

Rollen, opdrachten & initiatieven van de ziekenfondsen in de gezondheidszorg

Hervé AVALOSSE, Anja CROMMELYNCK, Xavier DE BÉTHUNE (*)

ABSTRACT

The primary role of mutual health funds in Belgium is to enable operation of the national compulsory health insurance system. They also play an important role in informing and protecting their members and in cooperating with health care practitioners and institutions to preserve both quality and accessibility of health care. Finally, as members of National Health Institute decision making committees, they contribute to defining national health care policy. In this paper we describe the health care budget layout procedure, the system of financial responsibility of the mutual health funds and a series of information tools to health care users and providers. Subsequently we describe the 'Quality Initiatives' of the Christian Mutual Health Fund and a common initiative of all mutual health funds called the 'Intermutualistic Agency'. This agency integrates mutual health funds data, analyses them and/or puts them at the disposal of external researchers. Finally we describe the complementary services available to members through the mutual health funds.

Keywords: mutual health fund, health insurance, health care policy, accessibility, quality, information tools

JEL classification code: I18

(*) Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling – Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
herve.avalosse@mc.be ; anja.crommelynck@cm.be ; xavier.debethune@mc.be
Met dank aan de heren Kesenne, De Bock, Léonard, Scieur en Cornelis, en mw. Gérard, mw. Remacle en mw. Preal voor hun advies en opmerkingen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	249
2	Opmaak van de begroting gezondheidszorgen rol van de ziekenfondsen	250
2.1	Begrotingsprocedure	250
2.2	Begrotingsopmaak in de praktijk: recente gebeurtenissen	252
2.2.1	Mei-juni 2009	253
2.2.2	September 2009	254
2.2.3	Maandag 5 oktober 2009	254
2.2.4	Maandag 19 oktober 2009	255
2.2.5	... En het vervolg	257
3	Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen	258
3.1	Het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid	258
3.1.1	De normformule	259
3.1.2	De coëfficiënten	260
3.1.3	De parameters	260
3.2	Is risicoselectie afgezworen ?	262
3.3	Heeft financiële verantwoordelijkheid geleid tot minder overheidsuitgaven ?	263
4	Informatie aan het publiek en de zorgverleners	265
4.1	Basisinformatie over de zorgverleners en de vergoedingstarieven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ziv)	265
4.2	Ambulante geneesmiddelen	266
4.2.1	Een reeks incentives	266
4.2.2	Informatie over generische geneesmiddelen	267
4.2.3	Het voorschrijven van geneesmiddelen in rusthuizen	268
4.3	Ziekenhuiskosten: een website met informatie aan de patiënt	271

4.3.1	De kost voor de patiënt van een ziekenhuisopname isgedaald in 2008	272
4.3.2	Daling van de factuur voor de patiënt in 2- (of meer)persoonskamers	272
4.3.3	Honorariumsupplementen in eenpersoonskamers, op 10 jaar tijd verdubbeld !	273
4.3.4	Evolutie van de kost van implantaten en medischmateriaal	274
4.3.5	Weerslag van maatregelen op de factuur voor de patiënt in het ziekenhuis in 2008	275
4.3.6	Samenvattend besluit	276
4.4	Gezondheidspromotie	277
5	De kwaliteitsinitiatieven van CM	279
6	Gebruik van de administratieve gegevens van de verzekeringsinstellingen	281
6.1	Het Intermutualistisch Agentschap (IMA)	281
6.2	De permanente steekproef (EPS)	282
7	De aanvullende verzekering	285
7.1	Algemene beschrijving van de av van de ziekenfondsen	285
7.2	Enkele cijfers over de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen	286
7.3	Hospitalisatieverzekeringen	288
7.3.1	Aanbod van de ziekenfondsen	288
7.3.2	Aanbod van de verzekeringsondernemingen	290
7.3.3	De recente evolutie van de wetgeving	292
8	Bij wijze van conclusie	293
9	Afkortingen	294
10	Woordenlijst	295
11	Bibliografie	296

1 Inleiding

De ziekenfondsen nemen een belangrijke plaats in in onze sociale zekerheid. De wet van 6 augustus 1990 (artikel 2, §1), definieert ze als volgt: het zijn “verenigingen van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel hebben in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit. Zij oefenen hun activiteiten uit zonder winstoogmerk”. Krachtens dezelfde wet omvatten de algemene opdrachten van de ziekenfondsen: de uitvoering van de verplichte verzekering voor ziekte en invaliditeit, het verlenen van hulp, voorlichting en bijstand aan hun leden en de organisatie van aanvullende verzekeringsdiensten.

Door hun deelname aan de verschillende overlegorganen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) zijn de ziekenfondsen ook betrokken bij het vastleggen en de uitbouw van het beleid op het vlak van gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid. Naast dagelijkse uitvoerders van de wetgeving rond gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid zijn de ziekenfondsen dus medebeheerders van deze tak van de sociale zekerheid.

Gezien de diversiteit van de opdrachten van de ziekenfondsen spitsen we ons in deze bijdrage toe op bepaalde, al dan niet goed gekende rollen van de ziekenfondsen in de gezondheidszorg. We beschrijven achtereenvolgens de procedure voor het opstellen van de begroting van de gezondheidszorg en het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen⁽¹⁾ (VI's). Vervolgens illustreren we, aan de hand van initiatieven van de Christelijke Mutualiteit (CM), verschillende manieren om nuttige en relevante informatie te verspreiden bij ziekenfondsleden en zorgverleners. We geven informatie over projecten voor kwaliteitsverbetering van de zorgverlening, die CM in samenwerking met de ziekenhuizen ontwikkelt: dit zijn de Kwaliteitsinitiatieven. We stellen ook een collectief initiatief van de ziekenfondsen voor: het Intermutualistisch Agentschap. Dit verzamelt administratieve gegevens bij de VI's, analyseert of stelt ze ter beschikking van onderzoeksprojecten. Tot slot gaan we dieper in op de ziekenfondsactiviteiten in de aanvullende verzekering.

¹ Onder verzekeringsinstelling verstaan we: de ziekenfondsen (gegroepeerd in de 5 landsbonden), de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS Holding, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

2

Opmaak van de begroting gezondheidszorg en rol van de ziekenfondsen

De opmaak van de begroting voor de uitgaven voor gezondheidszorg is in België opgevat als een jaarlijkse oefening waarbij een groot aantal partijen in mindere of meerdere mate betrokken zijn. Aan de officiële onderhandelingstafels zitten vertegenwoordigers van zowel zorgverstrekkers als ziekenfondsen, werkgevers als werknemers en de regering. De oefening vangt telkens aan in het voorjaar met de eerste besprekingen tussen zorgverstrekkers en ziekenfondsen van de behoeften van de verschillende sectoren en sluit af in oktober van het jaar dat aan het begrotingsjaar voorafgaat.

2.1 Begrotingsprocedure

In 1994 werden de beslissingsorganen van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) hervormd⁽²⁾ en in 2005 werden hun bevoegdheden verder geëxpliciteerd. Dit leidde tot volgende kalender van de begrotingsprocedure.

Tabel 1: Kalender van de begrotingsprocedure

Timing in jaar t	Opdracht	Orgaan of Dienst (RIZIV)
mei	Oplijsten van de 'nieuwe behoeften' en voorstellen tot besparingen per sector van de gezondheidszorgen.	Overeenkomsten-commissies
30 juni ⁽³⁾	Ramen van de uitgaven (= 'technische ramingen') van het lopende jaar (t) op basis van de evolutie van de laatste drie tot vijf jaar en de recentste informatie over tarieven, honoraria en prijzen.	Dienst voor Geneeskundige Verzorging
15 september ⁽⁴⁾	Besparingsmaatregelen voorstellen op basis van een analyse van de uitgavenevolutes van de recentste jaren.	Commissie voor Begrotingscontrole
uiterlijk 14 dagen voor de 1ste maandag van oktober	Herramen van de uitgaven , rekening houdend met de uitgavenevolutes van de eerste maanden van jaar t.	Dienst voor Geneeskundige Verzorging
1ste maandag van oktober	Verdeling voorstellen van de veronderstelde marge op de globale begrotingsdoelstelling voor nieuwe initiatieven en/of voor besparingen in de verschillende sectoren om de begrotingsdoelstelling van jaar t+1 "te halen".	Verzekeringscomité
3de maandag van oktober	Goedkeuren van het (aangepaste) budgetvoorstel voor jaar t+1.	Algemene Raad
november- december	Opmaken en goedkeuren van de globale federale begroting waaronder de begroting voor gezondheidszorg.	Regering (conclaaf)

- 2 Artikel 14 en volgende en artikel 38 en volgende van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- 3 Koninklijk besluit van 17 september 2005 met betrekking tot de vaststelling van de begroting voor geneeskundige verzorging, de opdrachten van de Commissie voor begrotingscontrole en de documenten met betrekking tot afsluiting van de rekeningen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- 4 Vanaf 2005 mag ook de Commissie (uiterlijk op 15 september) besparingsmaatregelen voorstellen die in sommige sectoren moeten worden toegepast om de globale begrotingsdoelstelling te kunnen vaststellen "met inachtneming van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex" (gewijzigd artikel 18 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

De verzekeringsinstellingen zijn sinds de wet Moureaux (1994), betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, sterk vertegenwoordigd in de verschillende organen van het RIZIV. In grote lijnen hebben zij de helft van de stemmen in het Verzekeringscomité en een vierde van de stemmen in de Algemene Raad.

Tabel 2 : Samenstelling van de onderhandelings- en beslissingsorganen

Orgaan	Samenstelling (aantal vertegenwoordigers)
Akkoorden- en overeenkomstencommissies	verzekeringsinstellingen, zorgverleners (geen benoemingen maar feitelijke vertegenwoordigers)
Commissie voor Begrotingscontrole	verzekeringsinstellingen (3), zorgverleners (3), werkgevers en zelfstandigen (2), werknemers (2), regering (4) ⁽⁵⁾ , een begrotings- en financieel adviseur (1), de afdeling financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (1).
Verzekeringscomité	verzekeringsinstellingen (21), artsen (7), paramedici (6), verzorgingsinstellingen (5), apothekers (2), tandheekkundigen (1), sociale partners (6 met slechts raadgevende stem)
Algemene Raad	verzekeringsinstellingen (5), werkgevers en zelfstandigen (5), werknemers (5), regering (5), zorgverleners (8 met slechts raadgevende stem)

Door hun neutraliteit tegenover de verschillende sectoren van de gezondheidszorg, kregen de ziekenfondsen, een belangrijke rol toebedeeld bij de arbitrage tussen de vele 'nieuwe behoeften' die de sectoren jaarlijks formuleren. Deze rol staat niet expliciet beschreven in de wet maar wordt in de praktijk algemeen aanvaard. Uit het beschikbare budget en de technische ramingen, leiden zij af welke marge er bestaat voor nieuwe initiatieven of andersom, welke besparingen vereist zullen zijn. Daarop volgen een hele reeks informele gesprekken, door de ziekenfondsen onderling maar ook met zorgverleners en vertegenwoordigers van de Minister van Sociale Zaken. In deze fase laat ook de farmaceutische industrie het niet na haar belangen via informeel overleg te verdedigen bij de onderhandelaars van de ziekenfondsen. Het RIZIV besteedt dan ook jaarlijks bijna 4 miljard euro aan geneesmiddelen. Dat is 20% van zijn hele budget voor gezondheidszorg. Na een aftasting van het terrein, maken aldus de ziekenfondsen een eerste voorstel voor de verdeling van de beschikbare middelen over partiële doelstellingen op.

In principe speelt de Algemene Raad na dit eerste voorstel een sleutelrol in de begrotingsprocedure. Bij de invoering van de wet in 1994 stelden de "elementaire basisbeginselen" immers voorop dat "het vastleggen van de grote budgettaire enveloppen van de ziekteverzekering chronologisch moet losgekoppeld worden van het budgettaire regeringsconclaf" en dat "de beslissingen zo dicht mogelijk bij de dagelijkse realiteit moeten genomen worden: de minister van Sociale Zaken mag slechts in allerlaatste instantie optreden" (uit verslag van het Rekenhof (2006), p. 26, punt 53).

5 Deze vier leden zijn voorgedragen door de Minister van Sociale Zaken en een daarvan met instemming van de Minister voor Begroting.

Dit is nochtans niet hoe de werkelijkheid zich voordoet. De recentste ministers van Sociale Zaken hadden telkens een zeer duidelijke agenda waarop door de Algemene Raad gewacht werd alvorens tot de goedkeuring van het budget over te gaan. Het voorstel van het Verzekeringscomité werd in de laatste jaren voor het grootste deel overgenomen. De twee derde meerderheid bij de stemming van de budgetvoorstellen voor 2009 en 2010 zullen hier niet vreemd aan geweest zijn maar toch bracht de minister soms grote wijzigingen aan. Sinds 2001 wordt op de derde maandag van oktober op de Algemene Raad dan ook een document goedgekeurd met de voor zich sprekende titel: "Voorstel van de regeringsdelegatie aan de Algemene Raad van het RIZIV".

Tenslotte worden de uiteindelijke beslissingen in programmawetten gegoten en uitgevoerd in de loop van het betrokken begrotingsjaar. Bij de uitvoering van maatregelen spelen de overeenkomsten en akkoordencommissies weer een belangrijke rol. De dossiers die de uitvoering van maatregelen uitwerken vertrekken immers vanuit deze commissies en kunnen op dat moment nog door de leden verfijnd worden. In de teksten van de akkoorden moeten, bij overschrijding van de voorziene budgetten de nodige besparingsmaatregelen voorzien worden. Bovendien worden in deze commissies conventies gesloten tussen ziekenfondsen en verstrekkers die, binnen de krijtlijnen van de voorziene budgetten, de tarieven vastleggen en de nodige nomenclatuuraanpassingen doorvoeren.

2.2 Begrotingsopmaak in de praktijk: recente gebeurtenissen

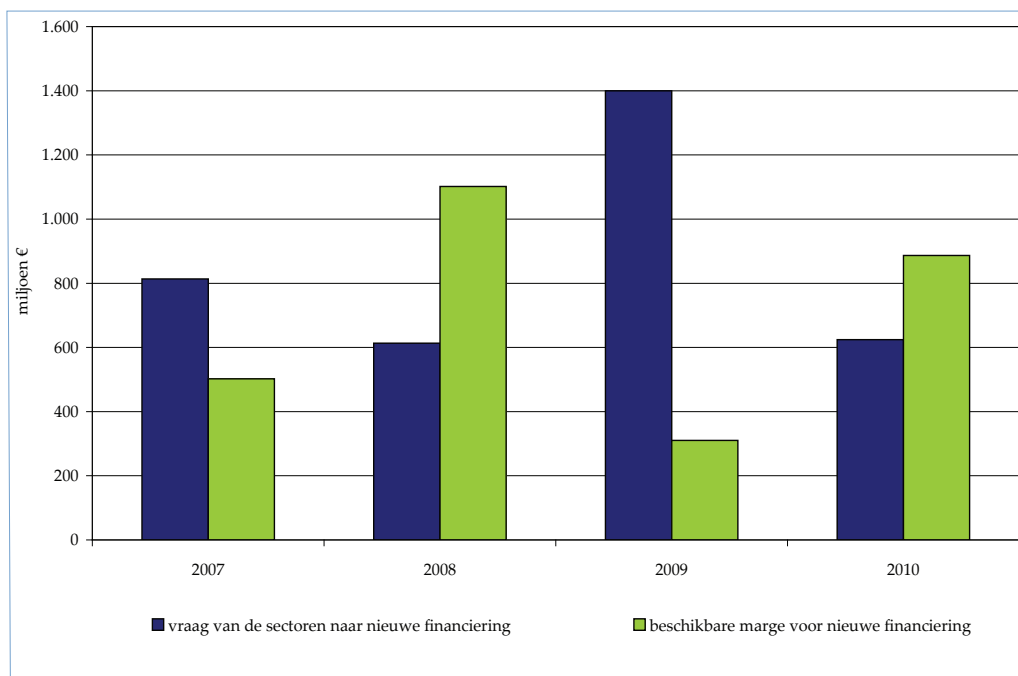
In 2009 verliep de opmaak van de begroting in een bijzondere context. De neerwaartse economische spiraal, ingezet door de Amerikaanse hypotheekcrisis in het begin van 2007 had tegen eind 2008 ook Europa bereikt. De Belgische overheid had miljarden euro gepompt in de banksector om de economie "te redden", maar het werd snel duidelijk dat dit het begin was van een langdurige crisis. In feite was in september 2009, de cruciale periode voor de opmaak van de begroting van de geneeskundige verzorging, het klimaat rijp voor een spaarzaam beleid, maar het geldende wettelijk kader en het politiek bestel beslisten er anders over, zoals we vaststellen bij de uiteindelijke beslissingen genomen op 19 oktober 2009.

In schril contrast met het deficit in de overheidsfinanciën stond de situatie van het budget voor geneeskundige verzorging. Sinds de verhoging van de groeionorm tot 4,5% in 2005 werden de voorziene middelen voor gezondheidszorg nooit volledig opgebruikt. En aangezien het globale bedrag van de begroting jaarlijks berekend wordt op basis van de begroting van het voorafgaande jaar en niet op de werkelijke uitgaven, werd het 'overschot op de begroting' sindsdien gestaag groter. Tegelijk werd (door het systeem van de alternatieve financiering) het aandeel van de overheid in de financiering van de uitgaven voor gezondheidszorg steeds groter. De budgetonderhandelaars vertrokken dus vanuit een situatie waarin de eigen sector over een ruime budgettaire marge beschikte, die echter deels te financieren was door een overheid in financiële nood.

2.2.1 Mei-juni 2009

In de maanden mei en juni bogen de akkoordcommissies, meer bekend als de 'medicomut' (overleg tussen ziekenfondsen en artsen) en de 'dentomut' (overleg tussen ziekenfondsen en tandartsen), en de overeenkomstencommissies (overige overlegorganen) zich zoals elk jaar over de nieuwe te financieren behoeften van hun sector. De alarmbel van dreigende tekorten in de overheidsfinanciering was geluid en voorstellen werden in vergelijking met 2008 spaarzamer geformuleerd. De som van alle behoeften voor het jaar 2010 bedroeg 625 miljoen euro, daar waar theoretisch de beschikbare marge 887 miljoen euro was (zie 2010 in grafiek 1). In de oefening van 2008 voor het budget 2009 liep de vraag voor nieuwe financiering tot over het miljard euro bij een toenmalige veel lagere marge van 310 miljoen euro. Vooral de vraag van de ziekenhuizen woog door in dit globale bedrag. Zij voeren al jarenlang aan dat de 'structurele onderfinanciering' van hun paramedische personeelsomkadering moet gecompenseerd worden. Ook in de sector van de ouderenzorg is de vraag naar bijkomende middelen groot. Woonzorgcentra kampen met te lage financiering voor personeel, terwijl de ouderenpopulatie blijft toenemen. Grafiek 1 geeft per begrotingsjaar aan wat de vraag was naar nieuwe financiering en vergelijkt deze met de beschikbare marge om aan deze vraag te voldoen. De variatie in deze bedragen is groot, en de vraag is weinig afgestemd op de beschikbare marge.

Grafiek 1: Discrepantie tussen de hoogte van de vraag naar nieuwe financiering door de sectoren van de gezondheidszorg en de beschikbare marge



2.2.2 September 2009

Ziekenfondsen namen verschillende standpunten in over de aanwending van 'de marges'. Op dat moment was het nog onduidelijk of de groeïnorm van 4,5% zou behouden worden. De standpunten varieerden van "zo veel mogelijk vrijwaren van de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg of andere sectoren van de sociale zekerheid, als vangnet voor diegenen die het zwaarst getroffen werden door de crisis" tot "het beschouwen van het onvoorwaardelijk financieren van een begrotingsobjectief dat eigenlijk te hoog is ingeschat als een gevaar voor het voortbestaan van het systeem van sociale zekerheid dat op deze manier op het failliet van de overheid zou aansturen". Ondanks deze verschillende posities kwamen de ziekenfondsen een bedrag overeen dat zij voorstelden voor de financiering van nieuwe initiatieven, alsook een reeks besparingen. In de loop van het proces werd duidelijk dat de Minister wenste vast te houden aan de groeïnorm van 4,5%.

2.2.3 Maandag 5 oktober 2009

De ziekenfondsen deden hun voorstel op het Verzekeringscomité. Het spitste zich toe op een reeks nieuwe initiatieven en besparingen en liet de uiteindelijke beslissing over de invulling van de marges over aan de Algemene Raad. Het geheel van de voorgestelde nieuwe initiatieven vereiste 187 miljoen euro extra middelen, grotendeels gecompenseerd door besparingen goed voor een waarde van 131 miljoen euro. Het voorstel kon op grote steun rekenen van de leden van de vergadering en werd met meer dan twee derde van de stemmen goedgekeurd. Verzekeringsinstellingen, tandheelkundigen en apothekers en de helft van de paramedici stemden voor. De andere helft van de paramedische beroepen en de artsen stemden tegen en de ziekenhuizen onthielden zich.

Een greep uit de voorgestelde 'nieuwe initiatieven':

- ▶ Er bestaan nog grote verschillen in verloning tussen de verschillende artsenspecialismen. Om de achterstand van onder meer psychiaters en pediaters in te halen wordt bijna 23 miljoen euro voorzien.
- ▶ Het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen wordt met 15 miljoen euro verhoogd om de loonevolutie, wegens toenemende ancienniteit, te volgen.
- ▶ De personeelsnorm in woonzorgcentra (aantal gefinancierde personeelsleden per bewoner) wordt verhoogd. De budgettaire impact is 20 miljoen euro.

- ▶ Het remgeld voor een verzorging 'forfait B' door thuisverpleegkundigen wordt verminderd. Deze behandeling wordt dus goedkoper voor de patiënt (7 miljoen euro)
- ▶ Paradontale tandzorg wordt beter terugbetaald (kost 4 miljoen euro)
- ▶ Er wordt een bedrag voorzien per ziekenhuis dat zal moeten gebruikt worden om dure (nog) niet terugbetaalde geneesmiddelen te betalen, bijvoorbeeld voor kankerbehandelingen. 4 miljoen euro wordt voorzien om te financieren wat voorheen zeer zwaar doorwoog voor een beperkte groep van ernstig zieke patiënten.

Enkele van de voorgestelde besparingen:

- ▶ Het referentietrugbetalingssysteem van de geneesmiddelen wordt versterkt. Verwachte opbrengst van deze besparingsmaatregel: 65 miljoen euro.
- ▶ Van de artsen worden ook maatregelen gevraagd (onder andere door minder operatieassistentie aan te rekenen en minder elektrofysiologische tests) ter waarde van bijna 30 miljoen euro.
- ▶ De plotse opmars van het aantal aangerekende 'miniforfaits⁽⁶⁾' in het dagziekenhuis met als gevolg een toename van de uitgaven van 9,6 miljoen euro inspireert de ziekenfondsen een even grote besparing te vragen in deze sector.
- ▶ Voor de orthopedisten wordt geschat dat prijsverlagingen een besparing voor het RIZIV zouden betekenen van 4 miljoen euro.

2.2.4 Maandag 19 oktober 2009

Het 'voorstel van de regeringsdelegatie' neemt het voorstel van het Verzekeringscomité integraal over maar verhoogt het bedrag van zowel de nieuwe initiatieven, met een extra 118 miljoen euro als de besparingen met een bijkomende 70 miljoen euro. Zoals kan afgelezen worden op grafiek 2 is er in vergelijking met de voorgaande jaren een groot verschil tussen het voorstel van het Verzekeringscomité en de beslissing van de Algemene Raad.

De toevoegingen in het voorstel van de regeringsdelegatie op de Algemene Raad met de grootste budgettaire impact zijn de volgende:

6 Het miniforfait is het forfait dat ziekenhuizen aan het RIZIV mogen aanrekenen indien zij een patiënt in spoed behandelen of een infuus met geneesmiddelen aanleggen. In 2007 werd ook de notie 'waakinfuus' toegevoegd als prestatie die toegang gaf tot het mini-forfait. De grote stijging van de uitgaven was wellicht te wijten aan een toename van het aantal waakinfuzen, een toename die echter niet beantwoordt aan een medische noodzaak.

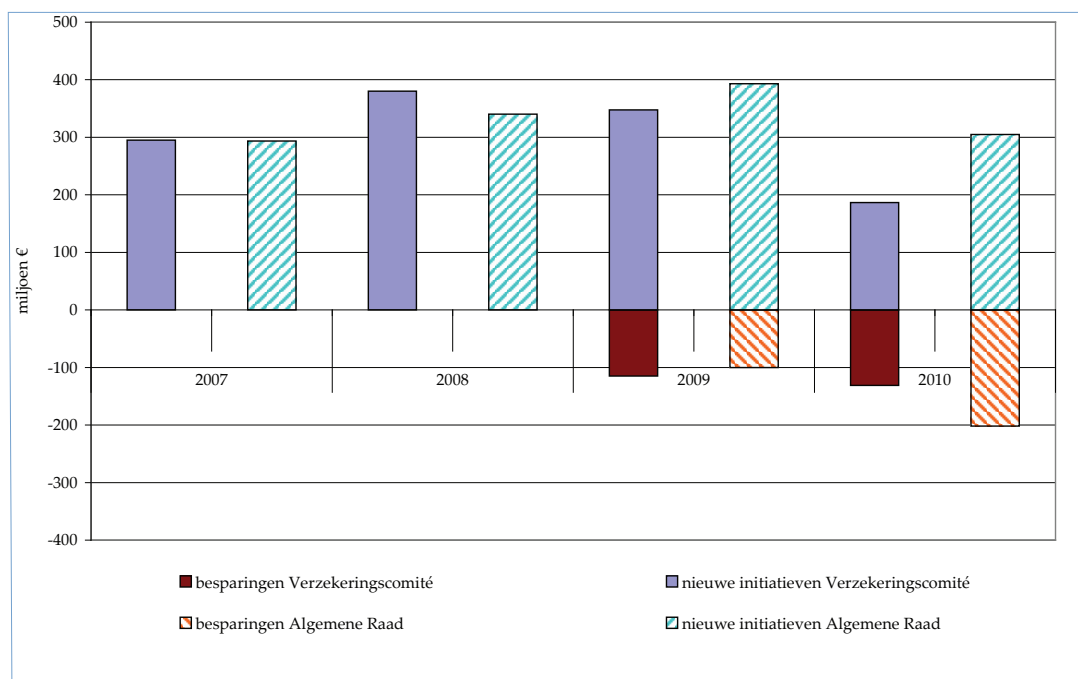
- ▶ De ziekenhuizen maar ook de thuiszorgdiensten kampen met een tekort aan verpleegkundigen. Verschillende maatregelen werden genomen om dat beroep aantrekkelijker te maken. De hogere vergoeding voor avond- en nachtdiensten wordt uitgebreid. Bijzondere kwalificaties worden beter gehonoreerd en thuisverzorging van zwaar zorgafhankelijke patiënten wordt beter vergoed. Totaal 80 miljoen euro.
- ▶ Het bedrag voorzien in het voorstel van het Verzekeringscomité om de financiering van de ziekenhuizen beter aan te passen aan de kost van het personeel wordt nog met 46 miljoen euro verhoogd.
- ▶ Ook het bedrag voor de personeelskost in woonzorgcentra wordt met 9 miljoen euro opgetrokken.

Bijkomende besparingen:

- ▶ Van de sectoren medische beeldvorming en klinische biologie wordt een besparing van 100 miljoen euro op jaarbasis verwacht door een herziening van de nomenclatuur. Verouderde prestaties dienen geschrapt te worden en dubbele betalingen vermeden.

Verder omvat het voorstel ook de beslissing over de toewijzing van de budgettaire marge die niet naar nieuwe initiatieven gaat. Deze marge wordt op drie manieren aangewend. Een kleine 50 miljoen euro wordt beschouwd als 'stabiliteitsprovisie'. Een bedrag dat onaangeroerd zal blijven indien de uitgaven voor gezondheidszorg onder de voorziene budgetten blijven. Ten tweede wordt 294 miljoen in het zogenaamde 'toekomstfonds' gestopt. Een spaarpot voor uitgaven in de gezondheidszorg vanaf 2012. Ten slotte blijft er nog 350 miljoen euro over dat zal aangewend worden om tekorten bij te passen in de andere sectoren van de sociale zekerheid.

Grafiek 2: Vergelijking van de aanwending van de marge op de begroting tussen de voorstellen van het Verzekeringscomité en de beslissingen van de Algemene Raad



2.2.5 ... En het vervolg

De beslissing van de Algemene Raad wordt ten slotte gebruikt als een van de basiselementen voor de globale federale begrotingsbesprekingen. De begroting voor de gezondheidszorgen zoals voorgesteld in de Algemene Raad werd, ondanks de financiële tekorten, integraal overgenomen door de federale regering waarbij de bijdrage van de sector van de gezondheidszorgen aan de andere sectoren van de sociale zekerheid en het toekomstfonds als structurele besparingsmaatregelen werden voorgesteld⁽⁷⁾. Het vorderingensaldo voor de federale overheid wordt daarmee voor 2010 geschat op een deficit van 10 miljard euro of 2,89% van het BBP. Dat brengt de schuldgraad van België op 101,7% van het BBP.

7 Begrotingen van ontvangsten en uitgaven voor het begrotingsjaar 2010. Algemene toelichting. Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. 6 november 2009 (doc 52 2221/001, p.22, tabel 3)

3 Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen

De uitgaven van de gezondheidszorg kennen al decennia lang een sterke groei. Er is de steeds groeiende vraag naar (para)medische zorg en de sterke evolutie van de medische technologie en de beschikbare geneesmiddelen die ook steeds duurder worden. Een soortgelijke stijging doet zich voor in alle Europese welvaartstaten. Als een van de antwoorden hierop besliste de overheid in 1994 tot de invoering van de financiële verantwoordelijkheid van de vr's voor een deel van het budget. In wat volgt wordt het ingevoerde mechanisme beschreven en nagegaan of het gewenste effect werd bereikt: een efficiënter systeem van terugbetaling van de gezondheidsuitgaven zonder sociale uitsluiting als gevolg van risicoselectie door de vr's.

3.1 Het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid

Indien een vr meer uitgeeft aan haar leden dan haar *theoretische aandeel* in het voorziene budget, officieel het *begrotingsaandeel* genoemd, bekostigt het zelf één vierde van dit verschil. En ook omgekeerd, wanneer de uitgaven lager liggen dan het budget komt de 'minderuitgave' ten goede van de reserves van de vr. Indien de globale overschrijding (van alle vr's samen) hoger is dan 2% van het globale budget, worden de individuele overschrijdingen waarop de door de verzekeringsinstellingen terug te storten bedragen worden berekend evenwel geplafonneerd tot diezelfde 2% (wat het geval was in 1996, 2000, 2001 en 2004). Dit zorgt er voor dat de vr's niet verantwoordelijk worden gesteld voor een globale onderschatting van het budget en dat de kost van de financiële verantwoordelijkheid per lid beperkt blijft. Voor de afsluiting van de rekeningen van jaar 2008 zou dit bijvoorbeeld, theoretisch, maximaal 16 euro per gerechtigde geweest zijn.

In dergelijk systeem zou het als vr voordelig zijn om 'zuinige leden', dus leden met weinig risico op gezondheidsproblemen, aan te trekken. De wetgever was zich echter bewust van dit gevaar voor sociale uitsluiting, en bouwde mechanismen in het systeem om risicoselectie tegen te gaan. Het begrotingsaandeel per vr wordt verhoogd naarmate de leden hogere risico's hebben op gezondheidsuitgaven. Deze correctie wordt (via een *normatieve sleutel*) toegepast op 30% van het budget, de andere 70% blijft gebaseerd op de werkelijke uitgaven van elke vr. In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de berekening van deze sleutel.

Tabel 3: Verdeling van de totale begroting van de gezondheidszorg tussen de vr's, volgens het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid

Normatieve financiering	Op basis van het specifieke risicoprofiel van elke vr wordt de normatieve begroting ervan berekend. Men bepaalt de normatieve sleutel, met andere woorden het aandeel van elke vr in het totaal van de normatieve begrotingen.	
Verdeling van de totale begroting van de gezondheidszorg tussen de vr's	30% wordt verdeeld op basis van deze normatieve sleutel (= A). 70% wordt verdeeld op basis van het aandeel van elke vr in de totale werkelijke uitgaven (= B).	Begrotingsaandeel per vr = $(A \times 30\%) + (B \times 70\%)$ Individuele begroting per vr = begrotingsaandeel van de vr x totale begroting van de gezondheidszorg
Financiële verantwoordelijkheid van de vr's	Op het einde van het boekjaar vergelijkt men de werkelijke uitgaven van elke vr met haar individuele begroting. Elke vr wordt verantwoordelijk gesteld voor 25% van de vastgestelde afwijking. Als het gecumuleerde tekort van de vr's 2% van de begroting van de gezondheidszorg bereikt, wordt het tekort van elke vr beperkt tot 2% van haar begroting.	
Reservefonds van de financiële verantwoordelijkheid	Dit fonds werd in 1995 en 1996 opgericht, op basis van een speciale bijdrage van 2,23 euro die geïnd werd bij de gerechtigden. Vereiste: het reservefonds moet minimum 4,46 euro per gerechtigde bedragen.	In het geval van een boni: het reservefonds wordt aangevuld. In het geval van tekort: men put uit het reservefonds, men heft een bijdrage bij de gerechtigden zodat de vereiste wordt nageleefd.

Bron: overgenomen van Gaussin (1999) en aangepast

3.1.1 De normformule

Als alle rechthebbenden van de ziekenfondsen evenveel nood zouden hebben aan gezondheidszorg en daardoor dezelfde uitgaven, bedrag a , dan was de berekening snel gemaakt: budget = $a \times$ aantal leden.

Oordelen we echter dat we bijvoorbeeld voor oudere leden en invaliden een hogere 'norm' moeten hanteren voor hun uitgaven en voegen we een bedrag b toe voor elk lid, ouder dan 70 en een bedrag c voor elk lid dat van een integratietegemoetkoming voor gehandicapten geniet dan wordt de **normformule** :

Normbudget = $a \times$ aantal leden + $b \times$ aantal leden ouder dan 70+ $c \times$ aantal gehandicapten

Op die manier kunnen een reeks karakteristieken of *parameters* gekozen worden met elk hun invloed op de uitgaven voor gezondheidszorg, die *coëfficiënten* a , b , c ... worden genoemd.

3.1.2 De coëfficiënten

Om de invloed van elke parameter op de gezondheidszorguitgaven te bepalen of met andere woorden de coëfficiënt van elke parameter, worden statistische technieken (regressieanalyse) gebruikt. Men berekent op basis van een geobserveerde set van gegevens met welke coëfficiënt de verschillende parameters de uitgaven verhogen (of verlagen). Voor het huidige model werd de set van gegevens van het jaar 2002 gebruikt, dat wil zeggen de toenmalige waarden van al de parameters en de toenmalige totale uitgaven voor gezondheidszorg. Eens de coëfficiënten vastliggen, en in de veronderstelling dat de medische zorg op dezelfde manier blijft afhangen van de gekozen parameters, volstaat het dan om in de daarop volgende jaren de parameters te actualiseren om het normbudget per vi te berekenen.

3.1.3 De parameters

Toen in 1994 het systeem van de financiële verantwoordelijkheid werd ingevoerd bevatte de normformule in België volgende parameters of factoren die geacht werden de behoefte aan gezondheidszorg van de leden te verklaren:

- ▶ demografische factoren: leeftijd, geslacht, gezinssamenstelling
- ▶ socio-economische factoren: indicatoren van inkomen, socio-professioneel statuut (zelfstandige of werknemer), werkloosheidsgraad
- ▶ factoren inzake gezondheid: mortaliteitsgraad
- ▶ omgevingsfactoren: urbanisatiegraad

In de periode 1994-2000 werd de primaire arbeidsongeschiktheid toegevoegd als morbiditeitsfactor, alsook het recht op invaliditeitsuitkering en het recht op verhoogde tegemoetkoming. Een omgevingsvariabele die centraal stond in de debatten maar niet in aanmerking werd genomen, is het medisch aanbod. Dit is een politieke keuze. De densiteit van medisch aanbod is hoog in België maar varieert sterk tussen de regio's. Een efficiënte gezondheidszorg wordt echter gestuurd door de vraag naar en niet door het aanbod van zorg. De extra ziekenhuisopnames bijvoorbeeld, die een puur gevolg zijn van de aanwezigheid van meer ziekenhuizen wensen we dus niet te "belonen".

In de periode 2001-2006 kwamen er nog verschillende parameters bij: de diagnose van invaliditeit, het recht op het 'forfait chronisch zieken'⁽⁸⁾ en enkele criteria die het recht bepalen op de voormalige "sociale franchise" (vervangen door

8 Een forfait bedoeld om de hoog oplopende niet strikt medische kosten op te vangen van personen die door ziekte zorgafhankelijk werden. Afhankelijk van de graad van verlies van autonomie varieert dit forfait van 273 tot 547 euro per jaar (bedragen 2009).

de maximumfactuur (MAF). In 2008 analyseerden de universitaire teams van de KULeuven en de Université Libre de Bruxelles, de mogelijkheid om nog een reeks parameters inzake gezondheid toe te voegen aan de normformule, namelijk de morbiditeitsgegevens (ziektegraad). Zoals hoger vermeld kan primaire arbeidsongeschiktheid gebruikt worden als indicator voor morbiditeit, maar veel preciezere informatie kan afgeleid worden uit het geneesmiddelengebruik en uit de diagnosegegevens van elke ziekenhuisopname. Het geneesmiddelengebruik leiden we af uit de facturen die de apothekers naar de ziekenfondsen doorsturen (elektronisch via farmanet) en de diagnoses, of minimale klinische gegevens (MKG) worden door de ziekenhuizen gedocumenteerd en reeds sinds 1986 aan de FOD Volksgezondheid bezorgd⁹. Het toevoegen van morbiditeitsgegevens aan de normformule zorgt er voor dat het berekende normbudget veel dichter in de buurt komt van een correctere financiering van de ziekenfondsen, zodat hun verantwoordelijkheid voor een goed beheer van de middelen toegespitst wordt op efficiëntie en niet op het hebben van een gezondere ledenpopulatie. De morbiditeitsgegevens werden toegevoegd aan het model vanaf de afsluiting van het jaar 2008.

De parameters inbegrepen in de normformule (2008)

- ▶ Leeftijd
- ▶ Geslacht
- ▶ Statuut van weduwe of wees
- ▶ Recht op verhoogde tegemoetkoming
- ▶ Mortaliteit (aantal sterfgevallen per 100 personen)
- ▶ Primaire arbeidsongeschiktheid
- ▶ Isolement (alleenstaande mutualistische gezinnen)
- ▶ Urbanisatie (aantal stadsbewoners)

Criteria die voorheen recht gaven op de 'sociale franchise'

- ▶ Tegemoetkoming voor gehandicapten
- ▶ Verhoogde kinderbijslag
- ▶ Bestaansminimum of o.c.m.w.-steun

Criteria die recht geven op het zorgforfait voor chronisch zieken:

- ▶ Recht op thuisverpleging voor personen met een sterke afhankelijkheid voor eigen verzorging (forfait B en forfait C)

⁹ De FOD Volksgezondheid gebruikt deze gegevens om voor een stuk de financiering te bepalen van de ziekenhuizen.

- ▶ Kinesitherapiebehandelingen voor zware aandoeningen (E-lijst)
- ▶ Forfait tegemoetkoming voor hulp van derden (KB 02/06/1998, punt i)
- ▶ Integratietegemoetkoming voor gehandicapten
- ▶ Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden
- ▶ Tegemoetkoming voor hulp van derden (KB 02/06/1998, punt g)
- ▶ Verhoogde invaliditeits- of primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering voor hulp van derden
- ▶ Diagnose van de invaliditeit

Morbiditeitsgegevens

- ▶ Diagnosegroepen gebaseerd op klinische gegevens per patiënt in het ziekenhuis
- ▶ Aandoeningengroepen gebaseerd op ambulant geneesmiddelenverbruik

3.2 Is risicoselectie afgezworen ?

De normformule berekent voor elke verzekeringsinstelling welk zijn 'gerechtvaardigd' aandeel is in de nationale uitgaven voor gezondheidszorg. Let wel, het gaat hier enkel om de kosten gedekt door de verplichte en dus solidaire ziekteverzekering, vergoed door het r1z1v. Tegelijk bieden de ziekenfondsen nog aanvullende diensten en verzekeringsproducten aan. Hierop heeft het correctiemechanisme dat de normformule is, uiteraard geen invloed. Vandaar dat we nog steeds een sterke neiging waarnemen van bepaalde ziekenfondsen om jonge en gezonde leden aan te trekken en de anderen te mijden. De aanvullende diensten vertegenwoordigen echter slechts een fractie van de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (z1v).

Het effect van de toevoeging van morbiditeitsgegevens zal nog moeten blijken wanneer deze aanpassing van toepassing wordt. Wat echter wel al vaststaat is dat België volgens van de Ven et al. (2007) nu reeds, in vergelijking met landen met een vergelijkbare organisatie van de gezondheidszorg (Nederland, Duitsland, Zwitserland, Israël) een zeer gedetailleerde normformule hanteert en minder problemen van risicoselectie kent. In Duitsland verliezen de grootste ziekenfondsen de meest gezonde leden aan nieuwe kleine fondsen en geraken in een neerwaartse spiraal waarbij ze hun bijdragen moeten optrekken en nog meer (gezonde en actieve) leden verliezen. In Israël waar ziekenfondsen ook zelf medische zorg aanbieden, ontstaan er grote verschillen in medisch aanbod, met de oprichting van nieuwe ziekenhuizen in regio's met een jongere en meer wel-

stellende bevolking. In Nederland mogen verzekeraars een korting aanbieden aan de leden van een groep die gezamenlijk een zorgverzekering wensen af te sluiten. Een vertegenwoordiger van 19 patiëntenorganisaties kon echter slechts een dergelijk groepscontract bedingen voor 3 van de 19 patiëntenorganisaties. In Zwitserland ten slotte betalen chronisch zieken of andere risicogroepen een veel hogere bijdrage voor aansluiting bij een zorgverzekering dan jonge, actieve en gezonde personen.

3.3 Heeft financiële verantwoordelijkheid geleid tot minder overheidsuitgaven ?

Een sluitend antwoord op deze vraag kan niet gegeven worden aangezien we niet weten hoe de uitgaven van de verzekeringsinstellingen zouden geëvolueerd zijn zonder het mechanisme van de financiële verantwoordelijkheid. Wat wel vaststaat, is dat er met de invoering van het systeem in 1994 een dynamiek is op gang gebracht van controle op correcte gegevenslevering door de verzekeringsinstellingen. De verschillen tussen de verzekeringsinstellingen van de afwijking tussen hun respectievelijke begrotingsaandelen en hun werkelijke uitgaven worden jaarlijks in het licht geplaatst en daarmee in vraag gesteld. De verschillende verzekeringsinstellingen 'verdienden' inderdaad verschillende boni's in de loop der jaren of moesten verschillende mali's bijpassen door een bijdrage te vragen aan elk van hun leden. Het RIZIV berekende dat het saldo in 2004 176 miljoen euro bedroeg in het nadeel van de verzekeringsinstellingen. In de eerste 10 jaar moesten de verzekeringsinstellingen dus jaarlijks gemiddeld 0.1% van het budget voor gezondheidszorg uit hun eigen reservefondsen putten.

Er zijn echter verschillende redenen om te geloven dat de impact van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen beperkt is gebleven. Ten eerste gaat het in deze oefeningen over relatief beperkte bedragen die de overheidsrekeningen niet zwaar beïnvloeden. Het globale mali wordt immers beperkt tot 2% van de begrotingsdoelstelling voor gezondheidszorg. In zijn verslag aan de Kamer schreef het Rekenhof in 2006 (pagina 3): "De beslissing om bij de ziekenfondsen en bij de farmaceutische industrie een deel van de overschrijding van de begroting terug te vorderen, had op de uitgavenevoluitie in financieel opzicht slechts een relatief beperkte weerslag".

Ten tweede bepaalt niet het mechanisme van financiële verantwoordelijkheid maar wel de grootte van het globale budget voor gezondheidszorg of v's hun relatieve aandeel daarin overschrijden. In België geldt er voor de gezondheidszorg sinds 2005 een groeionorm van 4,5%. Dit wil zeggen dat het budget jaarlijks met 4,5% wordt opgetrokken, zelfs indien het budget in een voorafgaand jaar niet volledig benut werd. Toeval of niet, maar het land kent inderdaad een 'overschot' op zijn begroting voor gezondheidszorg sinds datzelfde jaar. Dit heeft geleid tot grote boni's, die zich van 2005 tot en met 2007 accumuleerden

tot 286 miljoen euro of in die periode jaarlijks gemiddeld 0.53% van het budget voor de gezondheidszorg, ditmaal in het voordeel van de v1's. Van uit overheidstandpunt is dit dus geen besparing.

Ten derde beschikken de ziekenfondsen over weinig of geen instrumenten om de uitgaven voor gezondheidszorg van hun leden bij te sturen. Patiënten hebben in België een grote vrijheid in de keuze van hun zorgverstrekkers en zorgverstrekkers hebben een grote vrijheid in de keuze van type behandeling en/of voor te schrijven geneesmiddelen. Dit wordt algemeen aangevoeld als een belangrijke troef van het Belgisch model, maar het heeft wel tot gevolg dat een bijsturing ter verhoging van de efficiëntie van het systeem moeilijker is. De grootste ziekenfondsen zijn dan wel actief in het beschikbaar maken van informatie, zodat patiënten hun keuze ook kostenbewust zouden kunnen maken, maar dragen daar niet noodzakelijk zelf de vruchten van. Via informatiecampagnes kunnen ziekenfondsen artsen aanmoedigen om bijvoorbeeld vaker 'goedkope' geneesmiddelen voor te schrijven, maar ze kunnen hen hier niet toe dwingen, en bovendien zullen de gevoerde campagnes gevolgen hebben voor leden van alle ziekenfondsen. Een andere manier waarop ziekenfondsen op de uitgavenbeheersing kunnen drukken is vanuit hun rol als deelnemer aan de collectieve onderhandelingen in het RIZIV, maar ook hier zullen de effecten zich niet beperken tot de eigen leden.

4 Informatie aan het publiek en de zorgverleners

De voorbije jaren heeft de CM, net als andere ziekenfondsen, een reeks informatiemodules ontwikkeld voor diverse doelgroepen: zowel de sociaal verzekerden als bepaalde instellingen en zorgverleners. De bedoeling van deze modules is om praktische, nuttige en relevante informatie te verspreiden, maar ook de praktijk te verbeteren zodat de gezondheidszorg van goede kwaliteit blijft en toegankelijk voor iedereen. Hierna volgen enkele voorbeelden van modules die door de CM ontwikkeld zijn en beschikbaar zijn op haar website⁽¹⁰⁾. De ziekenfondsen verrichten ook werk op het terrein, vooral via hun diensten gezondheidspromotie. We ronden af met een beknopte voorstelling van deze activiteit.

4.1 Basisinformatie over de zorgverleners en de vergoedingstarieven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ziv)

Waar kan ik een geconventioneerde arts vinden? Hoeveel kost een raadpleging? Hoeveel betaalt het ziekenfonds me terug voor deze raadpleging? Dit zijn basisvragen die onze leden ons vaak stellen. De antwoorden zijn vrij toegankelijk op de website van de CM.

Een zorgverlener opzoeken kan op naam of via postcode of specialiteit (huisarts, specialist, tandarts, paramedisch beroep). De website geeft een overzicht van de zorgverleners naargelang ze geconventioneerd, gedeeltelijk geconventioneerd of niet geconventioneerd zijn. Het opgegeven adres is het briefwisselingsadres dat aan het RIZIV meegedeeld werd (voornaamste bron van al deze informatie).

Een andere module geeft toegang tot de officiële tarieven van het grootste deel van de verstrekkingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur voor huisartsen, specialisten, tandartsen, kinesitherapeuten. Afhankelijk van de 'hoedanigheid' van de verzekerde (al dan niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming) geeft de module per geselecteerde nomenclatuurcode het bedrag van de erelonen, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en het remgeld voor rekening van de patiënt weer. Zo kan de sociaal verzekerde zich een nauwkeurig beeld vormen van de kosten van een ambulante verstrekking, vooral als de zorgverlener geconventioneerd is.

¹⁰ www.mc.be

4.2 Ambulante geneesmiddelen

4.2.1 Een reeks incentives

Om de uitgaven met betrekking tot de geneesmiddelen beter onder controle te houden, werden er de voorbije jaren heel wat maatregelen genomen om tot het gebruik van goedkopere alternatieven aan te sporen.

In juni 2001 werd het systeem van de referentierugbetaling ingevoerd: wanneer een generisch alternatief (of een kopie) van een geneesmiddel beschikbaar is, wordt de vergoedingsbasis (op basis waarvan de tegemoetkoming van de ziv berekend wordt) van de originele specialiteit met een bepaald percentage verminderd. Sinds juli 2005 is dit percentage vastgelegd op 30 %. En vanaf 1 januari 2009 wordt deze vergoedingsbasis nog eens met 2,5% verminderd als de originele specialiteit al twee jaar opgenomen is in het systeem van referentierugbetaling. Aangezien de vergoedingsbasis ongeveer overeenkomt met de maximumprijs van de generische geneesmiddelen, heeft dit nieuwe systeem de fabrikanten er in grote mate toe aangezet om de publieksprijs van heel wat originele specialiteiten tot dit niveau te verlagen.

Voor de patiënten is het uiteraard interessant om generische geneesmiddelen te gebruiken of originele specialiteiten waarvan de prijs op deze manier werd aangepast. Het bedrag dat ze uiteindelijk zelf moet betalen ligt heel wat lager. Wanneer daarentegen een originele specialiteit wordt voorgeschreven terwijl er een generisch geneesmiddel voorhanden is, en de publieksprijs van deze specialiteit niet verlaagd werd tot de vergoedingsbasis ervan, blijft het verschil tussen beide voor rekening van de patiënt, evenals het eventuele remgeld.

Het volgende didactische voorbeeld, overgenomen van Proesmans en Van Tichelen (2006), illustreert dit laatste punt. Een specialiteit kost 20 euro en wordt terugbetaald in categorie B⁽¹¹⁾. Het remgeld voor rekening van de patiënt (gewone verzekerde) bedraagt 25% of 5 euro. De kosten voor rekening van de ziv bedragen dus $(20 - 5) = 15$ euro. Er wordt een generisch geneesmiddel op de markt gebracht, dat maximum 14 euro mag kosten (-30% ten opzichte van het origineel). Het remgeld bedraagt 25% van 14 euro, dus 3,5 euro. De tegemoetkoming van de ziv bedraagt hier dus $(14 - 3,5) = 10,5$ euro. Door de beschikbaarheid van het generisch geneesmiddel wordt de referentierugbetaling toegepast. De vergoedingsbasis van de specialiteit daalt tot 14 euro en de tegemoetkoming van de ziv wordt dan beperkt tot 10,5 euro. Als toch de originele specialiteit aan

¹¹ Er zijn 5 vergoedingscategorieën in de verplichte verzekering voor de geneesmiddelen. Het remgeld varieert volgens deze categorieën. Voor de geneesmiddelen van categorie A: geen remgeld. Voor categorie B: het remgeld bedraagt 25% van de totale prijs voor een gewone verzekerde, 15% voor een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming. Categorie C: het remgeld bedraagt 50%; categorie Cs: 60%; categorie Cx: 80 %. Voor de categorieën B en C wordt het remgeld tot een maximum beperkt.

de patiënt wordt voorgeschreven en de prijs hiervan niet aangepast is, betaalt de patiënt niet 5 euro, maar $(20 - 10,5) = 9,5$ euro.

Er werden nog meer aansprekende maatregelen genomen voor voorschrijvers en apothekers. Zo is vanaf 1 oktober 2005 het voorschrift op stofnaam (de naam van het actieve bestanddeel van de molecule – ‘international common denomination’ of ICD) toegestaan, wat de apotheker in staat stelt goedkopere geneesmiddelen af te leveren (generische of andere). Tot slot werden er minimumdrempels⁽¹²⁾ vastgelegd voor het voorschrijven van ‘goedkope’ geneesmiddelen⁽¹³⁾ voor de zorgverleners (per specialiteit, voor de huisartsen, specialisten en tandartsen).

Het RIZIV geeft de zorgverleners feedback over hun voorschrijfgedrag. Volgens het RIZIV (2009) hadden deze maatregelen het verhoopte resultaat. “Nagenoeg alle voorschrijvers overschrijden de minimumdrempel, vastgelegd voor hun discipline, voor het 2e semester 2008: 90% van de specialisten, 94% van de tandartsen en 98% van de huisartsen hebben de drempel bereikt. Sinds januari 2005 is het percentage ‘goedkope’ voorschriften (in dagdosissen / DDD) gestegen van 22,9% naar 40,8% in december 2008.”

Volgens het RIZIV (2009) hebben de patiënten dankzij deze ‘goedkope’ voorschriften 130 miljoen euro kunnen besparen. Maar het kan nog een stuk verder: als de originele specialiteiten waarvan de prijs niet aangepast werd aan de vergoedingsbasis vervangen zouden worden door goedkopere alternatieve geneesmiddelen, zouden de kosten voor rekening van de patiënten nog met 65 miljoen dalen.

4.2.2 Informatie over generische geneesmiddelen

Het is dan ook belangrijk dat het grote publiek goed geïnformeerd wordt over generische geneesmiddelen en andere beschikbare goedkopere alternatieven. CM maakt, zoals andere ziekenfondsen, brochures over generische geneesmiddelen, verspreidt affiches en artikels om te sensibiliseren en stelt een module ter beschikking, vrij toegankelijk op de website, waarmee de beschikbare generische geneesmiddelen voor een bepaalde originele specialiteit opgezocht kunnen worden. Bovendien kan met deze module nagegaan worden hoe groot de besparing is voor de ZIV en de patiënt als deze laatste een van deze generische geneesmiddelen gebruikt (na invoer van de vermoede consumptie en de hoedanigheid van de sociaal verzekerde).

12 Deze drempels worden uitgedrukt in % en hebben betrekking op het volume van het voorschrift gemeten in DDD (dagdosissen).

13 Het gaat hier over de generische geneesmiddelen, de originele specialiteiten waarvan de prijs verlaagd werd tot de vergoedingsbasis en de voorschriften op stofnaam.

Ondanks de doorbraak van de goedkopere geneesmiddelen blijft de verspreiding van deze basisinformatie belangrijk, meer bepaald voor minder gegoede sociale groepen. Uit een onderzoek van het oivo – zie Vandercammen (2008) – blijkt immers het volgende: “de consumenten in de lage en gemiddelde sociale groepen verklaren minder vaak te weten wat generische geneesmiddelen zijn, in tegenstelling tot de hogere sociale groepen. Over het algemeen hebben de consumenten in de lage sociale groepen een meer negatieve perceptie van de generische geneesmiddelen dan de globale populatie. Ze twijfelen aan de efficiëntie, de prijs, de samenstelling en aan hoe gemakkelijk het is om ze te verkrijgen en gebruiken”.

Tot slot heeft de CM in 2006, in het kader van een grootschalige sensibiliseringscampagne, op basis van haar administratieve gegevens gepersonaliseerde feedback ontwikkeld voor de artsen. In de module, die toegankelijk is aan de hand van een wachtwoord, kan elke arts zijn eigen positie bepalen ten opzichte van de anderen in een tweedimensionale ruimte. De eerste dimensie geeft aan hoe groot de besparing had kunnen zijn voor de ZIV, en de tweede voor de patiënten, indien de arts voor elk voorgeschreven geneesmiddel het goedkoopste alternatief had gekozen (bij een constant gehouden volume).

4.2.3 Het voorschrijven van geneesmiddelen in rusthuizen

Deze module, die in 2007 ontstaan is, wil de rusthuizen (zowel de rust- en verzorgingstehuizen als de bejaardentehuizen) gepersonaliseerde feedback geven over het geneesmiddelenverbruik. Deze module is via een wachtwoord enkel toegankelijk voor de directeur en de coördinerende en raadgevende arts van deze instellingen. De gebruikte gegevens hebben betrekking op de geneesmiddelen die in 2005 terugbetaald werden aan CM-leden die minimum 30 dagen verbleven in instellingen met minstens 20 CM-leden.

Dit initiatief kwam er omdat vastgesteld werd dat er grote verschillen bestonden in geneesmiddelenverbruik, zowel op kwantitatief als op kwalitatief vlak. Op basis van de administratieve gegevens van de CM stelt Cornelis (2007) enkele globale resultaten in dit verband voor, die we hierna overnemen.

- ▶ Tijdens zijn verblijf kreeg een bewoner gemiddeld 9,5 verschillende geneesmiddelen. Per dag werden er gemiddeld 4,1 verschillende geneesmiddelen verbruikt. Tussen de instellingen worden aanzienlijke verschillen vastgesteld: het gemiddelde varieert van minimum 3,8 tot maximum 16. Per dag varieert het gemiddelde aantal van 1,6 tot 6,4.

- ▶ Wat de afgeleverde geneesmiddelen betreft, worden de globale resultaten voorgesteld ⁽¹⁴⁾ in grafiek 3.
 - ▷ De antidepressiva zijn sterk vertegenwoordigd: gemiddeld werden ze aan 43,7% van de bewoners voorgeschreven. Er zijn grote verschillen tussen de instellingen. In bepaalde instellingen gebruikten 75% van de patiënten antidepressiva, in andere slechts 13,6%.
 - ▷ Voor de antipsychotica (geneesmiddelen voor behandeling van zware psychiatrische pathologieën zoals schizofrenie) bedraagt het gemiddelde aandeel 23,3%, met een variatie gaande van 0 tot 68%.
 - ▷ Het gemiddelde aandeel van de patiënten die minstens eenmaal antibiotica toegediend kregen, bedraagt 61,9%, met een variatie gaande van 10,5 tot 96,4%.
 - ▷ De dekking van de griepvaccinatie is heel goed: gemiddeld ligt ze iets hoger dan 90%. Er zijn evenwel instellingen waar geen enkel vaccin toegediend werd ...
 - ▷ De 'Beers'-lijst omvat geneesmiddelen die minder geschikt geacht worden voor bejaarden, omdat ze meer kwaad dan goed kunnen doen door de bijwerkingen die verband houden met de leeftijd. Het gemiddelde aandeel van de patiënten dat minstens een geneesmiddel van deze lijst toegediend kreeg, bedraagt 30,6%, met een variatie gaande van 4,2 tot 59,4%.

- ▶ Wat de aard van de voorgeschreven geneesmiddelen betreft (zie grafiek 4), zien we globaal genomen dat de generische geneesmiddelen en de specialiteiten waarvan de publieksprijs aangepast werd aan de vergoedingsbasis (Rmin), bijna 25,1% van het volume aan geneesmiddelen uitmaken (G). Het aandeel van de specialiteiten waarvoor er een generisch alternatief bestaat maar waarvan de publieksprijs hoger blijft dan de vergoedingsbasis (Rplus), bedraagt gemiddeld 15,3 %. Tot slot zijn de specialiteiten zonder generisch alternatief gemiddeld in de meerderheid: 59,6%. Maar de verschillen zijn heel groot.

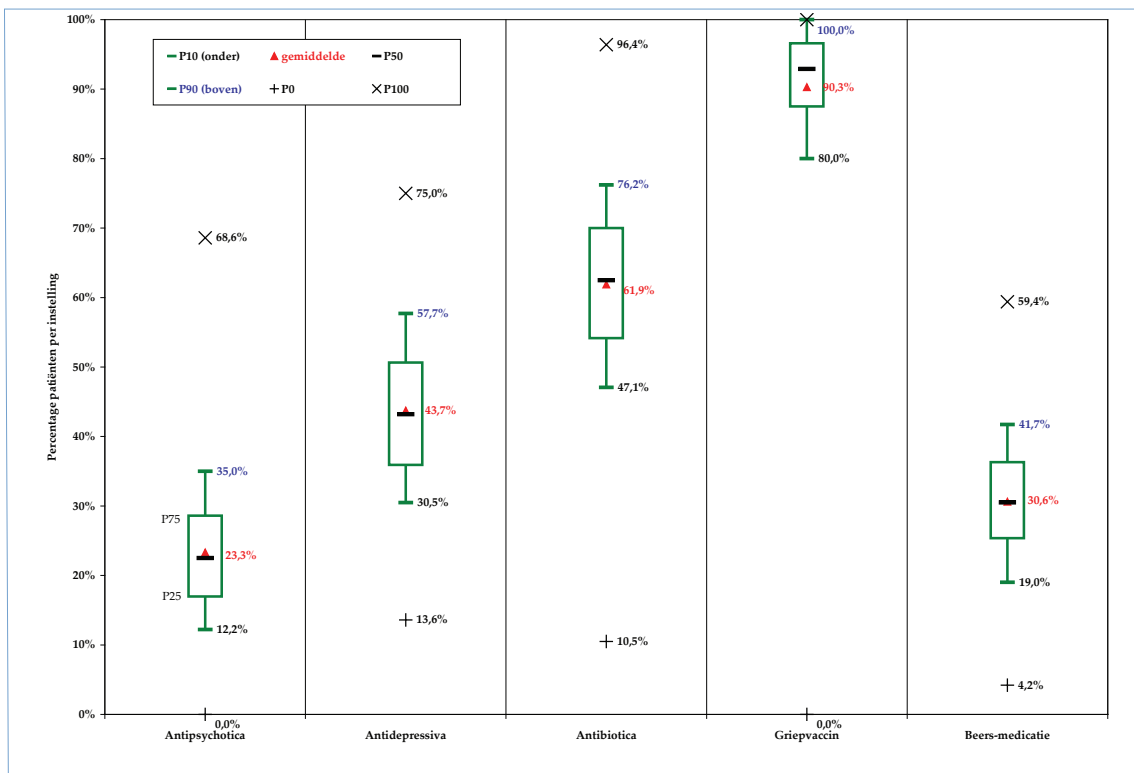
De feedback geeft aan elke instelling: het profiel van de CM-leden die er verblijven en aanwijzingen over het volume en de aard van de voorgeschreven geneesmiddelen (de categorieën van grafiek 3). Tot slot toont de module het aandeel van de goedkopere geneesmiddelen (generische geneesmiddelen en originele specialiteiten waarvan de prijs verlaagd werd tot de vergoedingsbasis). De module geeft ook aan welke besparingsmogelijkheden er nog zijn bij

¹⁴ De grafieken 3 en 4 stellen de verdelingsparameters van de waarden grafisch voor per instelling, in de vorm van een *boxplot*. De 'box' wordt afgebakend door het 1^e (P₂₅) en het 3^e kwartiel (P₇₅). De mediaan (P₅₀) wordt weergegeven door een horizontale streep in de box. Het eerste (P₁₀) en het laatste deciel (P₉₀) worden aangegeven met horizontale strepen buiten de 'box'. Tot slot voegt men het vastgestelde minimum (P₀) en maximum (P₁₀₀) toe. Het gemiddelde van de verdeling wordt ook vermeld (driehoek).

de specialiteiten waarvoor er goedkopere alternatieven bestaan. Elke instelling kan haar positie bepalen ten opzichte van de andere.

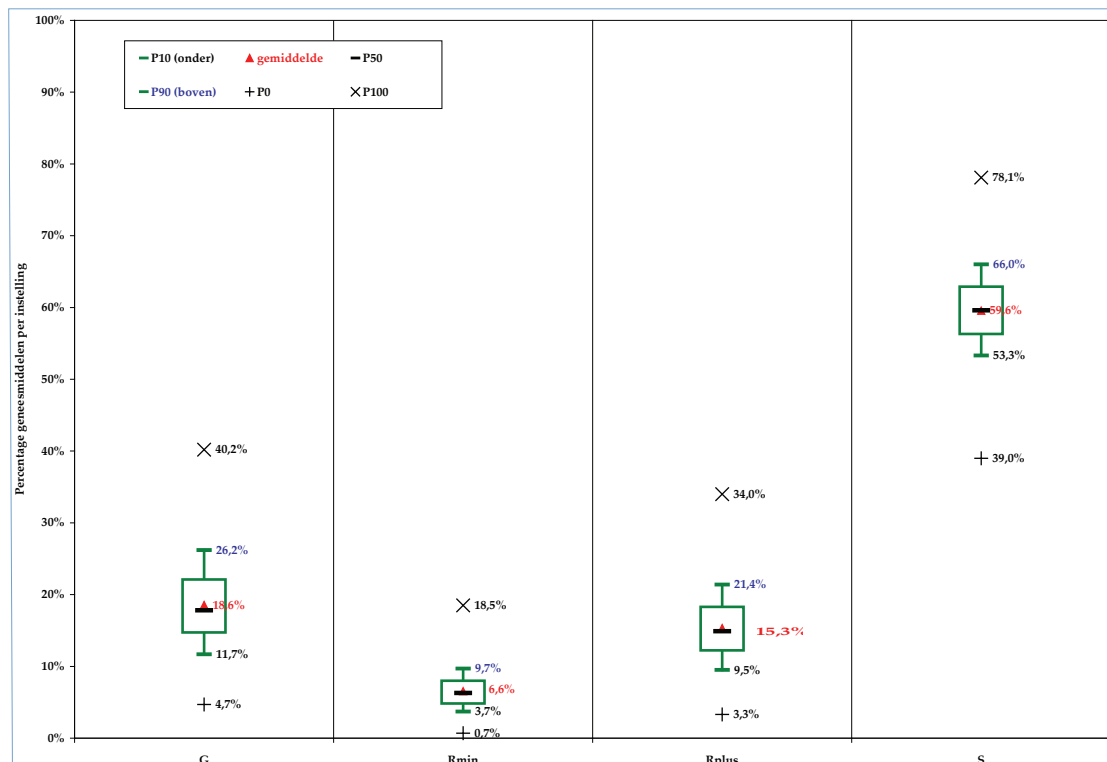
Met dit type initiatieven zien we dat de rol van het ziekenfonds en het nagestreefde doel ambitieuzer worden. Het komt er niet alleen op aan nuttige en interessante beheersinformatie ter beschikking te stellen van de instellingen. We willen ook vragen stellen over de praktijk om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren: opvolging en aanpassing van het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen, bijzondere aandacht voor het verbruik van antidepressiva en antipsychotica, voor het gebruik van goedkopere geneesmiddelen, toezicht op de dekking van de griepvaccinatie, ...

Grafiek 3: Per instelling, de verdeling van het aandeel patiënten die antipsychotica, antidepressiva, antibiotica, griepvaccins en geneesmiddelen van de 'Beers'-lijst gebruikt hebben (cm-gegevens, 2005)



Bron: Cornelis (2007)

Grafiek 4: Per instelling, de verdeling van het aandeel van de generische geneesmiddelen (G), van de specialiteiten waarvoor de prijs aangepast werd (Rmin) of niet (Rplus) tot het niveau van hun vergoedingsbasis en van de specialiteiten zonder generisch alternatief (S) (cm gegevens, 2005)



Bron: Cornelis (2007)

4.3 Ziekenhuiskosten: een website met informatie aan de patiënt

Om haar leden correct te kunnen informeren en beschermen tegen al te hoge ziekenhuisfacturen heeft de Christelijke Mutualiteit een interactieve module op haar website waarop tarieven kunnen vergeleken worden tussen ziekenhuizen. De informatie is gedetailleerd per type opname (met of zonder overnachting), per type kamer (individuele of gemeenschappelijke) en per dienst (heelkunde, materniteit...). De vergelijking baseert zich op al de facturen van haar leden van het recentste afgelopen jaar. **De module is bedoeld als bron van informatie voor de patiënt, maar heeft ook als positief effect dat ziekenhuizen aanpassingen of zelfs correcties doorvoeren wanneer uit hun cijfers een afwijkende prijzenpolitiek blijkt.** Bovendien trekt de studiedienst van de cm elk jaar globale conclusies over alle ziekenhuizen heen en laat het onderzoek toe om de langere termijn evolutie op te volgen. Zo is deze module door de jaren heen uitgroeid tot de 'barometer van de ziekenhuisfactuur' en speelt het zijn rol als drukkingsmiddel op het beleid voor een betaalbare patiëntenfactuur in het ziekenhuis. De belangrijkste conclusies uit de analyse van de recentste cijfers zijn de volgende.

4.3.1 De kost voor de patiënt van een ziekenhuisopname is gedaald in 2008

In 2008 betaalde de patiënt gemiddeld 507 euro voor zijn opname met overnachting in een algemeen ziekenhuis. Dat is één euro minder dan in 2007, maar rekening houdend met de hoge inflatie van 2008 betekent dit een reële verlaging van de factuur met 4 %⁽¹⁵⁾. De prijs van een niet-chirurgische ingreep in een dagopname bleef stabiel op iets minder dan 50 euro. De neerwaartse beweging is vrij algemeen voor de verschillende rubrieken die de factuur aan de patiënt uitmaken, uitgenomen één rubriek: de supplementen op de honoraria van de artsen. De keuze van het type kamer beïnvloedt deze rubriek echter zeer sterk.

4.3.2 Daling van de factuur voor de patiënt in 2- (of meer) persoonskamers

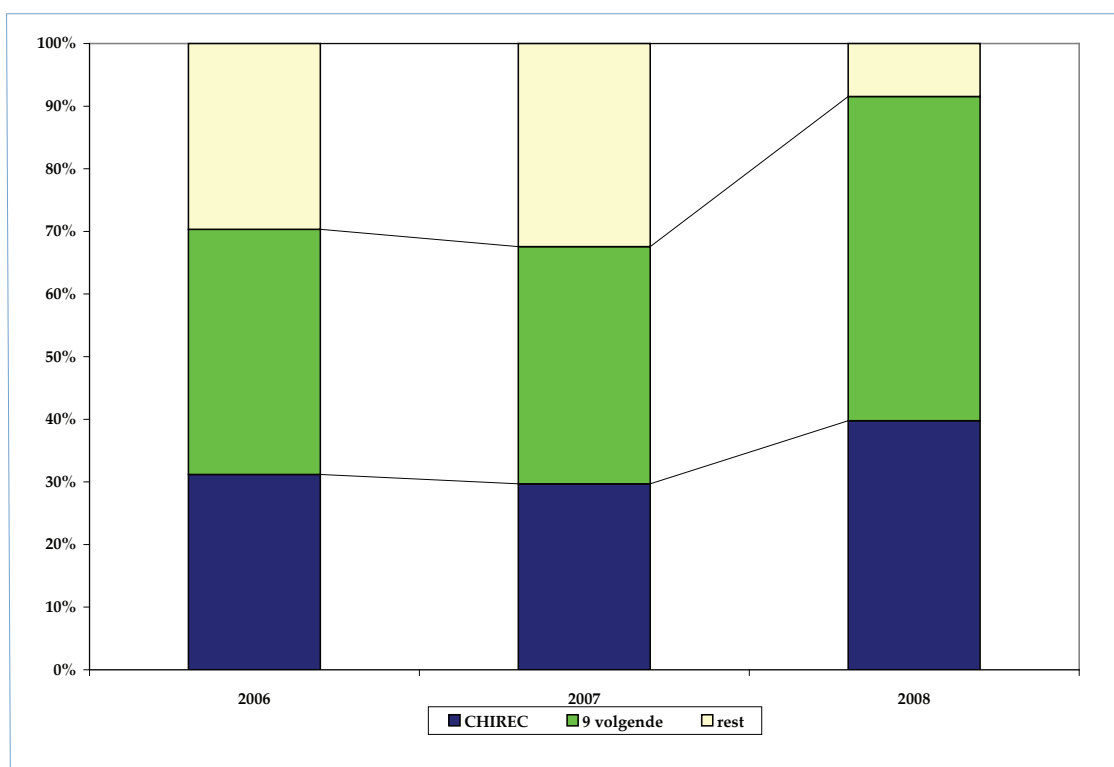
Om een toegankelijke gezondheidszorg te vrijwaren is het essentieel dat de tarieven vastliggen, op zijn minst bij opnames in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers, die 80% uitmaken van alle opnames. De CM heeft hier jarenlang voor geijverd en met succes. Verschillende maatregelen werden genomen. Halfweg 2007 werden supplementen (op honorarium en kamer) verboden voor "beschermd patiënten" op tweepersoonskamers of gemeenschappelijke kamers. In dat zelfde jaar werd beslist dat de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een stuk van de ziekenhuisfinanciering ter waarde van 21 miljoen euro zou verdelen over de ziekenhuizen die in dat kamertype nooit honorariumsupplementen aanrekenen. Inmiddels is deze beslissing structureel geworden en was ook in 2008 en 2009 21 miljoen euro voorbehouden voor de geëngageerde ziekenhuizen.

Wat is het resultaat van dit aanmoedingsbeleid? Waar in 2006 nog 37 ziekenhuizen honorariumsupplementen aanrekenen in tweepersoonskamers, daalde dit aantal in 2008 tot 25. 93 van de 118 algemene ziekenhuizen engageerden zich om dit niet meer te doen en we vinden in onze gegevens nog slechts 15 ziekenhuizen waarin het totale volume van honorariumsupplementen in tweepersoonskamers nog substantieel is.

Merk op dat 7 van de 118 algemene ziekenhuizen in België goed zijn voor 80 % voor alle honorariumsupplementen aangerekend in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers van heel het land en zoals grafiek 5 weergeeft, wordt dit fenomeen nog meer uitgesproken in 2008. Eén ziekenhuis (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell) int meer dan 30 % van alle honorariumsupplementen en 10 ziekenhuizen zijn samen goed voor meer dan 95 % van de honorariumsupplementen in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers.

¹⁵ Ter vergelijking, de gemiddelde ziekenhuisfactuur was 479 euro in 2004, 492 euro in 2005 en 493 euro in 2006. Op langere termijn, in 1998 bedroeg dit gemiddelde 334 euro. Bron : Crommelynck & Wantier (2007).

Grafiek 5: Evolutie van het aandeel van de ziekenhuizen in het totaal van honorariumsupplementen in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers



4.3.3 Honorariumsupplementen in eenpersoonskamers, op 10 jaar tijd verdubbeld !

Op de langere termijn zijn het voornamelijk de honoraria die blijven stijgen. Op 10 jaar tijd zijn deze in reële termen verdubbeld! Deze evolutie speelt zich volledig af in eenpersoonskamers. De honorariumsupplementen evolueerden in dat kamertype van 37 % van de patiëntfactuur naar 55 %, die op zichzelf ook 40 % duurder werd bovenop de inflatie. Concreet betaalt een patiënt in 2008 in een eenpersoonskamer gemiddeld 1.211 euro uit eigen zak waarvan 657 euro aan honorariumsupplementen, 230 euro aan kamersupplementen, 124 euro aan materiaalsupplementen en andere diverse supplementen en niet-terugbetaalbare geneesmiddelen. De overige 200 euro is de som van de remgelden.

In 2008 brachten de honorariumsupplementen 274 miljoen euro op aan artsen en ziekenhuizen. 63 miljoen (waarvan meer dan de helft in 61 ziekenhuizen) hiervan betrof supplementen van meer dan 100 % van het officiële tarief en 12 miljoen euro supplementen van meer dan 200 %. Deze laatste bedragen zijn geconcentreerd in slechts 18 ziekenhuizen.

4.3.4 Evolutie van de kost van implantaten en medisch materiaal

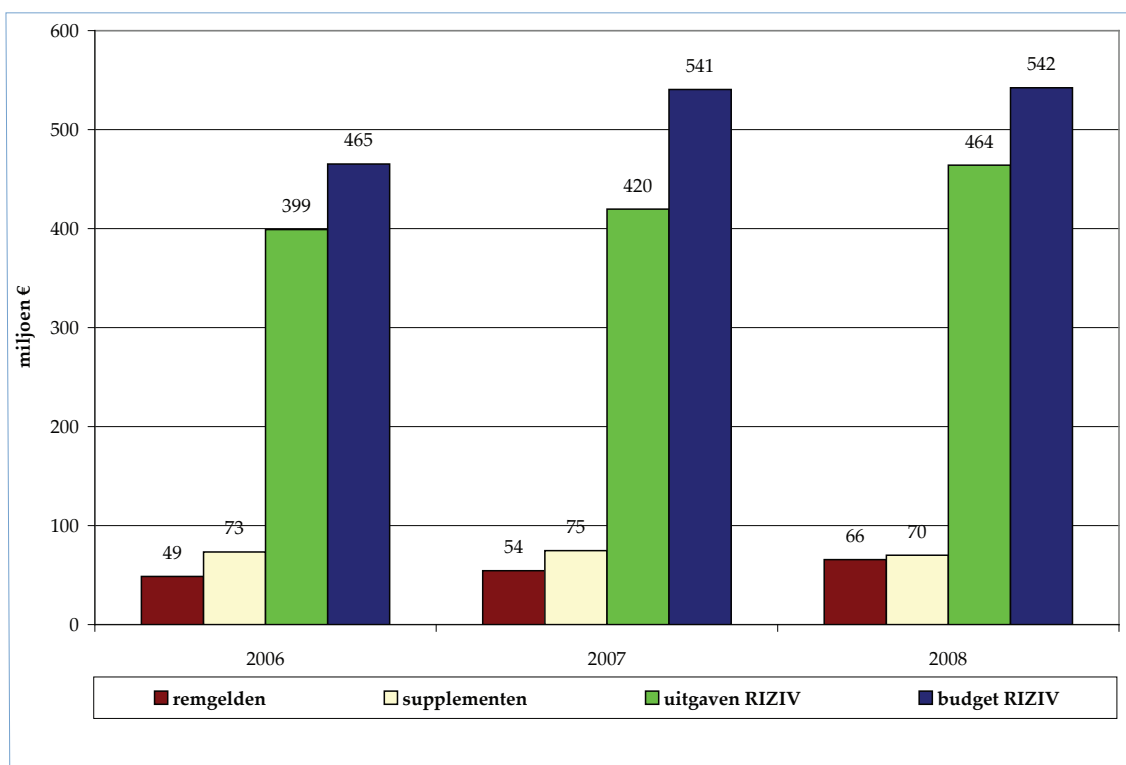
De kost van medisch materiaal (implantaten en invasieve medische hulpmiddelen) kan zwaar doorwegen voor de patiënt. In de dienst heelkunde maakt deze rubriek gemiddeld een vierde van de factuur voor de patiënt uit. Nochtans gaat het over noodzakelijke uitgaven waarin de patiënt geen verantwoordelijkheid draagt. Het afschuiven van deze kosten op de patiënt is dan ook niet verdedigbaar. In die optiek voorziet het RIZIV reeds jaren na elkaar een stijgend budget voor de terugbetaling van dit medisch materiaal. Deze werden in de laatste jaren echter nooit volledig benut. De goedkeuring van nieuwe terugbetalingen loopt vertraging op en lijkt een weerkerende tactiek van de regering om te besparen op de uitgaven in de gezondheidszorg. Dit heeft wel voor gevolg dat aangerekende materiaalsupplementen verminderen maar bij volledige benutting van de voorziene budgetten zou dit effect veel sterker zijn. Enkele voorbeelden van materialen die in 2008 wel beter werden terugbetaald zijn de maagringen voor diabetici met zwaar overgewicht, viscerosynthesemateriaal (voor kijkoperaties en hechting van zachte weefsels) en enkelprothesen. In grafiek 6 wordt het verschil duidelijk tussen wat voorzien was door het RIZIV en wat uiteindelijk werd uitgegeven. De verschillen - de onbenutte budgetten - bedragen in de jaren 2006 tot 2008 respectievelijk 66, 121 en 78 miljoen euro.

Een andere, positievere evolutie is de transfer van de zogenaamde veiligheidsmarge⁽¹⁶⁾ van implantaten van de rubriek "supplement" naar de rubriek "remgeld". Op deze manier wordt deze kost meegenomen in de tellers van de maximumfactuur (MAF), zodat patiënten met hoge kosten sneller hun bovengrens bereiken. Op dezelfde grafiek 6 is ook de transfer van supplementen naar remgelden te zien.

Gemiddeld genomen betaalde een patiënt in de dienst heelkunde 173 euro per opname voor medisch materiaal (99 euro supplement en 74 euro remgeld) waar dat in 2007 nog 181 euro was (113 euro supplement en 68 euro remgeld).

16 De *veiligheidsmarge* is het maximale bedrag dat mag aangerekend worden bovenop de referentieprij van bepaalde medische materialen (uit artikel 35 en 35bis van de nomenclatuur gezondheidszorg). Als de prijs van de leverancier hoger ligt dan referentieprij + veiligheidsmarge betaalt de ziekteverzekering niets meer terug, het ziekenhuis betaalt dan de prijs en de patiënt de veiligheidsmarge. Ter herinnering: In 2006 werd de *afleveringsmarge* ook reeds opgenomen in de MAF als remgeld en ook toen was het effect op de gegevens zeer duidelijk merkbaar. De *afleveringsmarge* is de vergoeding van de ziekenhuisapotheker per aflevering. Deze marge bedraagt 10 % van de prijs van het product met een maximum van 148 euro. De afleveringsmarge en de veiligheidsmarge zijn cumulatief aanrekenbaar.

Grafiek 6: Globale budgetten voor medisch materiaal en implantaten



4.3.5 Weerslag van maatregelen op de factuur voor de patiënt in het ziekenhuis in 2008

- ▶ *Invoering van het forfait voor chronische pijn in een niet-chirurgisch dagziekenhuis (juli 2007)*
 2008 was het eerste volledige jaar waarin dit forfait toegekend werd aan dagziekenhuizen voor de behandeling van chronische pijnpatiënten. Dit leverde een meer dan verdubbeling op van het aantal opnames (119 % meer dan in 2007).

- ▶ *Omzendbrief RIZIV voor transparanter aanrekenen van "diverse kosten" (december 2007)*
 De herstructurering van de nomenclatuurcode voor diverse kosten en de druk op de ziekenhuizen om deze rubriek correct en selectief te gebruiken, heeft zijn vruchten afgeworpen. In 2008 daalde deze rubriek met 15 %, van 35 naar 30 euro per opname. Een aantal verborgen supplementen op honoraria of materiaal, en een aantal kosten van niet terugbetaalde geneesmiddelen zijn dus terecht uit de diverse kosten gehaald.

- ▶ *Verbod op kamersupplementen na de 15^{de} dag van opname in hetzelfde jaar (februari 2008)*
 In de praktijk werd deze maatregel niet in alle ziekenhuizen toegepast en ook alleen bij opeenvolgende dagen in hetzelfde ziekenhuis. Dit verbod werd gecompenseerd met een verhoging van het budget van de financiële middelen die het RIZIV aan de ziekenhuizen uitbetaalt. De gevolgen laten zich logischerwijze het sterkst voelen in de diensten met de langste ligduur. In de geriatrie daalde het kamersupplement per opname gemiddeld met 12 %.

- ▶ *Transfer van de "veiligheidsmarge" bij implantaten van de rubriek "supplement" naar de rubriek "remgeld"(juli 2008) en betere terugbetaling van bepaalde medische materialen.*
 De gunstige gevolgen van deze maatregelen werden hierboven reeds beschreven.

- ▶ *Grondige aanpassingen van de terugbetaling van materialen bij de prestaties "faco-emulsie" in de oftalmologie (november 2008)*
 De kost voor de patiënt van een oftalmologische ingreep daalt sterk (-17 %). Deze daling situeert zich vooral in de rubriek materiaalsupplementen (-39 %), maar ook bij de D-geneesmiddelen (-18 %), de diverse supplementen (-39 %) en de remgelden op materiaal (-8 %).

4.3.6 Samenvattend besluit

De lange termijn tendens is vrij eenduidig en grotendeels het gevolg van een gerichte politiek van de overheid, aangemoedigd door ziekenfondsen en andere patiëntenrechtenverdedigers. De prijs van een opname in het ziekenhuis bewoog in twee richtingen. Ze werd enigszins goedkoper voor opnames in tweepersoonskamers of gemeenschappelijke kamers, maar werd fors duurder voor patiënten die expliciet kozen voor een individuele kamer. De belangrijkste verklarende factor voor beide bewegingen is de hoogte van de door de artsen gevraagde honorariumsupplementen. Deze werden in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers door de artsen achterwege gelaten in overeenkomst met de ziekenhuisbeheerders of in een reeks gevallen wettelijk verboden. Het gevolg was een forse stijging van de gevraagde honorariumsupplementen in eenpersoonskamers, die als uitwijkmogelijkheid werden benut. De grote stijging van de honorariumsupplementen concentreerde zich bovendien bijna uitsluitend op de diensten heelkunde en materniteit. Hoewel de zich stabiliserende kostprijs van een opname in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer valt toe te juichen, moeten we ons behoeden voor zeer grote verschillen in prijzen voor een zelfde behandeling. Deze verschillen zouden gevolgen kunnen hebben voor de geleverde kwaliteit van de zorg, wanneer de meerprijs niet alleen het comfort van een individuele kamer moet vergoeden maar ook de degelijkheid van de medische behandeling. Dit zou lijnrecht ingaan tegen het idee van geneeskundige verzorging als basisrecht.

4.4 Gezondheidspromotie

De activiteiten van gezondheidspromotie en –voorlichting zijn niet nieuw. In 1976 is de CM hiermee begonnen en ook andere ziekenfondsen zijn hierin actief. Deze activiteiten zijn erop gericht het publiek bewust te maken van verschillende thema's die verband houden met gezondheid en welzijn in de ruime zin. Door mensen bewust te maken van hun levenswijze en -omstandigheden wil men ze leren welke middelen en actiehefbomen er bestaan (in hun materiële en sociale omgeving) om hun gezondheid en welzijn te verbeteren. Deze activiteiten maken deel uit van de wettelijke opdrachten van de ziekenfondsen. De wet van 6 augustus 1990 (artikel 3c) op de ziekenfondsen stelt immers dat de ziekenfondsen diensten kunnen organiseren die gericht zijn op “het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn”.

Er komen heel wat thema's aan bod in de gezondheidspromotie: voeding, gevoelsleven en seksualiteit, roken, tandverzorging, lichaamsbeweging, sport, ... De ziekenfondsdiensten gezondheidspromotie ondersteunen en vertalen de preventiecampagnes en doelstellingen die vastgelegd worden door de overheid, zowel op federaal niveau (bv. het nationaal voedings- en gezondheidsplan) als op het niveau van de gemeenschappen, die bevoegd zijn voor de 'collectieve preventie' (bv. promotiecampagne voor het opsporen van borstkanker via de mammotest).

De activiteiten van de diensten gezondheidspromotie kunnen verschillende vormen aannemen en op verschillende niveaus werken:

- ▶ Informatieverspreiding in de vorm van brochures, folders, persartikels, vergaderingen en conferenties;
- ▶ Ontwikkeling van pedagogische hulpmiddelen voor animatoren op het terrein. Deze pedagogische hulpmiddelen zijn van uiteenlopende aard: methodologische gidsen, spellen, boeken, dossiers, dvd's. De beoogde animatoren zijn enerzijds leerkrachten (voor activiteiten van gezondheidspromotie in scholen) en anderzijds actievelingen in het verenigingsleven, bijvoorbeeld om meer achtergestelde doelgroepen te bereiken.

Al het didactisch materiaal is beschikbaar op aanvraag. De diensten gezondheidspromotie kiezen materiaal en de animatieprojecten na een analyse van de noden op het terrein, zoals aangegeven door de doelgroep van deze acties en in samenwerking met diverse partners en netwerken van betrokken personen. De acties kunnen heel plaatselijk of op het niveau van een gemeenschap georgani-

seerd worden⁽¹⁷⁾. Zo werd de pedagogische gids “Et toi, tu manges quoi?”, opgesteld door de Franstalige dienst gezondheidspromotie van de CM, ruim verspreid bij de scholen van de Franse Gemeenschap. Aan de hand hiervan kunnen leerkrachten in de klas rond voeding van adolescenten werken (alcohol, dieet, fastfood, ...).

Er is een nieuwe aanpak van gezondheidspromotie in ontwikkeling: individueel advies geven via een website. Bijvoorbeeld: de Vlaamse CM-actie “Kilootje minder” plaatste een ‘coach’ online⁽¹⁸⁾, bij wie men zich kan inschrijven voor persoonlijke informatie, advies en praktische tips om zijn gewicht onder controle te houden.

17 We verwijzen naar het maandelijks magazine ‘Education Santé’ (www.educationsante.be), dat gepubliceerd wordt door de CM (in coördinatie met de Socialistische Mutualiteit), waarin de concepten, strategieën, methodes en evaluatieprocessen van gezondheidspromotie en de concrete initiatieven voorgesteld worden, zowel lokaal als op het niveau van de Franse Gemeenschap.

18 www.kilootjeminder.be

5 De kwaliteitsinitiatieven van CM

De voorbije 10 jaar is de kwaliteitscontext van de verzorging en veiligheid van de patiënten sterk geëvolueerd in België en in de westerse wereld in het algemeen. Het economische gewicht van de gezondheidssector rechtvaardigt zeker de grote aandacht voor de kwaliteit van de medische praktijk, maar het is de vaststelling die 10 jaar geleden gepubliceerd werd door het Amerikaanse Institute of Medicine die de dynamiek echt op gang bracht. Dat instituut kwam tot de bevinding dat er zich in de vs jaarlijks 50 tot 100.000 te vermijden overlijdens voordeden in de ziekenhuizen.

In die tijd heeft CM het voortouw genomen door een vrijwillige samenwerkingsovereenkomst te sluiten met de Franstalige ziekenhuizen van het land rond de Kwaliteitsinitiatieven (KI). Elk KI is een project dat met meerdere ziekenhuizen georganiseerd wordt rond specifieke thema's. Tot nog toe hebben de ziekenhuizen deelgenomen aan projecten als (niet in chronologische volgorde): het transfusiebeheer en de informatisering van de bloedbank, bestrijding van postoperatieve pijn, de vergelijking van de chirurgische en medische praktijken in geval van slagadervernauwing, de voorlichting van diabetespatiënten of de simulatie in anesthesie. De ziekenhuizen vergelijken hun activiteiten en wisselen ervaringen uit tijdens periodieke vergaderingen, georganiseerd door de KI-coördinatie. Deze stoffeert de uitwisseling met informatie uit CM-databanken, evenals literatuuroverzichten, deskundigen of werkmodellen.

Geleidelijk aan zijn de projecten zich gaan toespitsen op de volgende twee prioritaire thema's.

- ▶ De **optimale organisatie van de verzorgingsprocessen** werd georganiseerd via het "Netwerk Klinische Paden" (NKP), in samenwerking met de Ecole de Santé Publique (ESP) van de UCL (www.nkp.be). Dit netwerk omvat tientallen ziekenhuizen, strekt zich uit tot Frankrijk, Zwitserland en Luxemburg en werkt nauw samen met het identieke netwerk in Vlaanderen en Nederland. Er werden tientallen klinische paden ontwikkeld voor de verzorging van patiënten in orthopedie, cardiovasculaire chirurgie, gynaecologie-verloskunde, geneeskunde en zelfs langdurige revalidatie. Sinds 2008 hebben de 3 Franstalige ESP's zich gegroepeerd om een gelijkwaardig project te lanceren voor de overbrenging van patiënten binnen de muren van het ziekenhuis (TIM).
- ▶ Het **beheer van de ziekenhuisrisico's** is de tweede grote pijler van de KI's. Om dit te lanceren hebben de KI's eerst een grondige analyse gemaakt van het beheer van de voornaamste risico's in een tiental ziekenhuizen. Franse, Nederlandse en Amerikaanse modellen hebben als inspiratiebron gediend om "accreditatiebezoeken" aan de ziekenhuizen te organiseren. Tijdens deze bezoeken gebruiken collega's van andere

ziekenhuizen een referentierooster om de optimale of meer problematische praktijken te bepalen voor bijvoorbeeld het voorkomen van valpartijen, de veiligheid van transfusies of de planning van de activiteiten.

Dit project heeft aanleiding gegeven tot een grote nationale denk-oefening over de beste manier om de ziekenhuizen te evalueren en aan te zetten tot meer kwaliteit en veiligheid. Er kan een bijna rechtstreekse link gelegd worden naar de kwaliteit- en veiligheidscontracten die de FOD Volksgezondheid 3 jaar na de afsluiting van het project aan de ziekenhuizen zou gaan voorstellen.

Sinds de invoering van deze contracten – en gezien het succes ervan tot nog toe (www.patientsafety.be) – hebben de meer recente KI's zich tot doel gesteld de inspanningen te ondersteunen van ziekenhuizen die ernaar streven aan de contractvoorwaarden te voldoen. Zo werden er KI's georganiseerd rond planning van risicobeheer, mededeling en preventie van ongewenste gebeurtenissen, communicatie tussen patiënten en zorgverleners in de context van de 'geïnformeerde toestemming' en recenter de meting van ongewenste bijwerkingen van geneesmiddelen.

Het is heel moeilijk aan te tonen dat een kwaliteitsproject positieve gevolgen heeft op lange termijn. Volgens sommigen zou een observatieperiode van 20 jaar of langer nodig zijn. De interesse van de medische beroepsbeoefenaars voor de problematiek en hun inspanningen op dit vlak zijn gelukkig veel gemakkelijker aan te tonen. De voorbije 10 jaar hebben de ESP's, de FOD Volksgezondheid en het 'Réseau Santé Louvain' (dat een dertigtal ziekenhuizen groepeert) kwaliteitsprojecten gelanceerd of eraan deelgenomen, soms op heel grote schaal. Meerdere ziekenhuizen hebben in deze projecten geïnvesteerd, met geld en personeel. De KI's van de CM zijn partners van deze projecten en werden extern gefinancierd om er een aantal te realiseren.

De toekomst is niet zo moeilijk te voorspellen. Er dienen zich nieuwe partners aan met een voorstel van de beroepsvereniging van ziekenhuizen Santhéa en de Socialistische Mutualiteiten om ook van start te gaan met projecten in het domein van de kwaliteit van de zorgverlening. Het ministerie van het Waals Gewest heeft onlang grote belangstelling getoond voor de uitvoering van het eerder vermelde TIM-project. Door het grote aantal betrokken partijen en de complexiteit van het onderwerp moet er samen nagedacht worden over een algemeen referentiekader. In dit verband kan men denken aan de ervaringen met ziekenhuisaccreditatie in het buitenland of een beroep doen op structurerende modellen zoals die van het European Forum for Quality Management (EFQM). Er worden al contacten gelegd met het oog hierop.

6 Gebruik van de administratieve gegevens van de verzekeringsinstellingen

Om hun wettelijke opdracht, namelijk de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering goed te volbrengen, registreren de verzekeringsinstellingen een hele reeks administratieve gegevens. Het gaat zowel om gedetailleerde factuurgegevens (elke terugbetaalde geneeskundige verstrekking valt onder een specifieke code, die is opgenomen in de ‘nomenclatuur’, die bijna 10.000 verstrekkingen telt), als om specifieke gegevens van de sociaal verzekerden (leeftijd, geslacht, sociaal statuut, ...). Er zijn ook grenzen aan deze gegevens: de medische diagnoses bevatten ze niet. Maar ze maken het mogelijk heel wat analyses en onderzoeken te verrichten en zo bij te dragen tot de opvolging en verbetering van ons gezondheidszorgsysteem. Om deze massa gegevens beter te beheeren en toegankelijker te maken, werden er de voorbije jaren diverse collectieve initiatieven genomen.

6.1 Het Intermutualistisch Agentschap (IMA)

Het IMA is een vereniging zonder winstoogmerk die alle verzekeringsinstellingen groepeerd. Ze werd in 2002 opgericht¹⁹ en heeft tot doel de administratieve gegevens van de VI's te verzamelen en te analyseren. Het IMA kan in dit verband op eigen initiatief handelen of op vraag van instellingen zoals het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de FOD Sociale Zekerheid en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). De raad van bestuur van het IMA bestaat overigens uit vertegenwoordigers van deze instellingen en uit vertegenwoordigers van de 7 VI's.

Het IMA geeft in zijn ‘mission statement’ aan: “Het IMA [...] kan een waaier van diensten aanbieden, gaande van de zuivere terbeschikkingstelling van bruto data over het aanbieden van of toegang geven tot reeds verwerkte bestanden in het kader van een bepaalde finaliteit, tot de effectieve uitvoering van studies in onderaanneming”. Naast de hierboven vermelde wettelijke partners staat het IMA ook open voor onderzoeksprojecten in samenwerking met andere partners zoals universiteitsonderzoekers en andere overheidsinstellingen.

Hoe gaat dit concreet in zijn werk? Voor een bepaald project selecteert elke VI de gevraagde gegevens volgens een gestandaardiseerd schema. De aangemaakte bestanden worden dubbel versleuteld (anoniem gemaakt) en verzameld door een instelling die als tussenpersoon optreedt. Daarna zet de coördinatrice van het IMA ze ter beschikking van het onderzoeksteam waarvan doorgaans medewerkers van verschillende VI's deel uitmaken. De coördinatrice waakt eveneens over de kwaliteit van de geleverde gegevens. Het hele belang van het IMA bestaat erin dat er op deze manier volledige gegevens verzameld en geanalyseerd kunnen worden over alle sociaal verzekerden, ingeschreven bij de VI's.

¹⁹ Wettelijke erkenning via de programmawet (I) van 24 december 2002 (art. 278 en volgende).

Sinds 2002 stelt het IMA bijvoorbeeld geregeld een evaluatieverslag op over de screening van borstkanker. Vanaf 2001 werd er in heel België een screeningsprogramma opgezet. Hierbij wordt aan alle vrouwen van 50 tot 69 jaar gratis een screeningsmammografie aangeboden, mammotest genoemd (normaal om de twee jaar te ondergaan). Tot nog toe werden al 6 verslagen opgemaakt. Deze verslagen hebben tot doel de evolutie van dit programma te volgen per periode van twee jaar: raming van de dekkingsgraad van de screening, percentages van nieuwe, trouwe en verloren populatie, de impact van de georganiseerde screening op de 'opportunistische' screening (uitgevoerd buiten het programma, via een diagnostische mammografie die eventueel gepaard gaat met andere onderzoeken). In zijn verslagen besteedt het IMA ook aandacht aan bepaalde kwaliteitscriteria zoals het percentage biopsieën en tumorectomieën en de bijbehorende termijnen. De financiële aspecten van de keuzes die gemaakt worden door de betrokken zorgverleners komen eveneens aan bod. Al deze resultaten geven meer inzicht in de houding van vrouwen ten aanzien van de georganiseerde of 'opportunistische' screening. Ze zijn beschikbaar op nationaal niveau, maar ook per gewest, provincie, arrondissement en gemeente, op de website van het IMA (www.nic-ima.be).

Naast de evaluatieverslagen, die nuttig zijn voor de instellingen, geeft het IMA ook regelmatig feedback (antibiotica, prenatale opvolging, ...) die door het RIZIV naar de zorgverleners gestuurd wordt in het kader van de kwaliteitspromotie. Tot slot werd feedback gestuurd over de screening van borstkanker naar 14.000 huisartsen, gynaecologen, radiologen en naar de medische huizen. Deze feedback geeft hen informatie over hun patiënten die in aanmerking komen voor het screeningsprogramma en de dekkingsgraad van hun patiënten volgens de verschillende screeningsmogelijkheden. Het doel is de zorgverleners te sensibiliseren voor de screening van borstkanker⁽²⁰⁾, via het georganiseerde programma. Dat is minder duur dan de 'opportunistische' screening.

6.2 De permanente steekproef (EPS)

Dit is een nieuw instrument dat in 2005 het daglicht zag. De EPS is een databank, samengesteld op basis van een longitudinale cohort van ongeveer 305.000 personen, van wie de administratieve gegevens van de VI's (facturerings- en sociaaldemografische gegevens) van jaar tot jaar verzameld en aangevuld worden (vanaf 2002). Deze personen werden willekeurig gekozen, zodat ze representatief zijn voor de hele bevolking van sociaal verzekerden in België. Een eerste basissteekproef werd samengesteld door de selectie van een persoon op 40. Een bijkomende steekproef bestaat uit 1 persoon op 40 bij de 65-plussers. Er werd bewust gekozen voor deze oververtegenwoordiging van de ouderen (uiteindelijk $\frac{1}{20}$ in plaats van $\frac{1}{40}$), om de nauwkeurigheid van de informatie voor dit deel

²⁰ Volgens het laatste verslag van het IMA (zie Fabri en Remacle (2009)) bereikt de totale dekkingsgraad 59% van de doelpopulatie, na de derde ronde 2005-2006. Het vooropgestelde doel ligt op 75%. Tot slot wordt 28% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar gescreend door het georganiseerde mammotestprogramma.

van de bevolking te verhogen. Merk op dat een bepaalde persoon maximum 10 jaar deel uitmaakt van de steekproef.

Materieel worden de gegevens bijgehouden bij het IMA, dat instaat voor het technische en functionele beheer ervan. De individuele gegevens die in de EPS worden opgenomen, zijn afkomstig van de VI's. Voordat ze het IMA bereiken, wordt de identificatie van de individuele personen die de steekproef uitmaken dubbel versleuteld, enerzijds door de verzekeringsinstellingen en anderzijds door een intermediaire instelling.

Het gebruik van de EPS wordt gereguleerd door het koninklijk besluit van 9 mei 2007 dat hiervoor een specifieke beheersinstelling opricht: de Technische Commissie van de Permanente Steekproef (CTPS). De CTPS waakt over de kwaliteit van de gegevens (naleving van de criteria inzake volledigheid, representativiteit, continuïteit van de technische ondersteuning, toegankelijkheid) en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van het IMA, het KCE, het Federaal Planbureau, de FOD Volksgezondheid (inclusief het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid -wiv), de FOD Sociale Zekerheid, en uit vertegenwoordigers van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De vijf volgende partners hebben permanent toegang tot de gegevens van de EPS via een beveiligde verbinding: RIZIV, KCE, Federaal Planbureau, de FOD Volksgezondheid (wiv inbegrepen) en de FOD Sociale Zekerheid. Maar de EPS is ook toegankelijk voor derden in het kader van specifieke onderzoeksprojecten. De CTPS keurt de aanvragen goed.

Tabel 4: De permanente steekproef – samengevat

Aantal gevolgde personen	305.000
Gevolgd jaren	Van 2002 tot 2008
Opvolgingsduur	Max. 10 opeenvolgende jaren
Aantal registraties	30 tot 35 miljoen per jaar
Aantal variabelen	Gezondheidszorggegevens: 128 Bevolkingsgegevens: 67
Volume	Ongeveer 7 gigabyte basisgegevens° per jaar Ongeveer 16 gigabyte basisgegevens basisgegevens, plus afgeleide gegevens °°

Bron : Mertens & Preal (2009)

° gegevens oorspronkelijk opgestuurd door de verzekeringsinstellingen

°° nieuwe gegevens ('flags') die afgeleid zijn van de originele gegevens (bijvoorbeeld: arrondissement, leeftijdscategorieën, kostencategorieën, ...)

Tot slot kunnen de EPS-gegevens verrijkt worden met andere gegevens. Dit is onlangs gebeurd in het kader van een onderzoek van het KCE over het OMNIO-

statuut⁽²¹⁾: de fiscale gegevens (afkomstig van de FOD Financiën) werden gecombineerd met de EPS-gegevens. Dit was mogelijk met de specifieke toestemming van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Aan de hand van de zo verzamelde gegevens kan de balans opgemaakt worden van dit specifieke onderdeel van de ziv. De efficiëntie ervan kan onderzocht worden en er kunnen verbeteringsvoorstellen gedaan worden (waarvan de budgettaire impact geraamd kan worden dankzij simulaties).

Volgens Mertens & Preal (2009) zijn de mogelijkheden van de permanente steekproef voor het aanmaken van relevante strategische informatie tot nog toe maar in heel beperkte mate benut. In de loop van de jaren wordt het ongetwijfeld een onmisbaar instrument voor de overheden en tal van andere onderzoekers in de sector. **Troeven zijn de permanente beschikbaarheid, de representativiteit, de goede verwerkbaarheid ten opzichte van zijn omvang en vooral het gedetailleerde niveau en de longitudinale aard van de gegevens.**

²¹ Dit statuut breidt het recht op de verhoogde tegemoetkoming vanwege de ziv uit naar gezinnen met een laag inkomen (onder een bepaalde drempel).

7 De aanvullende verzekering

Naast de verplichte verzekering (ziv) verplicht de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen deze laatste er ook toe een aanvullende verzekeringsdienst (av) aan te bieden. Op dit actiedomein kunnen de ziekenfondsen vele initiatieven nemen en zich van elkaar onderscheiden. De av is niet bij alle ziekenfondsen identiek. Op het specifieke terrein van de aanvullende verzekeringen voor ziekenhuiskosten, concurreren de ziekenfondsen bovendien rechtstreeks met de private verzekeringsmaatschappijen.

7.1 Algemene beschrijving van de av van de ziekenfondsen

De av van de ziekenfondsen is de verlenging, de natuurlijke aanvulling van de ziv. Met de av kunnen de ziekenfondsen de beperkingen van de verplichte dekking opvangen en zelfs vooruitlopen op de uitbreiding ervan (voorbeeld: bepaalde vaccins werden eerst terugbetaald in de AV en daarna opgenomen in de ziv). De av-diensten volgen een non-profitlogica en beperken zich niet tot louter financiële tegemoetkomingen. Hun actieterrein is ruimer en gericht op het globale welzijn van de leden.

Typisch voor de ziekenfondsen is dat ze vergoedingssystemen kunnen uitbouwen die gebaseerd zijn op de solidariteit tussen hun leden. De (meeste) ziekenfondsen slagen hierin door de aansluiting bij deze diensten statutair verplicht te maken voor hun leden. Het is dankzij deze solidariteit tussen alle leden dat de ziekenfondsen gediversifieerde en interessante diensten kunnen aanbieden aan al de leden (die de bijdrage betaald hebben), zonder selectie of uitsluiting.

Deze verplicht gestelde diensten worden samengevoegd in een pakket dat aan alle aangeslotenen wordt aangeboden. Maar er is geen uniformiteit: dit pakket varieert van ziekenfonds tot ziekenfonds, zowel wat inhoud als wat bijdrage betreft want elk ziekenfonds handelt hier volledig autonoom⁽²²⁾. Het zijn immers de vertegenwoordigers van de leden die in de algemene vergadering van elke mutualistische entiteit zetelen die beslissen over de invoering van een nieuwe dienst en over de latere evolutie ervan. Wat het tarief betreft, is er geen of slechts weinig differentiëring van de bijdragen volgens het statuut van gezinshoofd of alleenstaande.

²² De voorbije jaren zien we evenwel een tendens bij de ziekenfondsen die deel uitmaken van eenzelfde landsbond om almaar meer uniforme diensten aan te bieden, die gemeenschappelijk beheerd worden in hiervoor opgericht maatschappijen van onderlinge bijstand.

De ziekenfondsen organiseren ook diensten op louter facultatieve basis. Hier is het aantal aangeslotenen beperkter en wordt een zekere risicoselectie mogelijk. Zo kan het ziekenfonds dat een hospitalisatieverzekering aanbiedt hiervoor aansluitingsvoorwaarden opleggen: een medische vragenlijst invullen, een bepaalde leeftijd niet overschrijden, ... Tarieven kunnen hier wel variëren met de leeftijd.

Al deze activiteiten worden gecontroleerd door de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ), die toeziet op de naleving van de administratieve, boekhoudkundige en financiële regels (vooral de vorming van reservefondsen), en die de statuten van de ziekenfondsen goedkeurt waarin de diensten en voordelen omschreven moeten worden. Wanneer de financiële toestand van een dienst zorgwekkend wordt, kan de CDZ het betrokken ziekenfonds ertoe verplichten een herstelplan voor te leggen of er zelfs een opleggen.

7.2 Enkele cijfers over de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen

Tabel 5 geeft de bijdragen en prestaties aan de leden (terugbetalingen) voor enkele grote categorieën van diensten die verband houden met de gezondheid of het welzijn van de leden. De eerste lijn van tabel 5 wordt ter herinnering vermeld. In 2008 werden de facultatieve diensten die de terugbetaling van de 'kleine risico's' van de zelfstandigen organiseren immers afgeschaft, aangezien deze geneeskundige verstrekkingen opgenomen werden in de ZIV van de zelfstandigen. De 'kleine risico's' buiten beschouwing gelaten, bedragen de prestaties 570 miljoen euro in 2007. Dit is relatief weinig in vergelijking met de omvang van het totale budget van de ZIV.

In het volgende punt komen de hospitalisatiediensten aan bod. Maar eerst enkele woorden uitleg over de andere grote categorieën van tabel 5.

- ▶ Het **ziekenvervoer** wordt door alle ziekenfondsen georganiseerd in België. Deze dienst betaalt een tegemoetkoming in de kosten voor verschillende types vervoer: de vervoerskosten van zieken of gewonden die zich niet zelfstandig kunnen verplaatsen, de vervoerskosten van aangeslotenen die zich frequent moeten verplaatsen voor behandelingen in het ziekenhuis, voor raadplegingen bij specialisten, voor onderzoeken, ... Voor dit type dienst doen de ziekenfondsen een beroep op diverse mogelijkheden: organisatie van het vervoer door het ziekenfonds zelf, via vervoerders waarmee de ziekenfondsen samenwerkingsakkoorden hebben gesloten (de ziekenfondsen vergoeden de vervoerder dan rechtstreeks volgens een vastgelegd tarief), terugbetaling van het lid op basis van een factuur van de vervoerder.

- ▶ De dienst **verzorging in het buitenland** (Eurocross) wordt door de vijf landsbonden georganiseerd. Aangezien de meeste ziekenfondsen aangesloten zijn bij de dienst die georganiseerd wordt door hun landsbond, heeft een heel grote meerderheid van de bevolking er recht op (9.835.169 gedekte personen in 2006). De activiteiten van deze dienst omvatten vooral: bijstand, dringende medische hulpverlening, repatriëring indien nodig bij ziekte of ongeval tijdens een verblijf in het buitenland (vakantieverblijven); tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verzorging in het buitenland, op voorwaarde dat deze verzorging dringend is.

- ▶ De **diverse diensten** worden georganiseerd door de landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen voor onderlinge bijstand en de leden zijn doorgaans verplicht om aan te sluiten. Er zijn er een duizendtal. We vermelden er enkele (in volgorde van belangrijkheid, in % van de in 2007 geïnde bijdragen die toegewezen werden aan de diverse diensten):
 - ▷ 32,5% - tegemoetkomingen voor medische en paramedische verzorging: logopedie, pedicure, orthodontie, verzorgingsmateriaal, prothesen, alternatieve geneeswijzen ...
 - ▷ 14,5% - **welzijnsdiensten** (jongerenvakanties, hulp en activiteiten voor zieken, gehandicapten, invaliden, gepensioneerden, gezondheidsvoorlichting, ...). In de optiek van de volledige ontplooiing van de leden hebben een aantal ziekenfondsen het initiatief genomen om diensten en bewegingen te organiseren voor en met jongeren, vrouwen, zieken, invaliden, gehandicapten en gepensioneerden. De voornaamste opdracht van deze diensten bestaat erin de maatschappelijke integratie van deze doelgroepen te bevorderen.
 - ▷ 11,1% - **eenmalige uitkeringen** (bij geboorte, adoptie, ...).
 - ▷ 8% - vergoedingen in verband met thuisverzorging: gezinshulp, hulp aan bejaarden, thuisoppas voor zieke kinderen, voor chronisch zieken, uitleendienst van materiaal, ...
 - ▷ 2,9% - **informatie-** en bijstandsdiensten voor leden (periodieke informatie aan leden, juridische bijstand, ...).
 - ▷ 2,8% - diensten voor **intramurale verzorging**: herstelkuren, verblijven in een preventorium, kort verblijf in een instelling, ...

Tabel 5: AV van de ziekenfondsen

in duizend euro	1997	2007	gemiddelde jaarlijkse groei van 1997 tot 2007	1997	2007	gemiddelde jaarlijkse groei van 1997 tot 2007
	bijdragen			prestaties aan de leden		
'kleine risico's' van zelfstandigen [°]	242.645,6	262.160,6	0,8%	251.978,81	296.466,10	1,6%
hospitalisatie – verplichte diensten	26.435,4	28.212,0	0,7%	24.714,98	25.191,20	0,2%
hospitalisatie – facultatieve diensten	89.705,2	257.883,7	11,1%	72.159,33	189.593,00	10,1%
ziekenvervoer	23.525,1	41.933,2	6,0%	24.843,89	41.204,60	5,2%
verzorging in het buitenland	12.860,7	22.729,3	5,9%	8.825,01	17.399,10	7,0%
diverse diensten	137.449,5	336.369,9	9,4%	148.817,92	300.757,9 [°]	7,3%
Totaal =	532.621,5	949.288,7	5,9%	531.339,94	569.854,00	5,1%

Bron: verslagen van de CDZ

[°] Inclusief de overdrachten naar verbonden entiteiten en naar entiteiten waarmee er een samenwerkingsakkoord bestaat. Vóór 1998 werd er geen onderscheid gemaakt tussen deze laatste rubriek en de rubriek van de prestaties aan de leden, en in de globale resultatenrekening van de ziekenfondsen verscheen enkel een totaal bedrag in de vorm van 'prestaties aan leden'.

^{°°} Diensten afgeschaft in 2008 door de opname van de 'kleine risico's' in de ZIV van de zelfstandigen.

7.3 Hospitalisatieverzekeringen

7.3.1 Aanbod van de ziekenfondsen

Zoals gezegd organiseren de ziekenfondsen bijkomende verzekeringen voor ziekenhuiskosten. Bij sommige moet je je als lid verplicht aansluiten, andere zijn facultatieve diensten.

- ▶ Eind 2007 tellen we maar liefst **28** mutualistische entiteiten die over verplichte diensten beschikken. Doorgaans kennen de verplichte diensten de gehospitaliseerde leden een forfaitaire dagvergoeding toe (in de meeste gevallen minder dan **12,4** euro per dag). Maar we vinden ook diensten die gedeeltelijk de werkelijk gemaakte kosten voor hun rekening nemen.
- ▶ De facultatieve diensten zijn heel courant: bijna **42** mutualistische entiteiten organiseren diensten van dit type. Deze diensten kennen een aanhoudende groei: de omzet neemt jaarlijks met ongeveer **10%** toe.

Er bestaan twee varianten:

- ▷ ofwel gaat het om een forfaitaire vergoeding per verpleegdag (die meestal tussen **12** en **30** euro per dag bedraagt),

- ▷ ofwel wordt de vergoeding bepaald op basis van de werkelijk gemaakte kosten die voor rekening van de patiënt blijven tijdens zijn ziekenhuisopname. Bepaalde tegemoetkomingen kunnen beperkt worden (bijvoorbeeld de terugbetaling van ereloon-supplementen) en er kan een franchise gevraagd worden (bv.: in een eenpersoonskamer).

Ongeveer de helft van de diensten behoren tot deze laatste categorie. Het zijn deze facultatieve diensten die rechtstreeks in concurrentie staan met de hospitalisatieverzekeringen van de verzekeringsondernemingen.

De wet van 11 mei 2007 versterkt de rechtszekerheid van de aangeslotenen. En dat is een belangrijk onderscheid met de 'commerciële' verzekeringen. Een ziekenfonds kan de aansluiting niet weigeren voor personen met vooraf bestaande ziekten of aandoeningen. Ook voor deze laatsten moet de tegemoetkoming van de ziektekosten dus gegarandeerd worden, eventueel beperkt tot een plafond of geforfaitariseerd. Bovendien mogen ze geen aanleiding geven tot een verhoging van de bijdragen voor de betrokken personen. De aansluiting kan ook niet meer geweigerd worden aan personen van minder dan 65 jaar. Tot slot kunnen de dekkingsvoorwaarden enkel gewijzigd worden op basis van duurzame objectieve elementen en evenredig met deze elementen. Het is de CDZ die deze elementen beoordeelt. Hetzelfde principe geldt voor de verhoging van de bijdragen.

Zoals u ziet in tabel 6, waren ziekenfondsdiensten voor ziekenhuiskosten de voorbije jaren globaal genomen winstgevend (na dotatie aan de reservefondsen). Over de periode 1992 tot 2007 zien we dat de verplichte diensten in 2002 en 2003 een mali vertoonden. Tijdens dezelfde periode werd er voor de facultatieve diensten altijd globaal een boni opgetekend. Dit gezegd zijnde, verschilt de situatie van ziekenfonds tot ziekenfonds. Van de 42 mutualistische entiteiten die facultatieve diensten aanbieden, zijn er in 2007 7 die het boekjaar afsluiten met een mali, maar geen enkele met een gecumuleerd mali.

Tabel 6: Hospitalisatieverzekering van de ziekenfondsen, enkele posten van de samengevoegde resultatenrekening

in miljoen euro	verplichte diensten			facultatieve diensten		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Bijdragen (1)	29,8	29,4	28,2	194,0	223,3	257,9
Prestaties	29,9	27,3	25,2	154,6	174,1	189,6
Werkingskosten (2)	2,1	2,7	2,0	19,5	21,1	24,6
Boni/mali van het boekjaar	0,9	4,1	4,6	9,2	9,8	24,1
Ratio: (2) / (1)	6,9%	9,1%	7,1%	10,0%	9,4%	9,6%

Bron: CDZ, jaarverslag 2008

7.3.2 Aanbod van de verzekeringsondernemingen

Gezien de intense concurrentie tussen ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen stellen we hierna de activiteiten voor die de verzekeringsmaatschappijen organiseren voor hun tak 'ziekte'. Deze tak omvat diverse subsectoren, volgens het type contract (individueel of collectief⁽²³⁾) en de aard van de verzekerde risico's. We concentreren ons specifiek op de subsectoren die verband houden met de gezondheidszorgverzekeringen⁽²⁴⁾. Het gaat om verzekeringen voor medische kosten, voornamelijk hospitalisatieverzekeringen.

De terugbetalingen verschillen sterk van verzekeraar tot verzekeraar. In de meeste gevallen gaat het om de vergoeding van de werkelijk gemaakte kosten. De toegang tot dit type verzekering verloopt via een medisch onderzoek (er moet een medische vragenlijst ingevuld worden). Bij de aansluiting geldt meestal een maximumleeftijd (voorbeeld: 65 jaar). De tarifiering is gebaseerd op de leeftijd van de verzekerde, soms speelt de woonplaats ook een rol (enkele verzekeraars rekenen bijpremies aan voor verzekerden die in de Brusselse regio wonen).

In termen van omzet 'wegen' de verzekeringsmaatschappijen 3 maal zo veel als de hospitalisatiediensten van de ziekenfondsen. In de loop van het decennium 1998 tot 2008 is deze omzet met **11 tot 12%** per jaar aangegroeid. Achter deze groei gaan (soms grote) premieverhogingen schuil⁽²⁵⁾, maar ook een toename van het aantal verzekerden. Waar de verzekeringsmaatschappijen in 2001 3,9 miljoen verzekerden telden, werd in 2008 de kaap van 5,3 miljoen overschreden (volgens Assuralia (2009), p. 35). De meesten zijn verzekerd in het kader van collectieve contracten. Dit type verzekering maakt in toenemende mate deel uit van het loonbeleid van de werkgever, als extralegaal voordeel voor het personeel.

23 Contracten gesloten door werkgevers voor hun personeel.

24 De andere subsectoren van de tak ziekte hebben betrekking op verzekeringen 'gewaarborgd inkomen' (die het inkomensverlies bij arbeidsongeschiktheid opvangen), en afhankelijkheidsverzekeringen (die een rente uitkeren in geval van afhankelijkheid).

25 Volgens Test Aankoop (zie Coteur et al. (2009)) zijn de premies de voorbije jaren fors gestegen: 50%, 100% en zelfs 200%. In de toekomst zouden de premieaanpassingen gebaseerd moeten zijn op een medische index.

Tabel 7: Gezondheidszorgverzekeringen van de verzekeringsmaatschappijen, enkele posten van de samengevoegde resultatenrekening

in miljoen euro	individuele contracten			collectieve contracten			samen		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Verdiende premies (1)	266,8	294,5	320,7	413,7	460,6	502,7	680,5	755,1	823,4
Uitkeringen	156,6	174,3	183,4	360,6	394,0	426,1	517,1	568,3	609,5
Administratie- en beheerskosten ° (2)	34,0	36,3	40,5	71,9	78,3	74,9	105,9	114,6	115,3
Commissielonen voor acquisitie (3)	39,2	42,7	46,5	11,5	12,8	14,6	50,8	55,6	61,1
Technisch-financieel saldo	2,6	-2,1	-0,6	-27,3	2,2	-22,8	-24,7	0,0	-23,5
Ratio: (2) / (1)	12,8%	12,3%	12,6%	17,4%	17,0%	14,9%	15,6%	15,2%	14,0%
Ratio: (2+3) / (1)	27,5%	26,8%	27,1%	20,2%	19,8%	17,8%	23,0%	22,5%	21,4%

Bron: CBFA, statistiek van de rechtstreekse verzekeringsverrichtingen niet-leven in België

° beheerskosten in verband met de acquisitie, interne schadebeheerskosten, administratiekosten

In tabel 7 geven we enkele cijfers over de gezondheidszorgverzekeringen. We zien dat de exploitatiekosten aanzienlijk zijn: in 2008 bedroegen de administratie- en beheerskosten **13 tot 15%** van de omzet. Als we daar de commissielonen voor acquisitie bijtellen (vergoeding van de verzekeringstussenpersonen), komen we tot **27%** van de verdiende premies voor de individuele contracten, **18%** voor de collectieve contracten. Tot slot onderstrepen we de rentabiliteitsproblemen van deze activiteit: het technisch-financieel saldo (na opname van de beleggingsopbrengsten) is vaker negatief dan positief. Voor de collectieve contracten is het totale resultaat tijdens het decennium 1998 tot 2008 slechts tweemaal positief geweest: in 1998 en 2007.

De ereloonsupplementen zijn niet vreemd aan deze situatie. Zoals we bij de voorstelling van de hospitalisatiekosten voor rekening van de patiënt zagen in punt 4.3. hierboven, is de ziekenhuisfactuur de voorbije jaren vrij stabiel gebleven. Dit geldt echter niet voor de ereloonsupplementen in eenpersoonskamers. Die zijn op 10 jaar tijd verdubbeld. De waarborgen van de verzekeringsmaatschappijen zijn gevoeliger voor dit type kosten dan de ziekenfondsen: terwijl de ziekenfondsdiensten de terugbetaling van de ereloonsupplementen meestal beperken tot 100, 200% van het officiële tarief van de ziv, keren de verzekeringsmaatschappijen een hogere tegemoetkoming uit. Door de maatregelen die genomen worden om de ereloonsupplementen te beperken of af te schaffen in gemeenschappelijke of tweepersoonskamers blijven enkel de ziekenhuisverblijven in een eenpersoonskamer over om ereloonsupplementen aan te rekenen. En het feit dat men 'goed' verzekerd is in een eenpersoonskamer blijkt de voorname stimulans om voor dit type kamer te kiezen ...

7.3.3 De recente evolutie van de wetgeving

Naar aanleiding van een klacht van de beroepsvereniging van verzekeringsmaatschappijen (Assuralia) heeft de Europese Commissie eind 2006 een ingebrekestellingsprocedure ingesteld tegen België in verband met de wetgeving die de aanvullende diensten van de ziekenfondsen regelt. De Commissie is van oordeel dat deze wetgeving niet conform de Europese richtlijn met betrekking tot de verzekeringen 'niet-leven' is. De argumenten van België (die het bestaande wettelijke kader verdedigen) werden niet aanvaard, zodat de Commissie in een gemotiveerd advies vroeg om de Belgische wetgeving aan te passen. Om dit te doen en op vraag van de Belgische regering hebben de ziekenfondsen met de verzekeringsmaatschappijen onderhandeld over een compromis. Dit heeft tot doel de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen beter af te bakenen en te voldoen aan de vereisten van de Commissie. Dit compromis werd in september 2008 bereikt. Het omvat de volgende belangrijke punten:

1° De *verplichte* aanvullende diensten die door de ziekenfondsen georganiseerd worden, blijven onveranderd en blijven wel degelijk onderworpen aan de wet op de ziekenfondsen. In de wet zullen bijkomende criteria opgenomen worden die deze diensten bepalen: toegankelijkheid ongeacht de leeftijd, het geslacht of de gezondheidstoestand, dekking van de vooraf bestaande aandoeningen, geen uitsluiting, forfaitaire bijdragen (niet gesegmenteerd en berekend via omslag). Zo wordt bevestigd dat deze diensten een rol van algemeen belang vervullen.

2° De *facultatieve* hospitalisatiediensten van de ziekenfondsen zullen georganiseerd moeten worden door een afzonderlijke entiteit (een maatschappij van onderlinge bijstand), ze moeten ook onderworpen zijn aan dezelfde regels als de verzekeringsmaatschappijen. De maatschappijen van onderlinge bijstand zullen dan ook opgenomen worden in de verschillende verzekeringswetgevingen, zodat de concurrentie gelijk zal zijn voor alle operatoren. Door de toepassing van deze financiële en fiscale regels (vorming van reserves, waarborgen, solvabiliteit, taks van 9,25%) op de maatschappijen van onderlinge bijstand, kan men bepaalde bijdrageverhogingen verwachten. Tot slot mogen de facultatieve hospitalisatieverzekeringen die door de ziekenfondsen beheerd worden, enkel aangeboden worden aan hun leden en via hun eigen netwerk.

Het compromis werd aanvaard door de Commissie. De Belgische wetgeving werd een paar maanden geleden door de Wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering aangepast. Zoals Derieuw (2008) aangeeft, "De ingebrekestelling van de Europese Commissie heeft de ziekenfondswereld wakker geschud. Het Belgische model van gezondheidszorg, waar ziekenfondsen een belangrijke rol in spelen, wordt getoetst aan de Europese spelregels van de interne markt".

8 Bij wijze van conclusie

De ziekenfondsen houden zich bezig met heel uiteenlopende initiatieven, activiteiten en opdrachten, zowel voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging als voor de aanvullende verzekering. Maar doorheen alle voorbeelden die gegeven werden, tekent zich een constante af: het komt er niet alleen op aan de gezondheidszorg te vergoeden en complexe wetgevingen correct en getrouw uit te voeren. De ziekenfondsen nemen deel aan de ontwikkeling zelf van de gezondheidszorg om ervoor te zorgen dat deze toegankelijk is voor iedereen. Gezien de complexiteit van het gezondheidszorgsysteem zijn de inspanningen van de ziekenfondsen om hun leden te informeren en te adviseren van essentieel belang. Deze informatie kan het verschil maken voor de factuur die ze moeten betalen of kan hen helpen hun gezondheid en welzijn te verbeteren. Maar er zijn ook initiatieven die gericht zijn op de verzorgingsinstellingen en de zorgverleners. Aan de hand van de administratieve gegevens worden er analyses gemaakt, onderzoeken gevoerd en individuele feedback gegeven, die bijdragen tot de beoordeling van de praktijken en de verbetering van ons gezondheidszorgsysteem. In dit verband is er een mooie toekomst weggelegd voor het Intermutualistisch Agentschap en de Permanente Steekproef. In al deze initiatieven is de aandacht voor de kwaliteit van de gezondheidszorg aanwezig. De CM heeft daarin overigens een innovatieve rol gespeeld door een samenwerkingsverband aan te gaan met de ziekenhuizen rond kwaliteitsinitiatieven.

De huidige crisis zet vooral de sociale zekerheid onder druk en de toekomst van de gezondheidszorg stelt ons voor grote uitdagingen: vergrijzing van de bevolking, stijgende kosten van de nieuwe medische technologieën, de tendens tot vermarkting van de gezondheidszorg (met het risico op een gezondheidszorg met twee snelheden), ... We staan dus echt voor een maatschappelijke uitdaging, zowel op het vlak van gezondheidszorg als van heel wat andere sociale risico's. Blijven we collectief en solidair investeren in de sociale zekerheid, blijven we een beroep doen op instellingen die in staat zijn hun opdracht van openbare dienstverlening uit te oefenen zonder winstbejag? Voor de gezondheidszorg geven de ziekenfondsen duidelijk blijk van knowhow terzake. De Belgische en Europese overheden kunnen niet voorbijgaan aan deze feitelijke toestand bij hun hervormingsprojecten voor ons gezondheidszorgsysteem.

9

Afkortingen

AV	Aanvullende verzekering
IMA	Intermutualistisch Agentschap Agence Intermutualiste
ZIV	Ziekte en invaliditeitsverzekering (de verplichte verzekering voor gezondheidszorgen)
CBFA	Commissie voor het bank-, financie- en assurantiewezen Commission bancaire, financière et des assurances
CTPS	Technische commissie van de permanente steekproef Commission technique de l'échantillon permanent
EPS	Permanente Steekproef Echantillon Permanent
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg Centre fédéral d'expertise des soins de santé
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
MAF	Maximumfactuur Maximum à facturer
VI	Verzekeringsinstelling Organisme assureur
CDZ	Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités

10 Woordenlijst

MAF

De maximumfactuur is een instrument van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ziv) die het mogelijk maakt de last van de remgelden die de gezinnen moeten betalen, te beperken. Zodra de som van de remgelden een bepaald plafond overschrijdt, is het remgeld boven dat plafond voor rekening van de ziv. Het toe te passen plafond is afhankelijk van het inkomen en/of het statuut van het gezin. We maken een onderscheid tussen de sociale MAF en de inkomens-MAF. De sociale MAF heeft betrekking op bepaalde sociale categorieën en hier is slechts één plafond van toepassing (450 euro). In de inkomens-MAF worden 5 plafonds (van 450 tot 1.800 euro) bepaald op basis van het netto belastbaar inkomen van het gezin. Het toe te passen plafond neemt toe volgens de inkomensschijf waartoe het gezin behoort.

Remgeld, verhoogde tegemoetkoming, ereloon en ereloonsupplement

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vermeldt de waarde van de erelonen die vastgelegd zijn in akkoorden en overeenkomsten met de zorgverleners. Het is op basis van dit tarief of officiële barema dat de tegemoetkoming van de ziv wordt bepaald. Het verschil tussen het ereloon in dit officiële barema en de tegemoetkoming van de ziv vormt het remgeld. Aangezien bepaalde sociale categorieën een hogere tegemoetkoming krijgen, zal het remgeld voor hen lager liggen: dit zijn de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (men spreekt ook van voorkeurregeling) die ongeveer 14% van de bevolking vertegenwoordigen. Wat de patiënt betaalt bovenop het bedrag van het ereloon zoals vermeld in het officiële barema, is het ereloonsupplement. Deze supplementen worden vaak uitgedrukt als % van het ereloonbedrag dat vermeld is in het officiële barema.

11 Bibliografie

Assuralia, 2009, Kerncijfers en voornaamste resultaten van de Belgische verzekeringsmarkt in 2008, *AssurInfo* 33.

Intermutualistisch Agentschap, 2005, Mission Statement en Selectiecriteria voor Opdrachten.

Beschikbaar op : <http://www.nic-ima.be/library/documents/presentation/Mission%20statement%20N%20IMA%202005%2001%2020.pdf>

Coteur, J.P., Moriau, A. and Nauwelaers I., 2009, Hospitalisatieverzekering - Comfortabel, maar duur ..., *Budget & Recht* 207, 8-11.

Rekenhof, 2006, Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging. Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers (Rekenhof, Brussel).

Beschikbaar op : http://rekenhof.be/docs/Reports/200%2006_05_GeneeskVerzorg.pdf

Crommelynck, A. & Wantier, M., 2007, Ziekenhuisfactuur: evolutie na twee jaar vergelijkingsmodule on line op cm.be, *CM-Informatie* 228, 3-8.

Derieuw, S., 2008, Inbreukprocedure Europese Commissie: een stand van zaken, *CM-Informatie* 233, 25-27.

Gaussin, C., 1999, Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen in België, *CM-Informatie* 187, INFO-FICHE.

RIZIV, 2009, Positieve voortzetting van het goedkoop voorschrijven door de artsen en de tandartsen: quasi alle voorschrijvers overschrijden de minimumdrempel (RIZIV, Persbericht 3 november 2009).

Cornelis, K., 2007, Geneesmiddelengebruik in rusthuizen: grote verschillen, *CM-Informatie* 229, 3-6.

Fabri, V. & Remacle, A., 2009, Programma Borstkankerscreening - Vergelijking van de eerste drie rondes 2001-2002, 2003-2004 en 2005-2006 (Intermutualistisch Agentschap, verslag n°6, Brussel).

Mertens, R. & Preal, R., 2009, De permanente steekproef: een eldorado voor epidemiologen?, *CM-Informatie* 236, 33-35.

Proesmans, H. & Van Tichelen, B., 2006, Welke alternatieven voor goedkopere geneesmiddelen?, *CM-Informatie*, Extra editie 1.

van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J. & Zmora, I., 2007, *Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later*, *Health Policy* 83(2-3), 162-179.

Vandercammen, 2008, *La consommation des ménages à revenu modeste* (CRIOC, Bruxelles).

