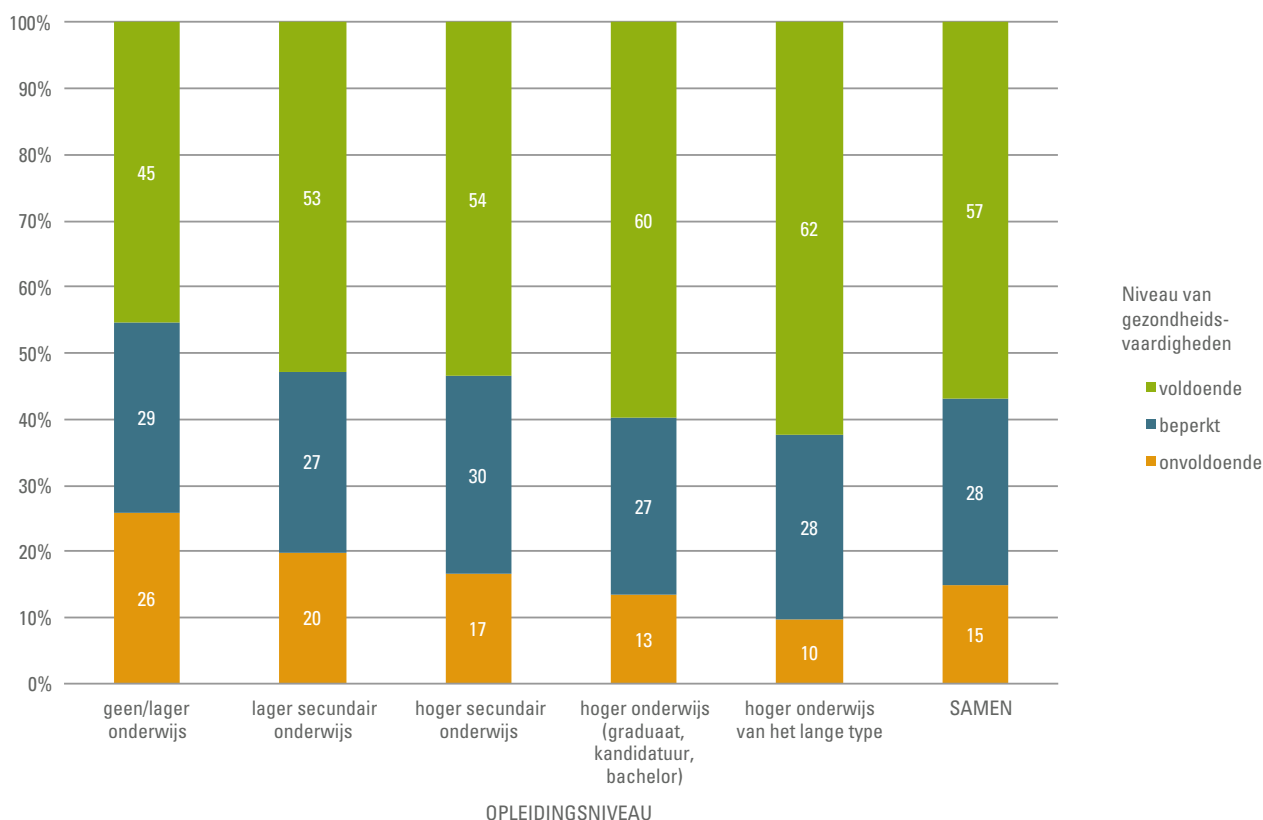
3 Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M, Van den Broucke S, Renwart A, Rummens G, Gérard F. 2014. Kennis van de Belgen op het gebied van gezondheid. *CM-Informatie*. 258 : 48-55.

4 De gecontacteerde personen zijn opgenomen in de voorraad beschikbare e-mailadressen, die worden doorgestuurd binnen het kader van "diensten en voordelen" (met opt-in).

5 Voorbeelden: Hoe gemakkelijk of moeilijk is het volgens u om informatie te vinden over de behandeling van ziekten die op u betrekking hebben? om de instructies van uw arts of apotheker te volgen?
Deze 16 vragen vormen de korte versie van de vragenlijst die werd gebruikt voor het Europees onderzoek HLS-EU.
Zie: <http://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>.

6 Resultaten ook vergelijkbaar met de resultaten die zijn verkregen in Canada waar ongeveer 60% van de volwassenen een laag niveau van gezondheidsvaardigheden heeft. Bron: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php>

Figuur 1: Niveau van gezondheidsvaardigheden volgens opleidingsniveau (in %)



vaardigheden. Ondanks het feit dat de Belgische resultaten vergelijkbaar zijn met de andere Europese landen⁶, plaatst het onderzoek ons ver achter buurland Nederland. In het Europees onderzoek, beschikt 75% van de Nederlanders over een voldoende vaardigheidsniveau op het gebied van gezondheid.

Laten we voor de respondenten van ons onderzoek, nagaan hoe het vaardigheidsniveau op vlak van gezondheid varieert naargelang verschillende analysecriteria. We zien verschillen volgens het opleidingsniveau, regio, leeftijd, gezondheids-toestand.

Het **opleidingsniveau** heeft een grote invloed op het vaardigheidsniveau op het gebied van gezondheid (zie Figuur 1). 45% van de personen die slechts een diploma basisonderwijs hebben, beschikt over voldoende gezondheidsvaardigheden, ten opzichte van 62% bij personen met een universitaire opleiding. We zien dit sociale verschil ook op het niveau van een indicator voor materiële deprivatie. Deze notie werd in de vragenlijst gemeten aan de hand van niet te beschikken over

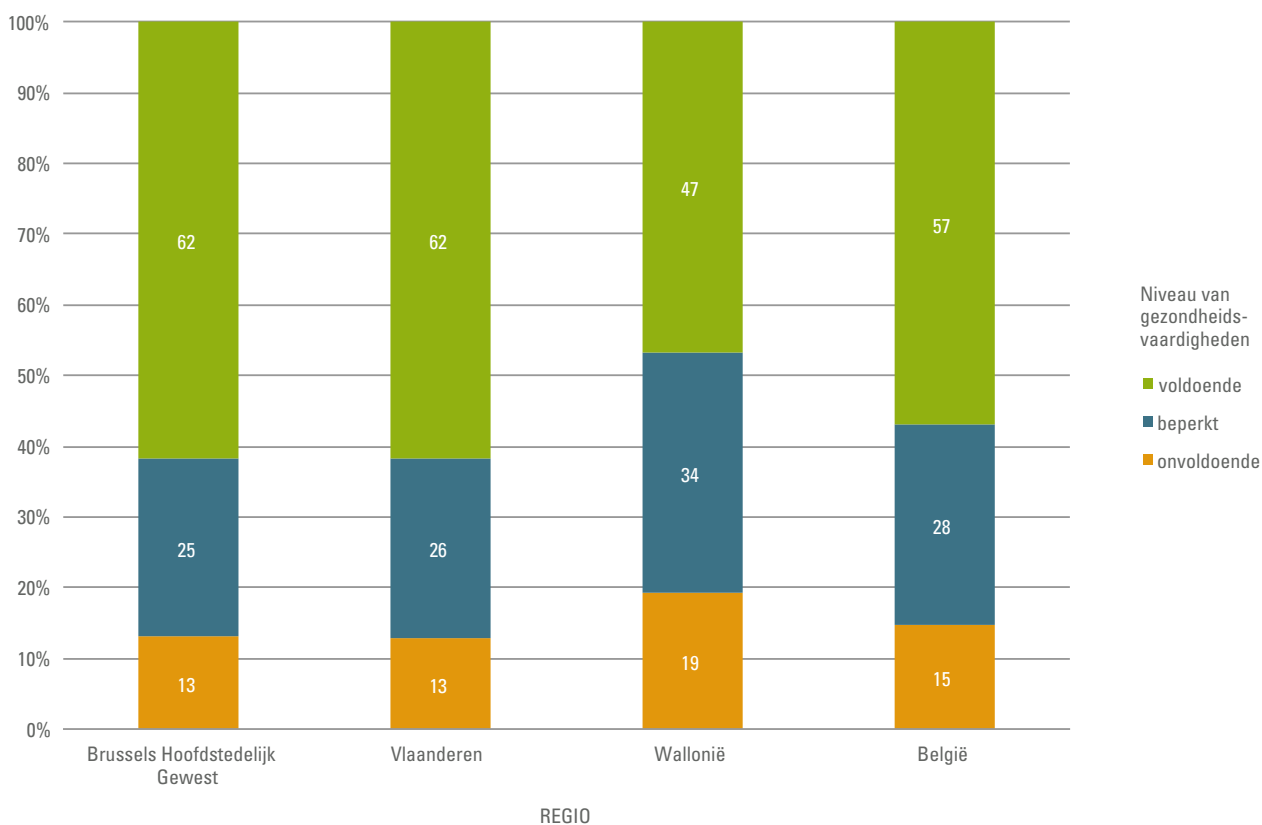
middelen om zich bepaalde zaken uit een lijst van 9 items te kunnen veroorloven⁷. Bijna 5% van onze respondenten bevindt zich in een situatie van materiële deprivatie. Het aandeel van deze personen met voldoende vaardigheden op het gebied van gezondheid is veel lager: 46% ten opzichte van 58% voor degenen die niet in een situatie van materiële deprivatie leven.

We nemen **regionale verschillen** waar. De respondenten die in de regio Vlaanderen en Brussel wonen hebben een beter niveau van gezondheidsvaardigheden dan degenen die in Wallonië wonen. Voor de Walen bedraagt het percentage van respondenten met een voldoende niveau 47%, veel lager dan het percentage dat wordt waargenomen in Vlaanderen en in Brussel (zie Figuur 2).

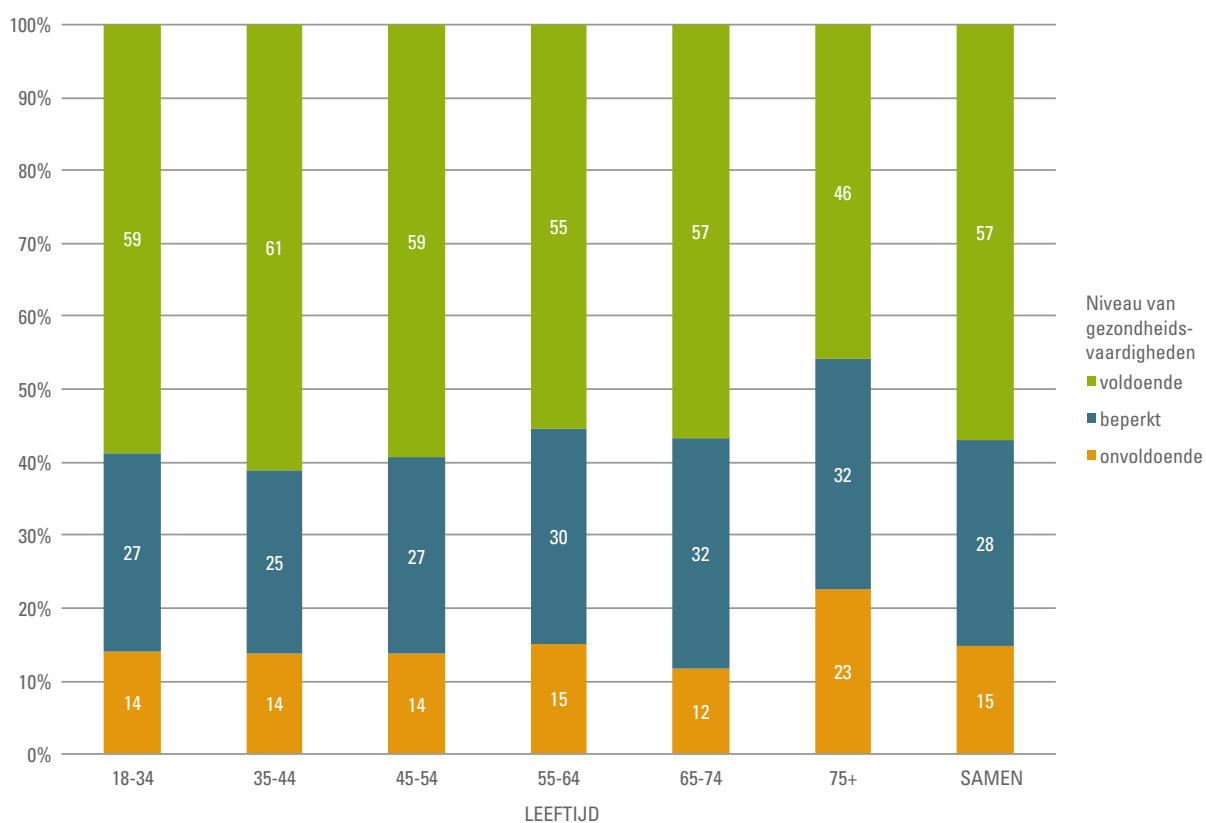
We zien geen groot verschil volgens geslacht, maar wel een **leeftijdseffect**. In de leeftijdsgroepen 18 tot 74 jaar schommelt het percentage van respondenten met voldoende gezondheidsvaardigheden rond 60% (van 55 tot 61%). Voor 75-jarigen en ouder is dit percentage veel lager: 46%. (zie Figuur 3).

⁷ Personen die in een huishouden leven dat zich vier van de volgende elementen financieel niet kan veroorloven, worden beschouwd als personen die zich in een situatie van materiële deprivatie bevinden: (1) facturen op tijd betalen, (2) jaarlijks een week op vakantie gaan, weg van huis, (3) minstens om de twee dagen een maaltijd nuttigen die bestaat uit vlees, kip of vis, (4) het hoofd bieden aan een onvoorziene kost, (5) beschikken over een telefoon, (6) beschikken over een kleurentelevisie, (7) beschikken over een wasmachine, (8) beschikken over een persoonlijke auto en (9) het huis voldoende verwarmen. De definitie van materiële deprivatie is afkomstig van: http://statbel.fgov.be/fr/binaries/COMMUNIQUE%20DE%20PRESSE%20privation%20mat%C3%A9rielle%20SILC2015_tcm326-277076.pdf

Figuur 2: Niveau van gezondheidsvaardigheden volgens regio (in %)



Figuur 3: Niveau van gezondheidsvaardigheden volgens leeftijd (in %)



3.2. De zoektocht en de informatiebronnen over gezondheid

Er zijn ook duidelijke verschillen volgens de gezondheidstoestand van respondenten. We kunnen dit op verschillende manieren in kaart brengen: volgens de verklaarde gezondheidstoestand, de body mass index en de frequentie van het contact met de huisarts. In vergelijking met de verklaarde gezondheidstoestand van de respondenten (zie Figuur 4): 35% van degenen die verklaren in 'slechte' of 'zeer slechte' gezondheid te verkeren heeft een voldoende niveau van gezondheidsvaardigheden. Voor respondenten die verklaren in 'goede' of 'zeer goede' gezondheid te verkeren, bedraagt dit percentage respectievelijk 64% en 67%.

Wat de body mass index betreft, zien we dat het aandeel van mensen met ondergewicht ($BMI^8 < 18,5$) of obesitas ($BMI \geq 30$) dat over een voldoende niveau van gezondheidsvaardigheden beschikt, veel lager is dan het gemiddelde: respectievelijk 49% en 52%.

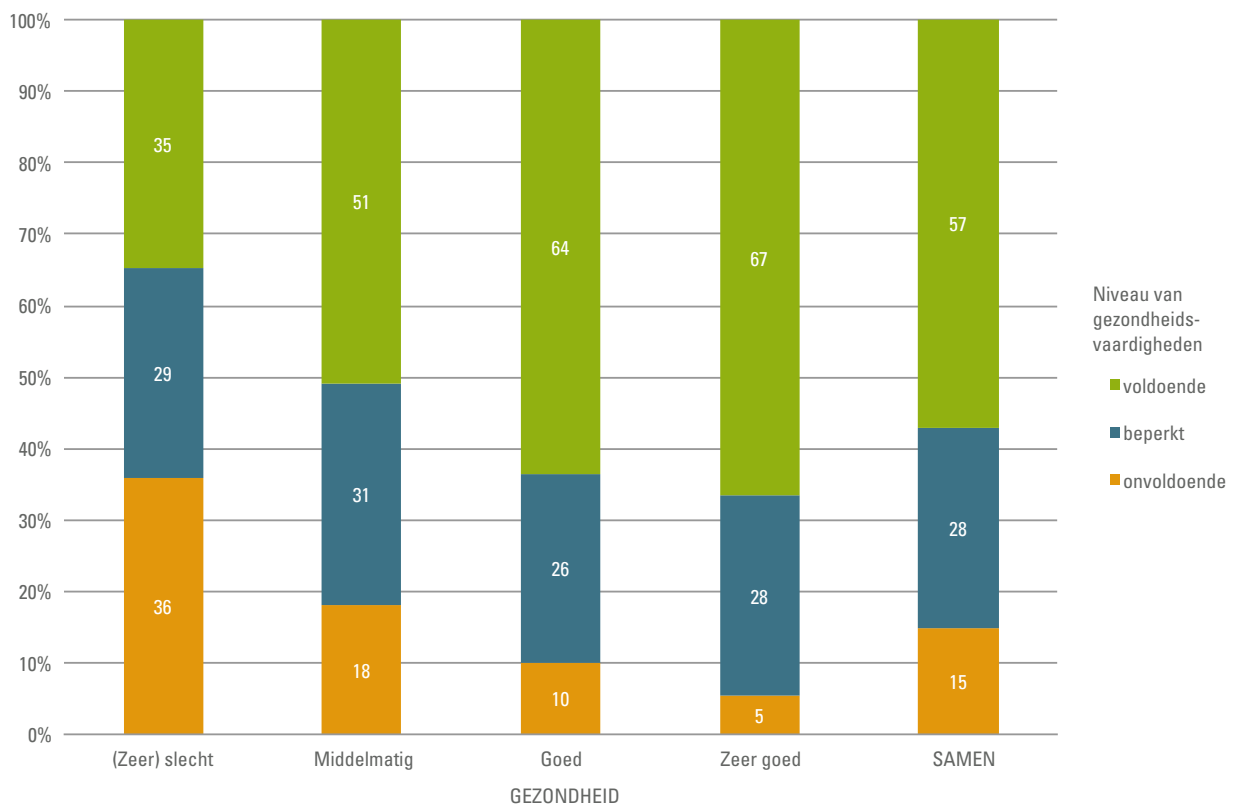
En voor de frequentie van contact met de huisarts, zien we dat hoe hoger deze frequentie is, hoe lager het niveau van gezondheidsvaardigheden is (zie Figuur 5). Van de personen die hun huisarts *meerdere keren per maand* raadplegen, beschikt 39% over een voldoende niveau van gezondheidsvaardigheden. Voor degenen die hun huisarts (*minder dan*) *een keer per jaar* raadplegen, ligt dit percentage veel hoger: 63%.

Met gezondheidsinformatie bedoelen we in dit onderzoek informatie over gezondheidsproblemen, behandelingen, contact met gezondheidsprofessionals maar ook preventie en welzijn. 95% van de respondenten van het onderzoek zoekt naar dit soort informatie. Uiteraard zoekt niet iedereen met dezelfde intensiteit: bijna 54% van de respondenten zoekt 'af en toe', 29% 'regelmatig' en 12% 'vaak'.

Wanneer men gezondheidsinformatie opzoekt, naar welke onderwerpen zoekt men dan precies? In Tabel 1 staan de respondenten die gezondheidsinformatie zoeken. De door hen gezochte onderwerpen worden ingedeeld volgens de zoekfrequentie 'regelmatig' of 'vaak' (laatste kolom van de tabel). **De top 3 van gezochte informatie is: informatie over een gezonde levensstijl, over ziektesymptomen en oorzaken van ziekten of klachten.** Minder frequent gezochte onderwerpen zijn informatie over alternatieve therapieën, de keuze van een zorginstelling en patiëntenverenigingen.

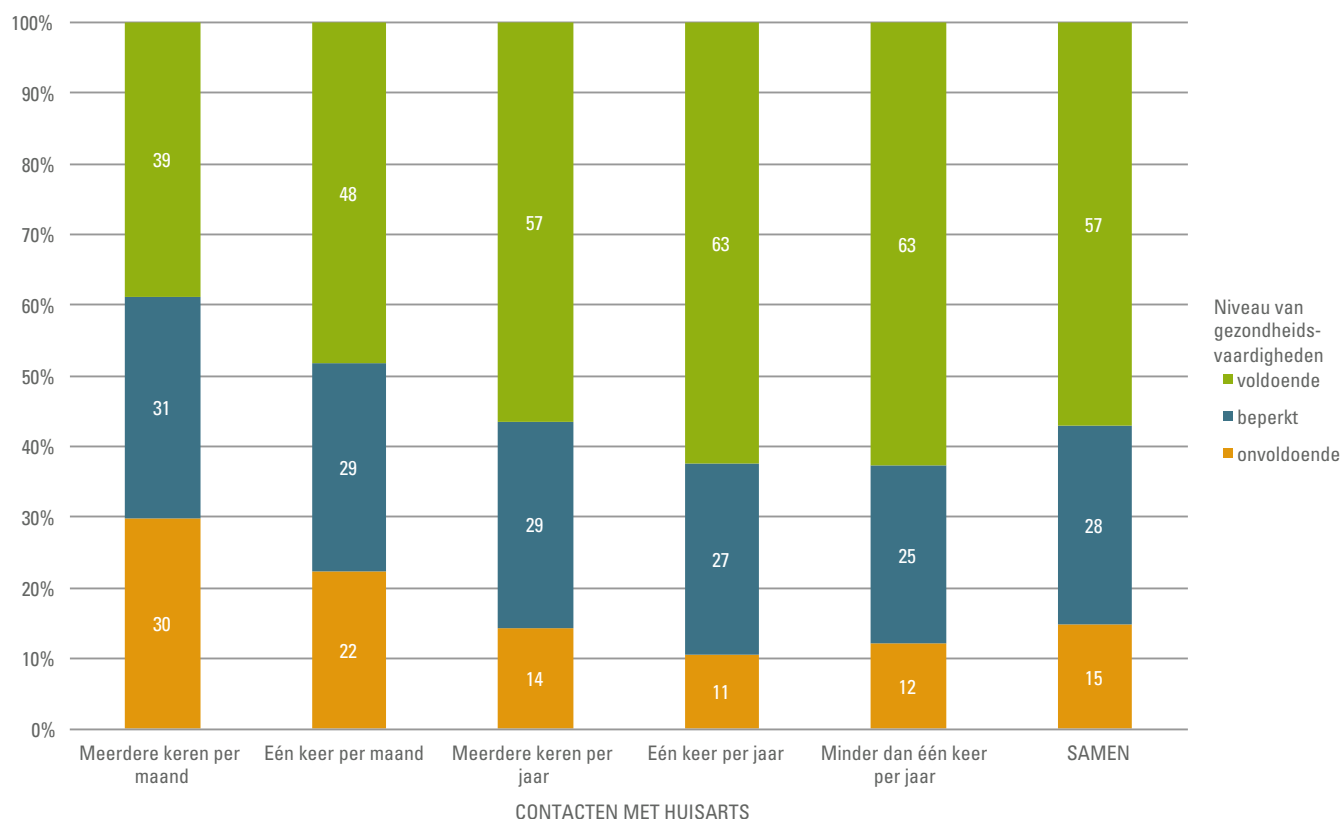
Wat de motivatie betreft die aan de oorsprong ligt van het zoeken naar informatie, zijn de twee eerste motiveringen: om **meer controle te hebben over de eigen gezondheid** en om

Figuur 4: Niveau van gezondheidsvaardigheden volgens verklaarde gezondheidstoestand (in %)



8 Body Mass Index of queteletindex: berekend door het gewicht (in kg) te delen door het kwadraat van de lengte (in m).
Bron: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Figuur 5: Niveau van gezondheidsvaardigheden volgens de frequentie van het contact met de huisarts (in %)



Tabel 1: "Over welke onderwerpen zocht je al informatie?" (in %)

Onderwerpen	NOOIT	SOMS	REGELMATIG	VAAK	REGELMATIG + VAAK
Gezonde levensstijl (voeding, lichaamsbeweging, stoppen met roken, ...)	17	42	29	13	42
Ziektesymptomen of klachten	10	58	24	8	32
Oorzaken van ziektes of klachten	13	56	23	8	31
Behandeling van een specifieke ziekte	14	55	22	9	31
Mogelijke neveneffecten van geneesmiddelen	29	42	21	8	30
Correct geneesmiddelengebruik	31	40	22	7	29
Keuze van een zorgverlener (vb. arts, kinesist, ...)	30	46	19	5	24
Mogelijke risico's van behandelingen	28	48	18	6	24
Je rechten in de ziekteverzekering (sociale zekerheid), zoals het recht op de verhoogde tegemoetkoming of het recht op een specifieke terugbetaling	35	43	17	5	22
Preventiemaatregelen (inenting, screening, preventieve tandzorg, ...)	35	46	15	4	19
Je rechten als patiënt	44	37	14	5	19
Alternatieve behandelingen (vb. homeopathie, fytotherapie, acupunctuur, ...)	49	34	11	6	17
Keuze van een verzorgingsinstelling (vb. ziekenhuis)	44	40	12	4	16
Patiëntenorganisaties	72	21	5	2	7

Tabel 2: “Waarom ging je op zoek naar informatie over gezondheid?” (in %)

	NOOIT	SOMS	REGEL- MATIG	VAAK	REGELMATIG + VAAK
Ik heb zo meer greep op mijn gezondheid	25	44	23	8	31
Ik wilde de ervaringen van andere mensen in dezelfde situatie als ik kennen	29	45	19	7	26
Om goed voorbereid op consultatie te gaan bij mijn arts of een andere zorgverlener	30	48	17	6	22
Ik had nood aan een tweede advies	41	41	14	4	18
Ik herinnerde mij niet alles wat mijn arts zei	47	41	10	2	13
Mijn arts geeft mij te weinig informatie	58	32	7	3	10
Ik had niet goed begrepen wat mijn arts zei	57	34	7	2	9

de ervaringen van andere personen te kennen die in gelijkaardige situaties leven (zie Tabel 2). We merken ook een niet te miskennen deel (9 tot 13%) van respondenten waarbij het gaat om het - ‘regelmatig’ of ‘vaak’ - compenseren van een **vergetelheid**, een **gebrek** of **niet begrijpen** van de informatie die door de arts wordt verstrekt. Deze twee laatste redenen zijn veel meer aanwezig bij degenen met een zeer laag opleidingsniveau (respectievelijk 16% en 22%) of die in een situatie van materiële deprivatie leven (respectievelijk 15% en 23%).

Sommige informatiebronnen krijgen duidelijk de voorkeur. Voor bijna 55% van de respondenten is **de huisarts** de eerste bron. We zien nogmaals het belang en de centrale rol van de huisarts. Het internet komt op de tweede plaats (28%) en familie op de derde (5%). Andere bronnen die worden geraadpleegd zijn een medisch specialist (4%) en de apotheker (2%).

De mate van ‘vertrouwen’ die door de respondenten wordt uitgedrukt voor de verschillende mogelijke bronnen is niet dezelfde (Figuur 6). Over het algemeen is het vertrouwen in huisartsen, medisch specialisten en apothekers zeer groot. Het vertrouwen is lager ten aanzien van familie en het internet. In deze laatste hebben over het algemeen slechts 29% van de respondenten ‘veel’ of ‘volledig’ vertrouwen. Maar als we ons beperken tot degenen die het internet hebben aangeduid als eerste geraadpleegde informatiebron, stijgt het vertrouwensniveau: 48% van hen heeft ‘veel’ of ‘volledig’ vertrouwen. Hoewel het hun favoriete bron is, heeft 51% van de respondenten slechts ‘een beetje’ vertrouwen in het internet. Dat is vrij geruststellend: Ze blijven kritisch, weten dat niet alle informatie die op het internet kan worden geraadpleegd per definitie betrouwbaar is.

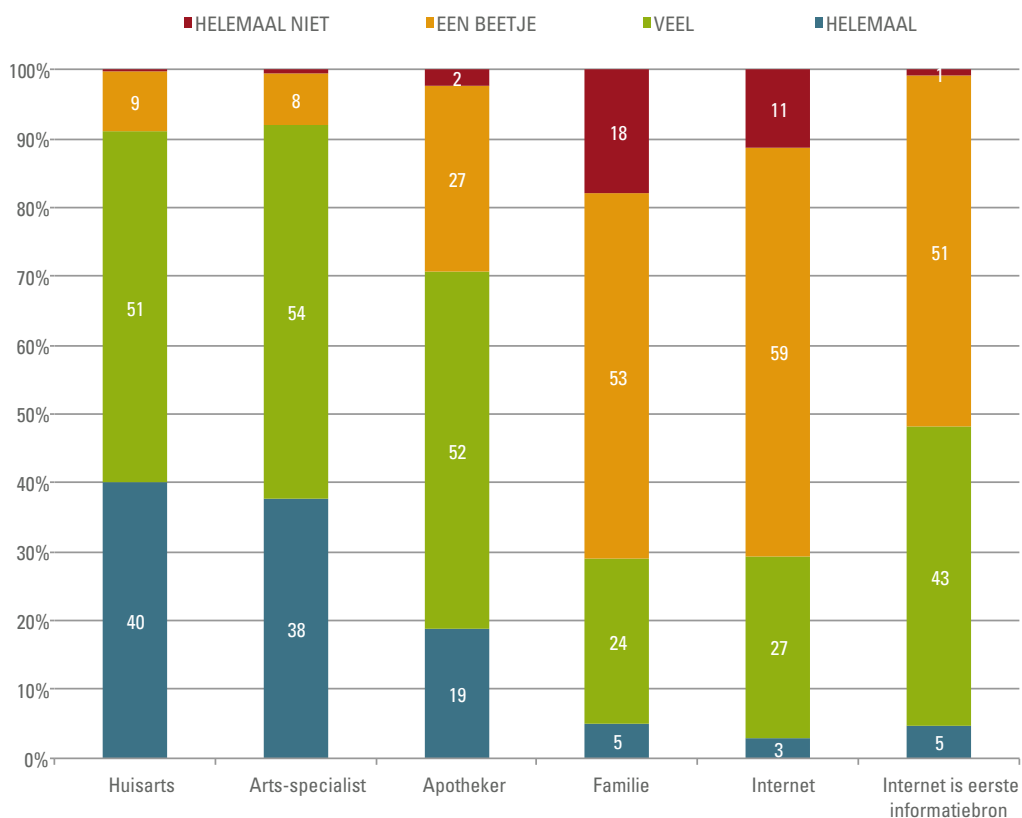
Een opvallend resultaat is dat **de informatiebronnen waaraan de respondenten de voorkeur geven, variëren naargelang de leeftijd** (zie Figuur 7). De huisarts is de eerste informatiebron in alle leeftijdsgroepen, behalve die van 18-34 jaar. En hoe ouder men is, hoe meer de huisarts op de eerste plaats komt. Nog vóór de huisarts, is voor 18-34-jarigen daarentegen het internet de eerste informatiebron (42%). Hoewel het internet nog door 35% van de 35-44-jarigen wordt opgegeven als eerste informatiebron, vermindert deze frequentie snel met de leeftijd. In vergelijking met de arts en het internet, is familie eerder ‘uitzonderlijk’ de eerste informatiebron, behalve in de categorie 18-34-jarigen, waar 14% haar aanduidt. Maar dit percentage neemt zeer snel af naarmate de leeftijd stijgt.

Er is ook een **invloed van het opleidingsniveau** op de geprefereerde informatiebronnen: zoals we in Figuur 8 kunnen vaststellen, stijgt het belang van het internet als eerste informatiebron, alsook dat van familie, naarmate het opleidingsniveau stijgt. Bij de respondenten met een opleiding hoger onderwijs van het lange type hebben, vormt het internet voor 37% de eerste informatiebron. Ongeacht het opleidingsniveau, is het de huisarts die de eerste informatiebron blijft, maar met een afnemende frequentie naargelang het opleidingsniveau.

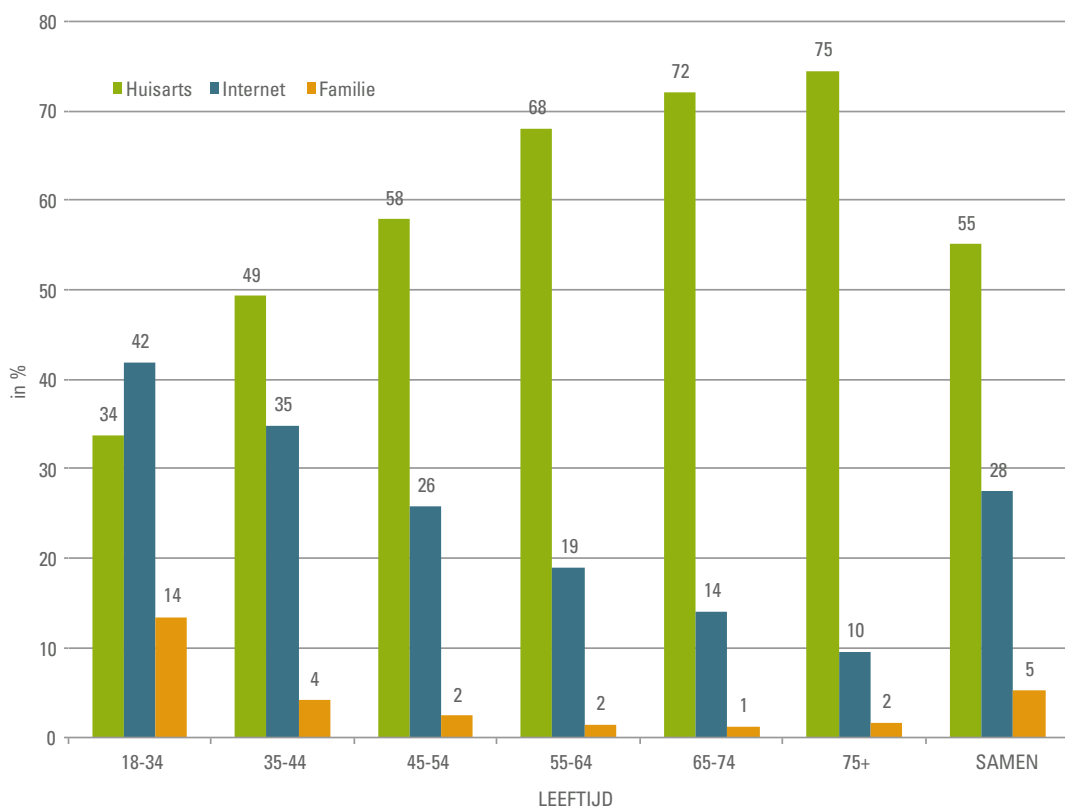
Over het algemeen is het internet een zoekmiddel dat sterk aanwezig is: bijna 89% van de mensen die op zoek zijn naar gezondheidsinformatie, maakt er op een of andere manier gebruik van. Dit laatste resultaat wordt mogelijk beïnvloed door de onderzoeksmethode: aangezien de vragenlijst online werd ingevuld, beschikten alle respondenten per definitie over informaticamateriaal. Maar de impact daarvan op de studie valt te nuanceren, omdat het aantal Belgische gezinnen dat over informaticamateriaal beschikt, erg hoog is. Volgens de FOD Economie⁹, beschikt 82,1% van de Belgische gezinnen

9 Bron: http://economie.fgov.be/fr/consommateurs/Internet/ICT_en_chiffres/.

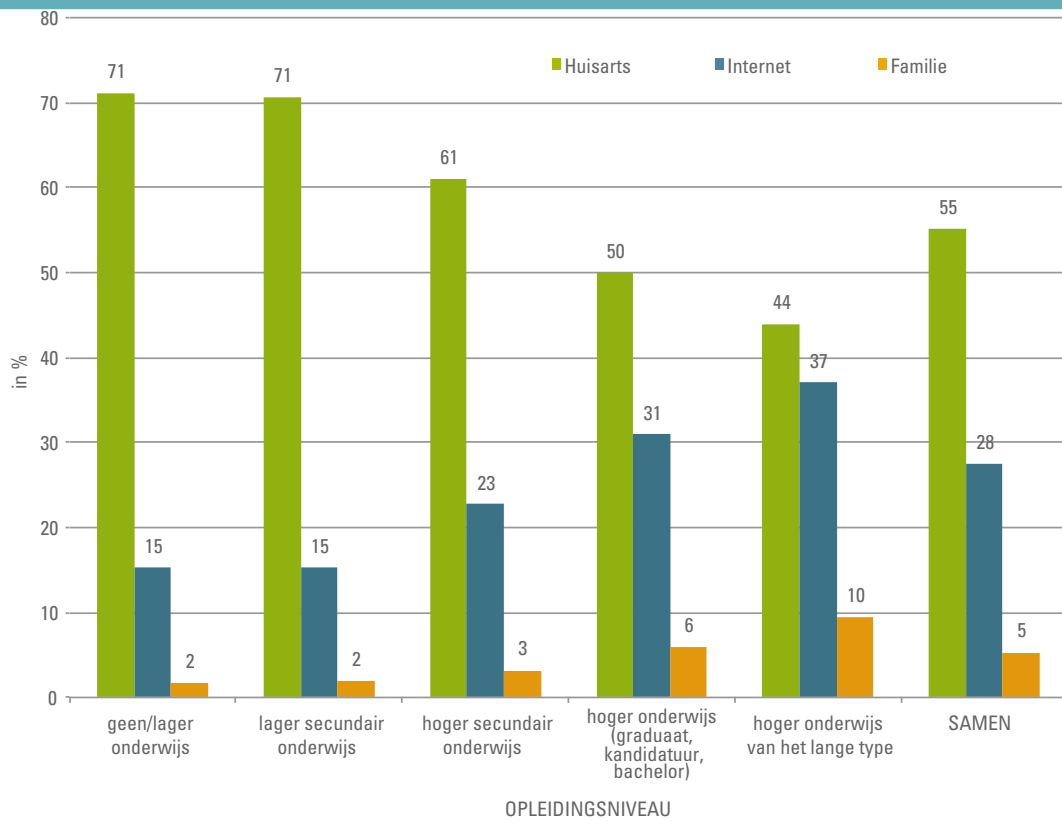
Figuur 6: “In welke mate vertrouw je volgende bronnen voor gezondheidsinformatie?” (in %)



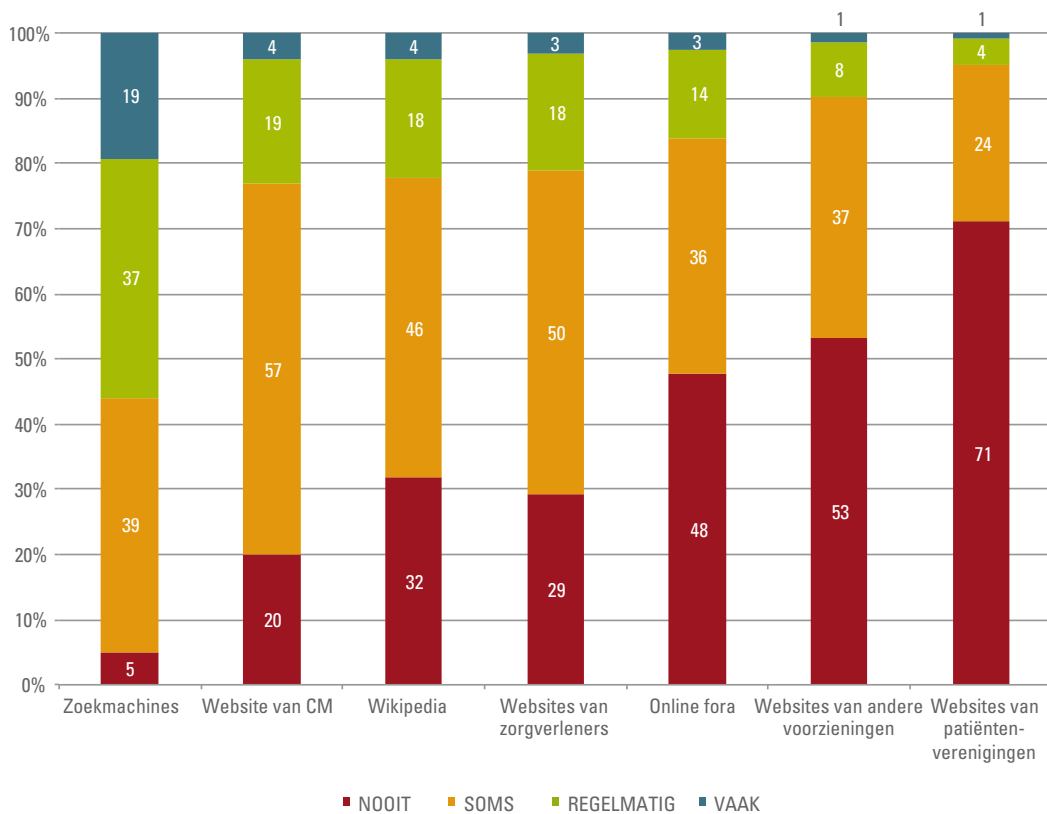
Figuur 7: “Wanneer je vragen over gezondheid hebt, welke informatiebron raadpleeg je dan eerst?” – top 3 volgens leeftijd (in %)



Figuur 8: "Wanneer je vragen over gezondheid hebt, welke informatiebron raadpleeg je dan eerst?" – top 3 volgens opleidingsniveau (en %)



Figuur 9: "Op welke websites ga je op zoek naar gezondheidsinformatie?" (in %)



Tabel 3: “Wat zijn de gevolgen wanneer je op zoek gaat naar gezondheidsinformatie?” (in %)

	NOOIT	SOMS	REGEL- MATIG	VAAK	REGELMATIG + VAAK
Ik raadpleeg mijn behandelend arts	8	39	36	17	53
Ik voel me gerustgesteld door de informatie	10	63	24	4	28
Ik raadpleeg mijn apotheker	29	49	17	6	22
Ik stel mijn eigen diagnose	56	36	7	2	8
Ik voel me angstig wanneer ik de informatie lees	43	49	6	2	8
Ik stel consultaties bij mijn arts uit	72	22	5	1	6

minstens over een computer en 81,8% over internetverbinding. De Belgen leven echt up-to-data met de informatiemaatschappij¹⁰!

En wanneer men op zoek gaat naar gezondheidsinformatie, zijn de meest bezochte websites **de zoekmachines** (Figuur 9). Merk ook op dat de **website van CM** en de websites van zorgverleners (huisarts, specialist, ziekenhuis, ...) ook goed zijn gepositioneerd.

Zoeken naar gezondheidsinformatie is geen neutrale handeling, er zijn bepaalde gevolgen. En ze zijn soms opvallend. 19% van de respondenten spreekt nooit met een gezondheidsprofessional over de gezondheidsinformatie die ze hebben gevonden. De overgrote meerderheid van de respondenten heeft daarentegen wel eerder de neiging om de arts te raadplegen, zoals blijkt uit Tabel 3. Merk op dat er desondanks een niet te verwaarlozen deel (6 tot 8%) van de respondenten is dat zelf een diagnose stelt, zich angstig voelt en het risico neemt om een bezoek aan de arts uit te stellen, wat niet gewenst is. En hier verschijnt nogmaals een sociale kloof: het percentage aan respondenten dat zegt dat ze ‘regelmatig’ of ‘vaak’ een consultatie uit te stellen is veel hoger bij degenen met slechts een diploma basisonderwijs (14,5%) of te maken krijgen met materiële deprivatie (9%).

4. Een actiepunt voor CM

CM onderneemt al geruime tijd tal van initiatieven rond gezondheidsbevordering en is van plan om haar inspanningen

voort te zetten om de kennis en vaardigheden van het publiek op het gebied van gezondheid, te verbeteren. Met 4 Belgen op 10 met beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden, is er nog veel werk aan de winkel! En het is ongetwijfeld een fundamentele taak want goede gezondheidsvaardigheden hebben positieve gevolgen voor het gezondheidsgedrag, zoals evenwichtige voeding, fysieke activiteit, alcoholgebruik, geneesmiddelengebruik of de medewerking aan bevolkingsonderzoeken en het in handen kunnen nemen van de eigen verzorging bij chronisch zieken. CM benadrukt dat een ziekenfonds moet evolueren naar het concept van “gezondheidsfonds” en zich moet profileren als “een betrouwbare bron voor advies en informatie over de gezondheid, de initiatiefnemer en ondersteuner van tal van projecten die de gezondheid van ieder in het dagelijkse leven bevorderen”¹¹.

Zonder de publicaties (mutualistische pers, brochures, e-zine, ...), de vergaderingen, cursussen en regionale informatiesessies mee te tellen, staat de website van CM boordevol informatie over de gezondheid, ziekten en behandelingen alsook preventieadvies. Deze informatie wordt gevalideerd door experts en regelmatig bijgewerkt.

Bovendien werden er de laatste jaren informatiepunten voor ‘chronisch zieken’ ingevoerd (met, voor het Franstalige gebied, de organisatie van een maandelijkse chat). Aan Franstalige kant werden ook hulpmiddelen ontwikkeld, zoals: www.jepenseaussiamoi.be, alsook een platform over arbeidsongeschiktheid. Aan Nederlandstalige zijde werd in het voorjaar van 2017 de online gezondheidscoach Victor gelanceerd (www.cm.be/victor). Nog langs Nederlandstalige kant en om mensen op weg te zetten om kritisch(er) om te gaan met gezondheidsinfo

10 Er blijft een digitale kloof: in 2015 had 13 % van de Belgen tussen 16 en 74 jaar nog nooit internet gebruikt. Het gaat om gezinnen met een laag inkomen, oudere personen, mensen met een laag opleidingsniveau.
Bron: http://economie.fgov.be/fr/binaries/Barometre_de_la_societe_de_l_information_2016_tcm326-278973.pdf, pagina 34.

11 L. Van Gorp, Een gezond 2017 in al zijn dimensies. <http://www.cm.be/actueel/standpunten/2017/een-gezond-2017.jsp>
Hermesse J. 2016. Een Pact is een wederzijdse overeenkomst! Hoofdartikel En marche, editie van 1 december 2016

lanceerde CM in Vlaanderen en Brussel op 21 november 2016 de campagne 'Foute informatie schaadt de gezondheid'¹². Gezondheidsmythes vormen de rode draad doorheen de campagne. In het kader van de campagne werden ludieke filmpjes uitgewerkt en een laagdrempelige flyer waarmee lezers door middel van zeven vragen kritisch kunnen stilstaan

bij gezondheidsinformatie. Deze zeven vragen worden onderaan dit artikel opgelijst. Ook online zal CM aandacht vragen voor het thema. Daarnaast vinden er in heel Vlaanderen lezingen plaats met Marleen Finoulst, zijn er lokale infosessies en publieksacties en evenementen.

Laat je niet vangen: slim lezen en klikken met zeven vragen

Gezondheidsinformatie vind je overal: op het internet, in de krant, in magazines. Maar wat mag je nog geloven? Informatie beoordelen met zeven slimme vragen in het achterhoofd doet de gezondheid alvast goed.

1. Wie?

Wie is aan het woord?

- ✓ Is het een professor of een expert? Werkt deze persoon voor een universiteit of een betrouwbare gezondheidsorganisatie?
- ✗ Is het iemand die zich voordoeft als expert, maar eigenlijk niets met gezondheid te maken heeft?

2. Wat?

Wat is het echte nieuws?

- ✓ Lees altijd het volledige artikel.
- ✗ Laat je niet vangen door sensationele koppen of foto's.

3. Waar?

Waar lees je de informatie?

- ✓ Op de website van een betrouwbare organisatie of in een betrouwbaar tijdschrift? Check bij een website altijd wie de auteurs of initiatiefnemers zijn.
- ✗ Op een onbetrouwbare website vol reclame of in een puur sensatiegericht blad?

4. Wanneer?

Wanneer werd de tekst geschreven?

- ✓ Is het een recente tekst of gaat het over een recent onderzoek? De wetenschap staat niet stil.
- ✗ Gaat het om verouderde informatie?

5. Waarom?

Waarom werd de tekst geschreven?

- ✓ Is het doel mensen correct informeren of bewust maken? Wil men een nieuwe, betrouwbare studie in de kijker zetten?
- ✗ Wil men enkel reclame maken voor bepaalde producten (bv. voedingssupplementen)?

6. Hoe?

Hoe komt men tot de conclusie?

- ✓ Op basis van een betrouwbare studie?
- ✗ Na een enquête bij een handvol mensen? Is het een mening of idee?

7. Geloofwaardig?

- ✓ Luister naar je gezond verstand.
- ✗ Is iets te mooi om waar te zijn? Dan is het meestal niet waar.

12 De campagne 'Foute informatie schaadt de gezondheid' werd uitgewerkt i.s.m. Marleen Finoulst en 'Gezondheid & Wetenschap'. Meer weten? Surf naar www.cm.be/gezondheidsinfo.
- Marleen Finoulst is arts, hoofdredactrice van Bodytalk. Ze is ook coördinator van 'Gezondheid en Wetenschap'.
- www.gezondheidenwetenschap.be is een onafhankelijke website over gezondheid, gebaseerd op degelijk wetenschappelijk onderzoek of Evidence-Based Medicine (EBM). De website is een initiatief van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam), financieel mogelijk gemaakt met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

Aanbevelingen en reflecties na het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden'

Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Rebekka Verniest - departement R&D

Met onze dank aan Alexandra Deschauer (dienst uitkeringen) en Etienne Laurent (medische directie)

Samenvatting

Het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden' legde enkele pijnpunten bloot. Anno 2016 is het voor langdurig zieken nog steeds moeilijk om rond te komen. Bovendien ziet slechts een minderheid zichzelf in staat om het werk te hervatten. Deze resultaten werden voorgesteld aan de nationale pers op 14 oktober 2016. Op deze persconferentie werden ook enkele aanbevelingen geformuleerd.

De eerste aanbeveling is een verhoging van de uitkeringen tot een bestaanszeker niveau. Uitkeringen moeten langdurig zieken in staat stellen om op een menswaardige manier te participeren aan de samenleving.

De tweede aanbeveling vraagt aandacht voor de factoren die de stijging van het aantal invaliden in de laatste jaren verklaren. In dit artikel wordt ruim aandacht besteed aan deze verklarende factoren. De stijging is niet toe te schrijven aan de invaliden zelf, maar is het gevolg van enkele politieke maatregelen, sociologische fenomenen en epidemiologische gegevens. Een voorzichtige voorspelling leert dat we, met ongewijzigd beleid, tegen 2022 te maken zullen hebben met 516.000 langdurig zieken.

De derde aanbeveling toont hoe we deze evolutie kunnen keren door meer in te zetten op preventie van arbeidsongeschiktheid. Dit is mogelijk door aandacht te hebben voor de fysieke en psychosociale werkomstandigheden en een aanpassing van de eindeloopbaan.

De persconferentie was geen eindpunt van het onderzoek, maar was daarentegen een startpunt van discussie en debat over de onderzoeksresultaten. De bedoeling hiervan was om de aanbevelingen nog verder uit te werken en te verfijnen. Deze besprekingen brachten onder andere de nood naar boven om de term 'invaliden' te vervangen en het isolement van langdurig zieken te doorbreken. Wat werkhervatting betreft werd aangehaald dat een transversale begeleiding van invaliden door het ziekenfonds noodzakelijk is. De overheid moet eveneens voldoende structurele werkaanpassingen uitbouwen om werkhervatting te faciliteren en deze moeten beter bekend gemaakt worden. In het verhaal van de werkhervatting is nog een lange weg af te leggen voor de werkgevers, die de langdurig zieken meer kansen op re-integratie moeten bieden. Tot slot is het vrijwillig aspect bij werkhervatting van essentieel belang voor kans op slagen.

De resultaten, aanbevelingen en discussies tonen aan dat er nog werk aan de winkel is om de situatie van langdurig zieken te verbeteren. Dit geldt op het gebied van hun financiële, sociale en tewerkstellings situatie. Als CM zullen we hieraan blijven (mee)werken en dit blijvend onder de aandacht houden.

Sleutelwoorden: invaliden, werkhervatting, oplossingen, macroanalyse

Inleiding

In het vorige nummer van CM-Informatie presenteerden we het resultaat van de studie over de financiële en sociale situatie van invaliden¹. Voor deze mensen is het leven echt zwaar: hun gezondheid is niet goed, de beschikbare middelen om van te leven zijn zo verminderd dat 50 % van hen moeite heeft om de eindjes aan elkaar te knopen en dat 44 % van hen moet afzien van zorg of hulpverlening die nodig is voor hun gezondheid (voor de invalide persoon of voor een gezinslid). En wanneer ze nadenken over hun toekomst, voelen maar weinigen zich in staat om terug te gaan werken (8 % geeft zichzelf een kans, 16 % is pessimistisch).

Deze en nog veel andere resultaten zijn gepresenteerd tijdens een persconferentie op 14 oktober 2016 en waren het voorwerp van een persmededeling. Ze werden, bij verschillende gelegenheden, ook gepresenteerd aan de mensen die deze enquête mogelijk maakten: de vrijwilligers van Samana, Altéo, maatschappelijk werkers en nog tal van andere mensen. Al deze momenten waren gelegenheden om grondig na te denken over de manier waarop we het hoofd kunnen bieden aan de economische en sociale uitdagingen die invaliditeit met zich meebrengt. En het is aan deze gedachten dat we in dit artikel gehoor geven. Het eerste deel van het artikel bevat elementen die zijn gepresenteerd tijdens de persconferentie van oktober. Het tweede deel heeft betrekking op de reflecties die naar boven kwamen tijdens de presentaties van de resultaten van het onderzoek. Dergelijke presentaties werden op verschillende momenten georganiseerd, met de vrijwilligers van onze bewegingen en de professionals van CM.

We kaarten ook de maatregelen aan die onlangs door de overheid zijn aangekondigd. Al deze elementen dragen bij aan het debat over de toekomst van deze sector van de sociale zekerheid.

1. We staan voor een enorme uitdaging!

De media berichten regelmatig over de alarmerende stijging van het aantal invaliden², doordat de ziekte-uitkeringen momenteel de kosten met betrekking tot de werkloosheid overschrijden³. Met de ziekte-uitkeringen bedoelen we zowel

de uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan een jaar arbeidsongeschikt) als die voor invaliditeit (meer dan een jaar arbeidsongeschikt). Deze evoluties zijn alarmerend, ook al dateren ze niet van gisteren, en zijn de weerspiegeling van enkele grote tendensen, gekoppeld aan verklarende factoren. Het zijn deze punten die we hebben bekendgemaakt tijdens de persconferentie en die we hier herhalen.

1.1. Welke evolutie?

Tabellen 1 en 2 tonen de evolutie voor het aantal invaliden voor de recente periode 2010 tot 2015⁴ alsook de uitkeringen die aan hen zijn uitbetaald. Over een periode van 5 jaar gingen we van 278.000 naar bijna 370.400 invaliden. En wat de invaliditeits-uitkeringen betreft, zijn de kosten ook gestegen: van 3,3 miljard in 2010 tot 4,4 miljard in 2014.

Laten we de evolutie van het aantal invaliden over een langere periode bekijken. Tijdens de voorbije twintig jaar (van 1995 tot 2015) steeg het aantal invaliden van 168.000 naar bijna 370.400 personen. Dit is een aanzienlijke toename. Maar zoals we in Figuur 1 kunnen zien, zijn er verschillende periodes:

- van 1995 tot 2000 is de toename van het aantal invaliden zeer matig: 1,6 % per jaar
- van 2000 tot 2008 bedraagt de toename 2,8 % per jaar
- van 2008 tot 2013 stijgt dit tot 5,1 % per jaar
- en voor de meest recente periode, van 2013 tot 2015, behalen we een toename van 7,5 % per jaar.

We stellen de laatste jaren dus een zeer snelle toename van het aantal invaliden vast. Dit is voornamelijk het geval bij de loontrekkenden. Bij de zelfstandigen is de toename veel zwakker: voor de periode van 1995 tot 2008 zagen we een stijging van 0,7% per jaar en voor de periode van 2008 tot 2015 steeg dit tot 2,9% per jaar.

De toename van het aantal invaliden gaat ook gepaard met een vervrouwelijking van de invaliden. In 1995 waren 35% van de invaliden vrouwen. Twintig jaar later, in 2015, is dit 55%.

Deze ontwikkelingen maken deel uit van grotere tendensen. Het RIZIV⁵ heeft deze tendensen grondig onderzocht en de verklarende factoren van deze ontwikkeling naar voren gebracht. We vermelden verderop in dit artikel de voornaamste elementen van deze analyse.

1 Avalosse H, Vancorenland S & Verniest R. 2016. De financiële en sociale situatie van invaliden. *CM-Informatie* 266: 3-15.

2 <https://nl.express.live/2015/08/01/belgie-telt-een-kwart-meer-invaliden-dan-4-jaar-geleden-exp-214856/> ; <http://www.peoplesphere.be/nl/de-oorzaken-van-steds-meer-langdurig-arbeidsongeschikten/>

3 <http://www.lalibre.be/actu/belgique/l-incapacite-de-travail-coute-desormais-plus-a-l-etat-que-le-chomage-56b1023c3570b1fc10e2217d>

4 Ter herinnering, de invaliditeit waarvan in dit artikel sprake is, heeft betrekking op de werknemers in de privésector, loontrekkenden (werklozen inbegrepen) en zelfstandigen. Statutaire ambtenaren zijn niet inbegrepen in deze tak van de sociale zekerheid.

5 Bron: RIZIV, Verklarende factoren voor de toename van het aantal invaliden: loontrekkende werknemers - zelfstandigen. Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

Tabel 1: Aantal invaliden 2010-2015

Invaliden	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
stelsel van loontrekkenden	257.935	269.499	283.541	299.408	321.573	347.808
% evolutie°	5,19%	4,48%	5,21%	5,60%	7,40%	8,16%
stelsel van de zelfstandigen	20.136	20.315	20.911	21.415	22.353	22.600
% evolutie	3,48%	0,89%	2,93%	2,41%	4,38%	1,10%
SAMEN	278.071	289.814	304.452	320.823	343.926	370.408
% evolutie	5,06%	4,22%	5,05%	5,38%	7,20%	7,70%

° ten opzichte van het vorige jaar

Bron:

- 2010-2014 : RIZIV
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf
- 2015* : Agence Belga, persbericht 11/08/2016, <http://www.rtl.be/info/belgique/societe/du-jamais-vu-en-belgique-les-chomeurs-contient-desormais-moins-cher-a-l-etat-que-les-malades-et-les-invalides-791481.aspx>

Tabel 2: Invaliditeituitgaven 2010-2015

Invaliditeituitgaven (in miljoenen)	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
stelsel van loontrekkenden	3.101	3.337	3.604	3.888	4.139	4.426
% evolutie	8,97%	7,60%	8,01%	7,89%	6,44%	6,96%
stelsel van de zelfstandigen	233	246	257	269	280	292
% evolutie	7,68%	5,35%	4,57%	4,73%	4,01%	4,37%
SAMEN	3.334	3.582	3.861	4.157	4.418	4.719
% evolutie	8,88%	7,44%	7,77%	7,68%	6,28%	6,79%

Inhaalpremie en hulp van derden niet inbegrepen

Bron:

- Loontrekkenden : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_du2014_2_invaliditeit.pdf
- Zelfstandigen : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistieken_uitkeringen_2012_2013.pdf
- 2015* : vooropgesteld budget nota BU 2015/35, nota BZ 2015/12

1.2. Welke zijn de verklarende factoren?

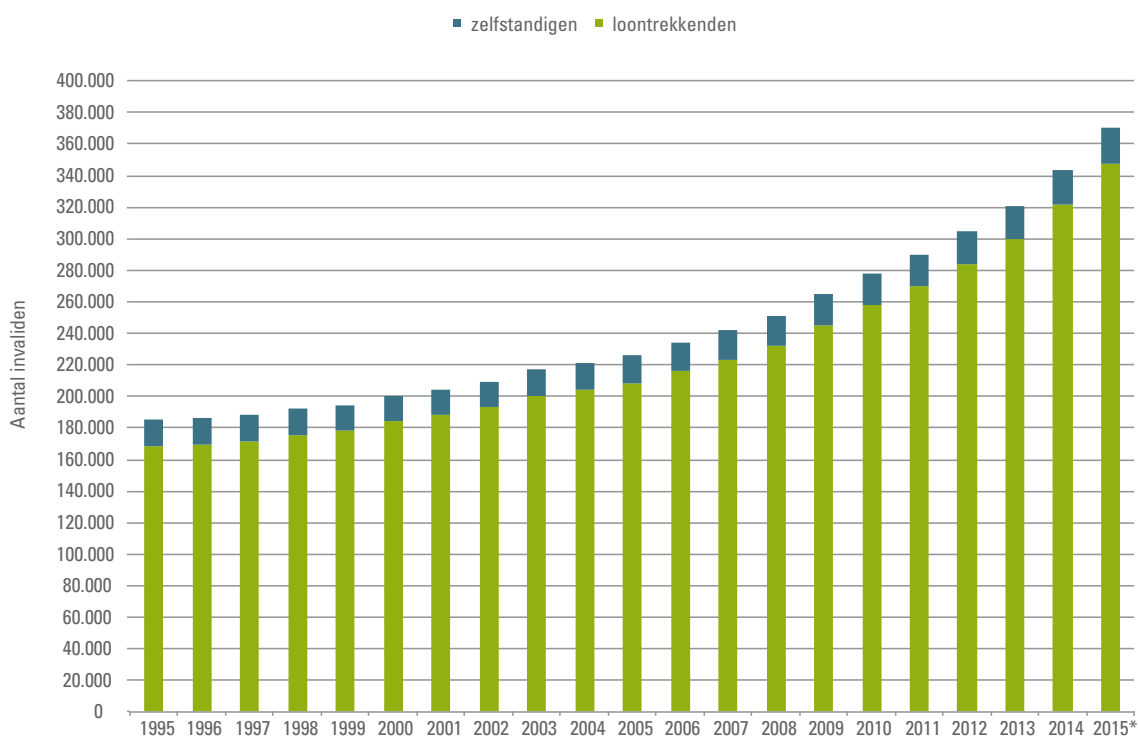
Het RIZIV haalt verschillende verklarende factoren⁶ aan voor deze groei van het aantal invaliden. Deze factoren hebben betrekking op de structurele, demografische en sociale evoluties van onze maatschappij, maar ook op beleidsmatige beslissingen.

Een sociale evolutie die zeker een grote invloed heeft is de toenemende **participatiegraad van vrouwen op de arbeids-**

markt. Het is een duidelijk kenmerk van onze maatschappij, zo benadrukt het RIZIV: "De maatschappij evolueert steeds meer naar een model met gezinnen met een dubbel inkomen waarbij zowel de man als de vrouw deelneemt aan het beroepsleven. Het aantal gerechtigden voor de verzekeringsuitkering (en die dus kans hebben op arbeidsongeschiktheid) neemt toe." Dit wordt gecombineerd met **de vergrijzing van de bevolking:** het aantal personen in de leeftijdscategorie 50+ blijft stijgen. Uiteraard werkt niet iedereen... maar als het aantal personen, zelfs met een

⁶ <http://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2014/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx#.WLRc4ukzXIU>

Figuur 1: Evolutie van het aantal invaliden



Bron:

- 2010-2014: RIZIV

<http://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2014/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx#.WLRc4ukzXIU>

- 2015*: Agence Agentschap Belga, persbericht 11/08/2016, <http://www.rtl.be/info/belgique/societe/du-jamais-vu-en-belgique-les-chomeurs-content-desormais-moins-cher-a-l-etat-que-les-malades-et-les-invalides-791481.aspx>

ongewijzigde participatiegraad, toeneemt, stijgt het aantal beschikbare werknemers op de arbeidsmarkt ook. Bovendien is het bij de vrouwen zo dat de participatiegraad op de arbeidsmarkt in deze hoge leeftijdscategorieën stijgt.

Als factor met betrekking tot beleidsmatige beslissingen, wijzen we op **de verhoging van de pensioenleeftijd van vrouwen**. Het RIZIV verduidelijkt: "De pensioenleeftijd van vrouwen is geleidelijk afgestemd op die van mannen en in 2009 bereikten we gelijkheid. Deze maatregel betekent onder meer dat vrouwen langer invalide kunnen blijven of op een oudere leeftijd invalide kunnen worden". De maatregelen met als doel om vervroegd pensioen te ontmoedigen, hebben zonder twijfel ook een invloed.

Als gevolg van deze trends, neemt het aantal gerechtigden voor de verzekeringsuitkering toe en dus ook het aantal personen die kans hebben op arbeidsongeschiktheid en die invalide kunnen worden. Dit is voornamelijk zichtbaar in de leeftijds-

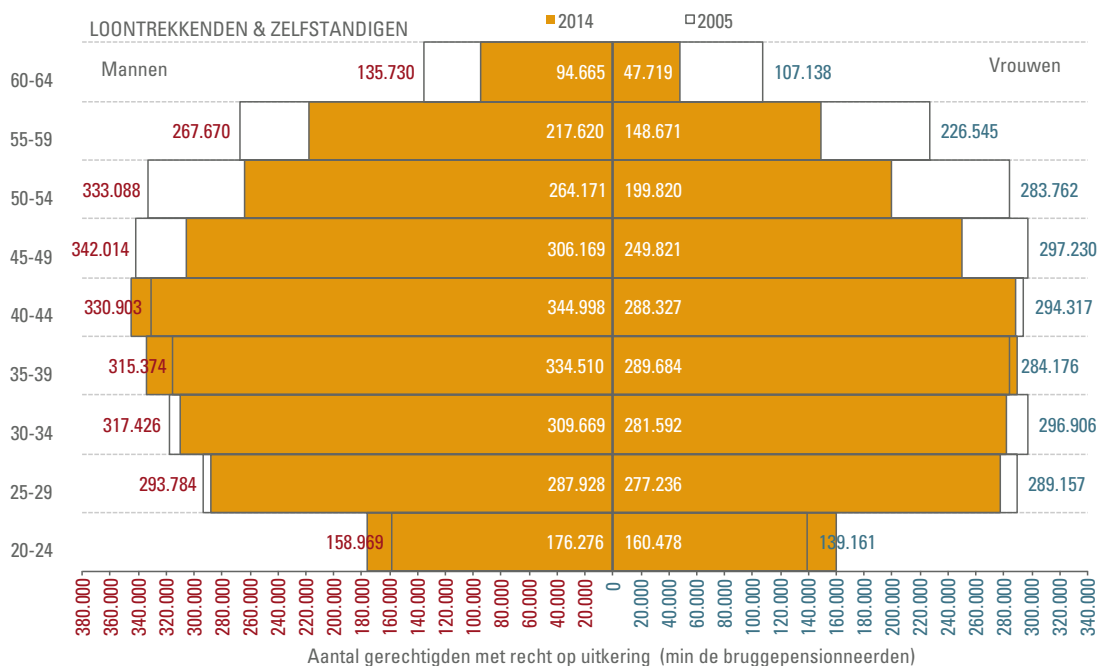
categorieën 50+, zoals we kunnen zien in Figuur 2 en Tabel 3, die de evolutie aan toont van de leeftijds piramide van werknemers in de **privésector** (werknemers en zelfstandigen samen beschouwd⁷):

- Wat betreft de mannen tussen 50 en 54 jaar, stijgt het aantal werknemers van 264.000 (in 2005) tot 333.000 (2014), dus een toename van 26 %.
- Wat betreft de mannen tussen 55 en 59 jaar, stijgt het aantal werknemers van 218.000 (in 2005) tot 268.000 (2014), dus een toename van 23 %.
- Voor de mannen tussen 60 en 64 jaar, is er een toename van 43 %.
- Deze toenames zijn veel groter bij de vrouwen: de toenamepercentages zijn respectievelijk 42 %, 52 % en 125 %.

Er zijn ook **"epidemiologische" evoluties**. Het RIZIV onthult: "Er doen zich belangrijke verschuivingen voor in de pathologieën die leiden tot invaliditeit (figuur 3). Met name dankzij onze

7 Het RIZIV houdt hierbij echter geen rekening met bruggepensioneerden: "Theoretisch gezien heeft deze groep personen ook recht op uitkeringen maar zij zullen van dit recht nooit gebruik maken aangezien ze hier geen enkel financieel voordeel bij krijgen". http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf pagina 9

Figuur 2: Leeftijdspiramide van werknemers in de privésector



Bron: RIZIV http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

Tabel 3: Evolutie van de leeftijdspiramide van werknemers in de privésector - 2005 tot 2014

	MANNEN	VROUWEN
50-54 jaar	van 264.171 tot 333.088 (+26%)	van 199.820 tot 283.762 (+42%)
55-59	van 217.620 tot 267.670 (+23%)	van 148.671 tot 226.545 (+52%)
60-64	van 94.665 tot 135.730 (+43%)	van 47.719 tot 107.138 (+125%)

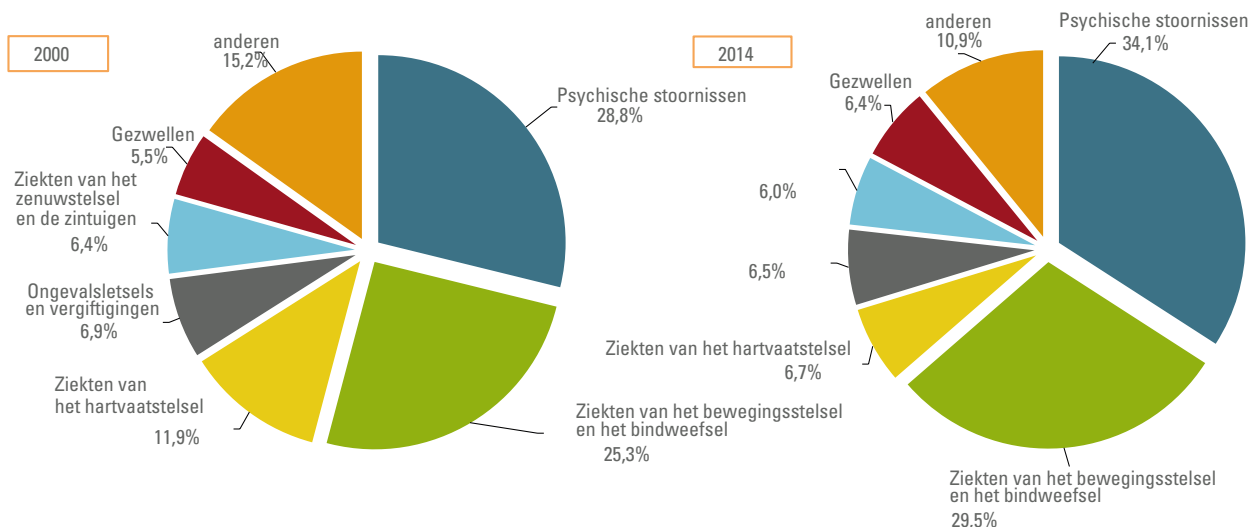
voortgang in de geneeskunde, kunnen bepaalde ziekten correct worden behandeld. Dit is het geval bij hart- en vaatziekten. Daarentegen stijgt **het aantal invaliden die lijden aan psychische problemen en ziekten aan het osteo-articulair stelsel, de spieren en het bindweefsel, aanzienlijk**. Depressie, stress en burn-out zijn ziekten van onze tijd en zetten het behoud van een job op het spel. Dit alles verwijst in het algemeen naar het probleem van psychisch welzijn⁸ binnen onze samenleving, maar ook naar het welzijn op het werk en naar de professionele reïntegratie. Het RIZIV stelt vast: "De impact van de werkomgeving op de werkhervatting is erg belangrijk. De

relaties met de collega's, de hiërarchie en de sfeer op het werk in het algemeen, zijn bepalende factoren in de motivatie van een arbeidsongeschikte persoon om een activiteit al dan niet deeltijds te hervatten."

Tot slot moeten we rekening houden met het feit **dat de invaliditeitsgraad niet lineair is, maar stijgt in functie van de leeftijd van de werknemers**. De invaliditeitsgraad weerspiegelt een risico, namelijk het risico dat een werknemer een invalide is. Zoals we kunnen zien in Figuur 4, stijgt de invaliditeitsgraad voor werknemers in de privésector snel naargelang de leeftijd:

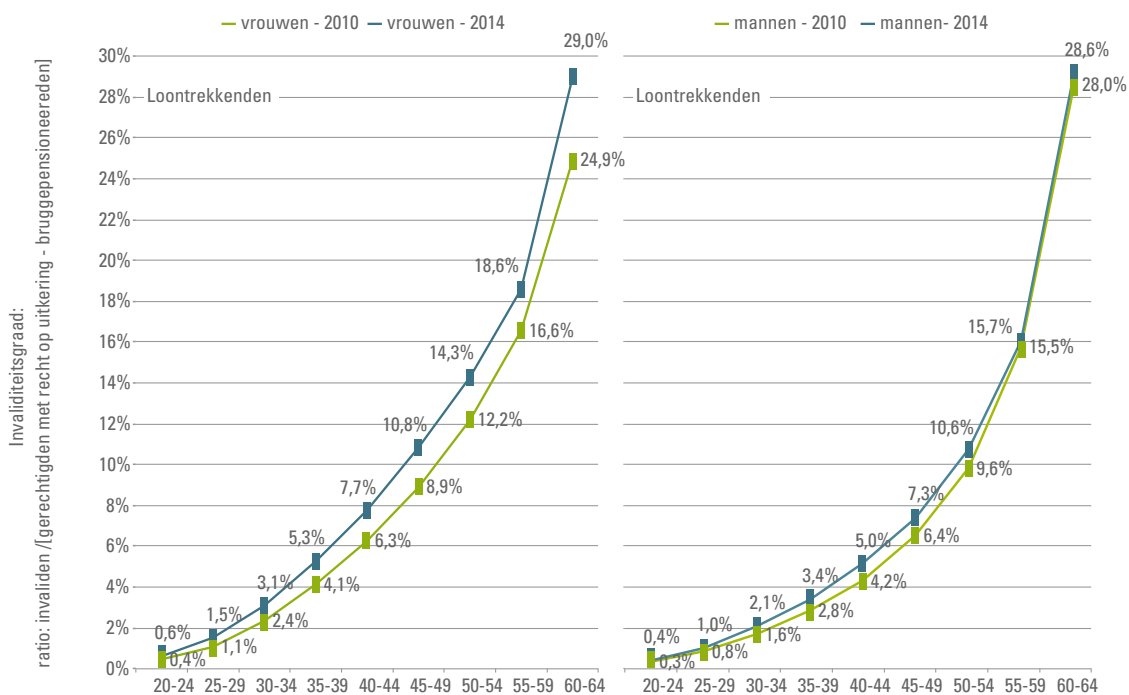
8 Resultaten van de gezondheidsenquête 2013 tonen het volgende: "In termen van verhoudingen, blijkt dat een op drie personen (meer bepaald 32% van de bevolking van 15 jaar of ouder) te kampen heeft met psychologische problemen, terwijl 18% een periode kende die een mentale ziekte deed vermoeden. Deze verhoudingen zijn sinds 2008 allebei aan het stijgen. Drie symptomen worden veel vaker gerapporteerd, en dit zowel in 2013 als in 2008: het gaat om **slaapgebrek** door zich zorgen te maken (21% in 2013 ten opzichte van 18% in 2008), het **gevoel van voortdurend gespannen of gestrest te zijn** (27% in 2013 ten opzichte van 20% in 2008) en het **gevoel ongelukkig en depressief te zijn** (19% in 2013 ten opzichte van 16% in 2008)." bron: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf, p. 815

Figuur 3: Herverdeling van invaliden per pathologie, evolutie van 2000 tot 2014



Bron: RIZIV http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

Figuur 4: Invaliditeitsgraad in functie van de leeftijd



Bron: RIZIV

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

- Voor de mannen: 7,3 % in de categorie 45-49 jaar, 10,6 % voor 50-54 jaar, 15,7 % voor 55-59 jaar, 28,6 % voor 60-64 jaar. Van 2010 tot 2014 nemen deze percentages lichtjes toe.
- De invaliditeitsgraad voor de vrouwen is hoger dan die voor de mannen: 10,8 % in de categorie 45-49 jaar, 14,3 % voor 50-54 jaar, 18,6 % voor 55-59 jaar, 29,0 % voor 60-64 jaar. Merk ook op dat deze percentages niet stabiel zijn maar stijgen van 2010 tot 2014.

1.3. Waarop kunnen we anticiperen, op basis van de recent waargenomen tendensen?

We hebben een prognose uitgevoerd. Wat zal er, op basis van de beschikbare informatie⁹, gebeuren, rekening houdend met de recente evoluties en als er niets verandert, als de veroudering op de werkvloer zich blijft doorzetten en de invaliditeitsgraad blijft evolueren? Natuurlijk moeten we voorzichtig zijn. Er zijn veel onzekerheden rond deze prognose en de resultaten (opgenomen in Tabel 4) van deze prognose geven slechts een grootteorde.

Ruwweg kunnen we verwachten dat de kaap van 500.000 invaliden in 2021 zal worden overschreden. Deze stijging wordt ook weerspiegeld in de uitgaven: *ceteris paribus* moeten we van 2016 tot 2022 nog bijna 1,6 miljard euro extra voorzien voor de basisuitkeringen die aan deze invaliden moeten worden uitbetaald.

1.4. Wat moeten we hiervan denken?

Denkpistes ter gelegenheid van de persconferentie

We beweren natuurlijk niet dat het dramatische scenario dat hierboven is geschetst ook werkelijk zal gebeuren! Nee, maar dit is wel wat er zou kunnen gebeuren als we de grote uitdaging van invaliditeit niet aanpakken.

- Indien het budgettaire traject dat hierboven is geschetst moeilijk zou blijken, zal de verleiding groot zijn om te besparen door de uitkeringen te verlagen. Maar dit is zeker niet de oplossing. De resultaten van onze studie, uitgevoerd bij 500 invaliden, zijn duidelijk: er leven al teveel mensen in een situatie van sociale kwetsbaarheid. Door de middelen die voor deze gezinnen beschikbaar zijn nog verder terug te dringen, zakken de meesten onder hen nog verder weg in armoede. Dat zou een echte sociale ramp zijn.

We kunnen echter zelfs in de andere richting pleiten: om deze gezinnen in staat te stellen om waardig te leven, zouden de uitkeringen moeten worden geherwaardeerd!

Laten we een concreet voorbeeld nemen (tabel 5): een alleenstaande invalide, zonder kind. De minimumuitkering (op voorwaarde dat hij/zij wordt beschouwd als een regelmatige werknemer) bedraagt 1.169 euro per maand. We kunnen dit bedrag vergelijken met het referentiebudget, wat gelijk staat met een minimuminkomen waaronder het

Tabel 4: Prognose van het aantal invaliden en de invaliditeitsuitkeringen

	2016	2018	2020	2022
Invaliden	390.000	434.000	475.000	516.000
Kosten voor de uitkeringen*	€ 5,2 miljard	€ 5,7 miljard	€ 6,3 miljard	€ 6,8 miljard

* Inhaalpremie en hulp van derden niet inbegrepen

Tabel 5: Invaliditeit voor alleenstaande (maandelijks bedrag)

Invaliditeitsuitkeringen (8/2016)	1.169 euro (1)
Minimumuitkering voor een reguliere werknemer	
Bestaanszeker inkomen voor een alleenstaande persoon (referentiebudget 2015)	1.231 euro (2)
	(1) – (2) = Tekort van 62 euro
Bijkomende gezondheidskosten	172 euro (3)
	(1) – (2) – (3) = Reëel tekort van 234 euro

⁹ cf. nota 2

onmogelijk is om menswaardig te kunnen leven in onze samenleving. Dit referentiebudget is niet hetzelfde als de armoedegrens. Het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck (Universiteit Antwerpen) evalueert dit referentiebudget¹⁰ voor verschillende soorten gezinnen. Voor een alleenstaande persoon die niet werkt (en een woning huurt) bedraagt het referentiebudget 1.231 euro per maand. Dit is het bedrag dat een dergelijke persoon zou moeten kunnen uitgeven om waardig te leven, wat geen overdreven luxe is. Er is nu al een tekort van 62 euro per maand dat moet worden ingevuld ten opzichte van een minimumuitkering. En dat is nog niet alles. Het referentiebudget gaat uit van de veronderstelling dat de personen in goede gezondheid verkeren. Dat is absoluut niet het geval bij een invalide persoon. Er moeten dus gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg worden toegevoegd. Met behulp van onze studie, ramen we deze kosten op 172 euro per maand. Er moet dus een tekort van bijna 234 euro worden ingevuld, om waardig te kunnen leven.

- Het is ook niet nodig om de invaliden een schuldgevoel te geven. Het zijn mensen die echt ziek, echt verzwakt zijn. Het is niet nodig om hier wantrouwen over te laten bestaan. En als het aantal invaliden snel groeit, kunnen we hiermee rekening houden, zoals het RIZIV regelmatig doet. Zoals we eerder zagen, zijn de verklarende factoren die naar voren zijn gebracht, tendensen van sociodemografische en beleidsmatige aard, die het individueel niveau overstijgen.
- Het zijn in feite onze eigen politieke beslissingen die in vraag moeten worden gesteld. Hoe zit het bijvoorbeeld met de verhoging van de pensioenleeftijd? Beperkingen omtrent vervroegd pensioen en tijdskrediet? Dit alles draagt bij tot de druk op de sector van de uitkeringen. Anderzijds kunnen we de nadruk ook leggen op preventie. Er moet dan worden nagedacht over de eindeloopbaanregeling, het welzijn op het werk moet worden bevorderd en we moeten aandacht besteden aan de arbeidsomstandigheden (zowel fysiek als psychosociaal¹¹). Op die manier zijn een verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd en zeker de reële pensioenleeftijd misschien voor meer mensen haalbaar.

En het is mogelijk. Zoals vaak kunnen we in de Scandinavische landen inspirerende voorbeelden vinden. Zo "experimenteert Zweden al langer met de 6-urendag. In heel wat bedrijven en organisaties die de verandering al hebben

ingevoerd, merkt men dat het personeel gelukkiger, productiever en creatiever is. Het is een bewijs voor de stelling dat wanneer het personeel zich beter voelt, ze ook beter gaan werken. Een win-winsituatie, dus" concludeert Trui Engels¹².

In de jaren '90 startte Finland een specifiek programma op voor oudere werknemers, waarbij men investeerde in gezondheidspromotie op het werk en een verbetering van de arbeidsomstandigheden, met behoud van het menselijk kapitaal doorheen de hele levensloop. Bijvoorbeeld: flexibele werkuren, bevordering van intergenerationale contacten op de werkvloer, opwaardering van het imago van oudere werknemers door het accent te leggen op het feit dat hun ervaring heel waardevol is. De kern van het programma ligt in de aandacht die men besteedt aan het welzijn van de werknemer. "De doelstelling is niet om de werknemer te forcereen om langer aan het werk te blijven, maar om hem hiertoe aan te zetten door allerlei zaken te ondernemen waardoor hij zich goed voelt in zijn job en in zijn bedrijf."¹³ Dit vrijwillig beleid werpt vruchten af: de perceptie van oudere werknemers is positiever geworden, discriminatie op grond van leeftijd is verminderd en de toegang tot opleidingen voor oudere werknemers is toegenomen. Allemaal positieve elementen om oudere werknemers aan het werk te houden. Een andere vermeldenswaardige succesfactor van deze evolutie is het komen tot een consensus tussen sociale partners".

2. Besprekingsmomenten onderzoek 'financiële en sociale situatie invaliden'

De resultaten van het onderzoek zijn op verschillende momenten besproken. Na een voorstelling van de belangrijkste resultaten, werd op elk besprekingsmoment een debat gehouden. Hierin werd gevraagd naar reacties op de resultaten, eigen ervaringen van invaliden, mogelijke oplossingen voor aangehaalde problemen, aanbevelingen, ... Hierna geven we een samenvatting van de aanbevelingen en bedenkingen die de deelnemers aanhaalden op deze besprekingsmomenten.

Op de volgende momenten werden de onderzoeksresultaten besproken, gevolgd door een debat¹⁴:

10 Storms, B., Penne, T., Vandellannoote, D., Van Thielen, L. (2015), **Is de minimuminkomensbescherming in ons land doeltreffender geworden sinds 2008? Wat leren we uit de geüpdatete referentiebudgetten?** VLAS-Studies 21, Antwerpen: Vlaams armoedesteunpunt.

11 Sinds 2014 worden stress en burn-outs officieel erkend als psychologische risico's op het werk en moeten ze het voorwerp zijn van een preventieplan.

12 Engels T. Waarom de Zweden amper burn-outs kennen. Knack. 14-12-2016. <http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/waarom-de-zweden-amper-burn-outs-kennen/article-normal-789621.html>

13 Bardaro E. 2015. L'allongement de la vie dans le contexte européen. Dossier du CEPESS. <http://www.cepess.be/wp-content/uploads/2015/03/20150309-serie-cepess-vol-1-no-6-UE-eb.pdf>, p. 23

14 Het onderzoek werd eveneens voorgesteld op de CM-beleidsorganen (onder andere de gezondheidscel), op een CM middagconferentie (open voor alle medewerkers op de landsbond) en aan parlementairen. Maar dit gebeurde zonder echt gestructureerd debat achteraf.

- Forum van de patiënt (Samana) op 24 september 2016 op de workshop 'Voorstelling resultaten onderzoek invaliden' (Gent)
- Werkgroep belangenbehartiging chronisch zieken Samana (Limburg) op 30 september 2016
- Studiedag Onderzoek invaliden (Bouge) op 18 oktober 2016, met de vrijwilligers van Altéo en de maatschappelijk werkers van de MCFG
- Nationale raad belangenbehartiging mensen met een chronische ziekte van Samana op 15 november 2016 (Elewijt)

De besprekingsmomenten werden ook aangevuld met reacties van de vrijwilligers en maatschappelijk werkers die de enquêtes afgenomen hebben.

In de tekst hieronder worden de elementen opgesomd die op verschillende momenten naar voor kwamen en dus het standpunt van verschillende personen weergeven.

2.1. De term invaliden is dringend aan vervanging toe

Er is een unaniem akkoord dat de term invaliden dringend vervangen moet worden. Het begrip invalide, ontstaan in een ver verleden, betekent letterlijk niet gezond. De focus ligt dus op ziek zijn, op wat men niet meer kan. Velen associëren het met iets negatiefs. Het geeft een bepaalde kijk op mensen. Maar vandaag de dag gaat men meer en meer uit van de herstelvisie waar men bij langdurig zieken in de eerste plaats kijkt naar de overgebleven capaciteiten, naar wat men nog wel kan in plaats van wat niet meer mogelijk is. De term invaliden is in die zin dus achterhaald. Misschien is men zich hiervan onvoldoende bewust en / of lijkt dit minder essentieel in het geheel van uitdagingen binnen dit domein. Nochtans kan een nieuw begrip bijdragen tot een meer constructieve kijk op de groep mensen die door ziekte langdurig arbeidsongeschikt is.

“Soms is het belangrijk om wetgevers erop te wijzen dat sommige termen echt compleet achterhaald zijn”

2.2. Transversale werking vereist in de begeleiding van langdurig zieken

Eén van de taken van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds is de arbeidsongeschiktheid van de leden te beoordelen. Deze wordt niet enkel beoordeeld op basis van het laatst uitgeoefende werk, maar op basis van het volledig professioneel profiel van de persoon: de opleiding, eerder uitgeoefend werk, ... Daarnaast is het evenzeer de taak van de adviserend geneesheer om de zin om weer te gaan werken te heractiveren. Het is belangrijk om hierover met de langdurig zieke regelmatig in gesprek te gaan, en er mee voor te zorgen dat deze openstaat voor een terugkeer naar het werk indien dit mogelijk is. Maar de adviserend geneesheer beschikt over een beperkte tijd en het aantal adviserend geneesheren is beperkt in verhouding met het stijgend aantal langdurig zieken. Het is

dus belangrijk om de adviserend geneesheer bij te staan in zijn taak door personen van een andere horizon. Binnen CM hebben we verschillende expertises zoals maatschappelijk werkers, paramedici, onze bewegingen (Altéo, Samana), ... Als we van deze verschillende expertises gebruik maken, kunnen we als mutualiteit een goede transversale begeleiding bieden aan langdurig zieken. Dit zou niet enkel de werklast van de adviserend geneesheren verlichten, maar zou ook een bredere blik werpen op de persoon, zijn talenten en zijn resterende capaciteiten. Samen kan bepaald worden wat de eventuele mogelijkheden zijn tot werkhervatting (op de oude job of eventueel een andere job). Indien dit niet meer mogelijk blijkt, kan samen gekeken worden naar welke nieuwe invulling de persoon aan zijn leven kan geven. Een transversale werking is een verrijking voor elke partner in het verhaal. Dit gebeurt tegenwoordig al, maar er is duidelijk een vraag om dit verder uit te breiden.

2.3. Aanpassingen op het werk zijn noodzakelijk om werkhervatting te faciliteren

Het is een foutieve opvatting dat langdurig zieken niet meer zouden willen werken. Diegenen die nog kunnen werken, zouden niets liever willen, maar op dezelfde manier werken als vóór hun ziekteperiode gaat vaak niet meer. Er is dan ook een grote nood aan systemen van werkaanpassing die werkhervatting na langdurige afwezigheid (wegens ziekte) kunnen faciliteren en duurzaam maken.

De werktijd is een factor die telkens terug kwam in de besprekingen en van essentieel belang is voor langdurig zieken. Het gaat niet enkel over het feit dat voltijds weer aan de slag gaan heel moeilijk is en men de systemen van deeltijds werken verder moet ontplooien. Het gaat er ook over dat de capaciteit om te kunnen werken fluctueert. De ene week kan dit goed lukken, terwijl het de volgende week niet meer of veel minder goed lukt. Dus waarom geen systeem van deeltijds werken invoeren waarin men de ene week (bijna) voltijds kan werken en de week erop veel minder werkt? De capaciteit tot werken varieert soms ook in de loop van de dag. Dus waarom niet meer gebruik maken van thuiswerk, zodat men zelf zijn werk kan invullen volgens de momenten dat men in staat is om te werken. De werkcapaciteit fluctueert en het ene moment gaat werken al beter dan het andere moment. De mogelijkheid om de momenten waarop men werkt af te kunnen stemmen op zijn werkcapaciteit, zou langdurig zieken meer kansen bieden op een geslaagde werkhervatting. Er zijn al werkgevers bij wie dergelijke flexibiliteit mogelijk is, maar een verdere veralgemening en versterking ervan dringen zich op.

Er werd in de debatten ook aangegeven dat de bestaande mogelijkheden tot werkaanpassing bij werkhervatting onvoldoende gekend zijn. Zo bestaat bijvoorbeeld nog steeds het misverstand dat een gedeeltelijke werkhervatting een halftijdse werkhervatting moet zijn, terwijl meer of minder dan halftijds werken ook tot de mogelijkheden behoort. En een werkhervat-

ting hoeft geen terugkeer te zijn naar exact dezelfde job die men voordien uitvoerde, maar de vorige job kan een andere invulling krijgen. Door onvoldoende of onjuiste kennis van de mogelijkheden worden mensen vaak (ten onrechte) medisch ongeschikt verklaard voor hun vorige functie, terwijl het met (doorgedreven) werkaanpassingen misschien niet zover had moeten komen. Er is nood aan een brede en aangehouden sensibilisering over deze mogelijkheden. Dit zou toelaten om het werk te hervatten in functie van de capaciteiten en de noden van iemand die langdurig afwezig was wegens ziekte. Een eerste gedeeltelijk antwoord op deze noden kwam er met de aankondiging van minister De Block in november 2016 over de invoering van een financiële aanmoediging om langdurig zieken weer aan het werk te krijgen.

In het huidige systeem van toegelaten arbeid heeft het loon dat men uit deze activiteit verdient een zekere invloed op de hoogte van de uitkering. Van het bedrag van de uitkering wordt het loon afgetrokken volgens een schijvensysteem. De eerste 15 euro per dag is vrijgesteld, daarna is er een procentuele aftrek naargelang de schijf waarin het inkomen zich bevindt.

In het nieuwe systeem van toegelaten arbeid zou deze berekeningswijze van de uitkering veranderen. Er zal dan niet meer gekeken worden naar hoeveel men verdient met de toegelaten arbeid, maar wel hoeveel dagen (uren) men werkt via toegelaten arbeid. Op de concrete uitwerking blijft het wachten, maar in het nieuwe systeem zou een financiële aanmoediging uitgewerkt worden om weer aan het werk te gaan. Die zou erop neerkomen dat iemand 20% (ongeveer 1 dag per week dus) terug het werk kan hervatten, zonder dat dit een invloed heeft op zijn uitkering. Dit nieuwe systeem zou vanaf 1 juli 2017 in voege treden.

Een misvatting echter is dat in het huidige systeem maximaal halftijdse werkhervatting mogelijk is en dat met het nieuwe systeem een waaier aan mogelijkheden van deeltijdse werkhervatting wordt aangeboden. Ook in het huidige systeem is het mogelijk om minder of meer dan halftijds aan de slag te gaan en kan men het aantal uren dat men wil (kan) werken zelf kiezen. Op dat vlak verandert er dus niets. Het is enkel de financiële kant van het verhaal die wijzigt om een financiële aanmoediging te bieden voor langdurig zieken die (langzaam aan) weer aan het werk willen gaan.

Om een antwoord te kunnen bieden op het probleem van de fluctuerende gezondheidstoestand wordt op het RIZIV een werkgroep opgestart met verzekeringsinstellingen, vakbonden en werkgeversorganisaties om hierover na te denken. Wat hier uit de bus zal komen, is nog afwachten.

2.4. In het verhaal van de werkhervatting is nog een lange weg af te leggen voor de werkgevers

Werkhervatting na langdurige afwezigheid wegens ziekte is een verhaal met twee kanten. Langs de ene kant heb je de

langdurig zieke die weer aan de slag wil gaan. Voor hem zijn een goede transversale begeleiding van het ziekenfonds en aanpassingen op het werk een extra stimulans en steun. Langs de andere kant heb je natuurlijk de werkgever die dit moet aanvaarden en kansen moet creëren. Uit de besprekingen werd gauw duidelijk dat daar vaak het schoentje wringt.

“Je hoort altijd ‘de langdurig zieke moet weer geactiveerd worden’, maar langs de andere kant staat daar een werkgever die dat moet toestaan. Ik ben in die situatie. Ik heb toegelaten arbeid aangevraagd en het is me geweigerd. Dan zet je als langdurig zieke de stap om weer deeltijds te gaan werken, maar dan is daar een werkgever die dit gewoon kan weigeren. Waar sta je dan met je verhaal van reactivering?”

De wil van de langdurig zieke om weer (deeltijds) aan het werk te gaan is niet voldoende, als er geen werkgever is die bereid is hierop in te gaan. Zonder bereidwilligheid van de werkgevers stopt het verhaal van werkhervatting, elke poging tot reactivering ten spijt. Hier is dringend nood aan een mentaliteitsverandering bij werkgevers. Dit is uiteraard niet altijd evident voor de werkgever, maar focussen op de mogelijkheden en niet enkel op de beperkingen, is hierbij al een eerste belangrijke stap.

En uiteraard is alles nog ingewikkelder voor werklozen of invaliden die in de tussentijd hun C4 hebben gekregen (omdat sommige werkgevers de arbeidsovereenkomst van een invalide persoon beëindigen). Voor hen is het zeker niet gemakkelijk om opnieuw een job te vinden!

Tijdens de besprekingen werd eveneens aangehaald dat ook de begeleiding van collega's noodzakelijk is. Zelfs als een werkgever bereid is tot aanpassingen, loopt het soms verkeerd omdat de collega's niet op dezelfde golflengte zitten. Het is belangrijk dat ook de collega's bij de werkhervatting betrokken worden, zodat ze voldoende op de hoogte zijn en begrip kunnen opbrengen voor de nieuwe situatie. Niet enkel van de werkgever wordt een aanpassing gevraagd, in de dagelijkse werkrealiteit vraagt dit een aanpassing van alle betrokken collega's.

2.5. De vrijwillige basis is van essentieel belang bij werkhervatting (of vrijwilligerswerk)

De vrijwillige basis bij werkhervatting is van essentieel belang. Bij iemand die niet gemotiveerd is om terug te keren naar het werk of zich nog niet klaar voelt, is het heel moeilijk om dit gedwongen te doen lukken. De kans op herval is dan heel reëel. Uit de ervaringen van de adviserend geneesheren blijkt dat er een goede overeenkomst is tussen de beleving van de langdurig zieke en de beoordeling van de adviserend geneesheer. Invaliden zijn doorgaans goed in staat om zelf te beoordelen of ze al dan niet weer aan het werk kunnen. Het is de taak van de adviserend geneesheer om de zin om weer te gaan werken te reactiveren, om een perspectief voor werkhervatting voorop te stellen. Dit kan door de langdurig zieke hier regelmatig over aan

te spreken en open te blijven voor terugkeer naar het werk als dit medisch gezien mogelijk is. Maar werkhervatting onder dreiging van een sanctie is gedoemd te mislukken. De laatste tijd wordt soms aangehaald dat één van de mogelijke maatregelen is om sancties op te leggen (bijvoorbeeld door 10% van hun uitkering af te nemen) aan langdurig zieken die niet willen meewerken aan hun re-integratie, die niet aan het werk willen. CM blijft zich hiertegen verzetten. Op het moment dat dit artikel werd geschreven (december 2016), was hier nog geen uitsluiting over.

Er wordt ook gewaarschuwd voor het gevaar van voorgeschreven vrijwilligerswerk. Dit kan contraproductief zijn. Sommige invaliden komen naar huis met het gevoel – uiteraard een subjectief gevoel – dat hun arts hen vrijwilligerswerk heeft voorgeschreven. Het is onduidelijk in welke mate de arts effectief vrijwilligerswerk heeft voorgeschreven of dat de persoon dit op deze manier (verkeerd) heeft begrepen. Dit doet psychologisch gezien vaak meer slecht dan goed, omdat deze mensen niet klaar zijn, niet omringd waren om personen te begeleiden. Tijd geven aan anderen kan constructief zijn voor iemand. Maar het moet iets zijn waar men zelf zin in heeft, dat constructief voor iemand kan zijn, volgens zijn eigen inschatting. Vrijwilligerswerk mag niet verplicht worden, anders gaat men volledig voorbij aan wat vrijwilligerswerk is.

Langs de andere kant brengt onvoldoende kennis van de wetgeving over vrijwilligerswerk ook misvattingen met zich mee. Er zijn langdurig zieken die graag vrijwilligerswerk zouden doen en die hier baat bij kunnen hebben, maar hiervan afzien uit schrik hun uitkering te verliezen. Voor vrijwilligerswerk moet in principe geen toestemming gevraagd worden aan de adviserend geneesheer, enkel een kennisgeving dat men vrijwilligerswerk uitvoert. Binnen CM wordt echter aangeraden om voor de aanvang van het vrijwilligerswerk wel contact op te nemen met de adviserend geneesheer. Er is namelijk een wet die duidelijk omschrijft wat vrijwilligerswerk is¹⁵. Elke activiteit die niet onder de wet op het vrijwilligerswerk valt, wordt gezien als een werkhervatting, waarvoor andere regels gelden. Daarom is het in eerste instantie altijd interessant om na te gaan of de activiteit die iemand voor ogen heeft wel degelijk onder de wet op vrijwilligerswerk valt. Dit is om elk misverstand te vermijden. Zo kan iemand bijvoorbeeld denken dat vrijwillig helpen in de

winkel van een familielid vrijwilligerswerk is, maar deze activiteit valt niet onder de wet op vrijwilligerswerk. Ten tweede moet de adviserend geneesheer vaststellen of dit vrijwilligerswerk verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand. Als hij vaststelt dat de activiteit wel degelijk onder de wet op het vrijwilligerswerk valt en verenigbaar is met de gezondheidstoestand, heeft dit geen gevolg voor de uitkering. De debatten maakten echter duidelijk dat het belangrijk blijft om hierover duidelijk te informeren om de huidige misverstanden uit de weg te helpen.

2.6. Isolement bij langdurig zieken

Zowel de vrijwilligers die de enquêtes afnamen als vrijwilligers die bijvoorbeeld via ziekenvervoer met langdurig zieken in contact komen, halen het prangende probleem van het isolement aan. Er moet nog veel gebeuren om dit isolement te doorbreken. De moeilijke financiële situatie maakt dat er voor langdurig zieken weinig geld overblijft om zich te ontspannen of om deel te nemen aan een sociaal leven. Iets gaan drinken met vrienden of op restaurant gaan, kost allemaal geld. Geld dat er niet is.

‘Door nu bij de mensen thuis te komen, werd ik geconfronteerd met hun dagelijkse realiteit. Hoe moeilijk vele chronisch zieke mensen het hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, maar ook hoe eenzaam zij vaak zijn.’

‘Veel chronisch zieke mensen zijn eenzaam, voelen zich sociaal uitgesloten. Omdat ze niet meer werken en een laag inkomen hebben, komen ze nauwelijks nog buiten. Waardoor ze nog meer vereenzamen. Sommigen willen wel als vrijwilliger aan de slag, om zich toch nog nuttig te voelen. Om af en toe eens buiten te komen. Maar ook dan botsen zij op hun financiële grenzen: zich verplaatsen kost geld, met zijn allen iets gaan drinken kunnen ze zich niet veroorloven. Maar er is ook een sociale drempel: de schrik om over niets te kunnen meepraten. En nog verontrustender: de schrik voor de sociale veroordeling. Want als ze buiten komen, krijgen ze soms als reactie dat ze er toch ‘nog goed uitzien’ en dat het precies allemaal zo erg niet is. En ook: ‘toch vreemd dat ze zich wel als vrijwilliger kunnen engageren, maar niet kunnen werken. Hoe moeilijk is het niet om daar tegenop te moeten boksen?’

15 1° vrijwilligerswerk: elke activiteit:

a) die onbezoldigd en onverplicht wordt verricht;

b) die verricht wordt ten behoeve van één of meer personen, andere dan degene die de activiteit verricht, van een groep of organisatie of van de samenleving als geheel;

c) die ingericht wordt door een organisatie anders dan het familie- of privé-verband van degene die de activiteit verricht;

d) en die niet door dezelfde persoon en voor dezelfde organisatie wordt verricht in het kader van een arbeidsovereenkomst, een dienstencontract of een statutaire aanstelling;

2° vrijwilliger: elke natuurlijke persoon die een in 1° bedoelde activiteit verricht;

3° organisatie: elke feitelijke vereniging of private of publieke rechtspersoon zonder winstoogmerk die werkt met vrijwilligers, waarbij onder feitelijke vereniging wordt verstaan elke vereniging zonder rechtspersoonlijkheid van twee of meer personen die in onderling overleg een activiteit organiseren met het oog op de verwezenlijking van een onbaatzuchtige doelstelling, met uitsluiting van enige winstverdeling onder haar leden en bestuurders, en die een rechtstreekse controle uitoefenen op de werking van de vereniging.

3. Besluit

De resultaten van het onderzoek 'financiële en sociale situatie van invaliden' legden een aantal pijnpunten bloot, die besproken werden in een vorig CM-Info artikel¹⁶. Op de nationale persconferentie van 14 oktober 2016 werden de eerste aanbevelingen naar aanleiding van deze resultaten voorgesteld.

Dit artikel besprak deze aanbevelingen, die drieledig zijn:

- Verhoog de uitkeringen tot een bestaanszeker niveau.
- Geef de langdurig zieken geen schuldgevoel. De verklaring voor de sterke stijging van het aantal langdurig zieken ligt niet bij hen zelf. Ze is het gevolg van enkele beleidsmatige beslissingen (zoals het optrekken van de pensioenleeftijd voor vrouwen), enkele sociologische fenomenen (de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen en de vergrijzing gecombineerd met het feit dat de invaliditeitsgraad toeneemt met een stijgende leeftijd) en epidemiologische gegevens (een stijging van de psychische aandoeningen en de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel). Indien de regering haar beleid niet wijzigt, kan men enkel een verdere stijging van het aantal langdurig zieken verwachten.
- Investeer daarentegen in de preventie van arbeidsongeschiktheid. Dit betekent aandacht hebben voor de

werkomstandigheden, zowel fysiek als psychosociaal, en een aanpassing van de eindeloopbaan.

Deze aanbevelingen waren een eerste stap. In de weken en maanden na het onderzoek werden de resultaten op meerdere momenten besproken met als doelstelling de aanbevelingen aan te vullen en te verfijnen. Deze besprekingen brachten onder andere de nood naar boven om de term 'invaliden' te vervangen en het isolement van langdurig zieken te doorbreken. Wat werkhervatting betreft werd aangehaald dat een transversale begeleiding van invaliden door het ziekenfonds noodzakelijk is. Er moeten eveneens voldoende structurele werkaanpassingen uitgebouwd worden om werkhervatting te faciliteren en deze moeten beter bekend gemaakt worden. In het verhaal van de werkhervatting is nog een lange weg af te leggen voor de werkgevers, die de langdurig zieken meer kansen op re-integratie moeten bieden. Tot slot is het vrijwillig aspect bij werkhervatting van essentieel belang.

Maar daarmee is het eindpunt van ons werk nog niet bereikt. De resultaten van het onderzoek en de aanbevelingen die tot nog toe geformuleerd werden, zullen blijvend gebruikt worden in de strijd om de situatie van langdurig zieken te verbeteren. We zullen ze blijven gebruiken om keer op keer met de hamer op de nagel te kloppen. In de hoop dat een volgend onderzoek eindelijk een reële verbetering van hun financiële en sociale situatie kan aantonen. Er is werk aan de winkel!

16 Avalosse H, Vancorenland S & Verniest R. 2016. De financiële en sociale situatie van invaliden. *CM-Informatie* 266: 3-15.

Inhoudstafel

Editoriaal 2

Federale begroting van de gezondheidszorg voor 2017 3

Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tariefovereenkomsten: naar een liberalisering van onze sociale zekerheid?

Ziekenhuizen 19

CM ziekenhuisbarometer 2016

Health Literacy 37

Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen

Invaliditeit 48

Aanbevelingen en reflecties na het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden'

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
Vertaling	dienst vertaling LCM
Layout	grafische vormgeving LCM
Druk	Favorit
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel