



Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst



Inhoudstafel

Inleiding	3
1 ^e Deel - De Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - 1964-2014	5
I. Het algemene kader	6
II. Basiskennmerken van de verzekering	6
III. De hervorming van 1963	7
IV. Mijlpalen in de evolutie van de verzekering voor geneeskundige verzorging	8
V. Mijlpalen in de evolutie van de uitkeringsverzekering	12
VI. Het FMO	13
VII. Gezondheid en gezondheidszorg	13
VIII. Uitdagingen voor de gezondheidszorg	13
IX. Aanbevelingen van de OESO	14
X. Performantie van de gezondheidszorg	15
XI. Financiële impact van de sector	15
XII. Maatschappelijk belang: sociale en economische waarde	16
Agenda voor de toekomst	16
2 ^e Deel - Bakens voor de toekomst: voorstellen voor discussie	17
I. Van een verzekering tegen ziektekosten naar een hefboom voor een goede gezondheid	18
II. Universele sociale bescherming op basis van een aangepast en breed toegankelijk zorgpakket	20
1. Wie is beschermd?	20
2. Waarvoor is men beschermd?	20
3. In welke mate is men beschermd?	21
III. Terugdringen van ongelijkheden	21
IV. Modernisering van het overleg	22
1. Organisatie van het overleg	23
2. Scope van het overleg	23
3. De partners bij het overleg	24
V. Een paradigmashift inzake arbeidsongeschiktheid	24
VI. Kwaliteit telt meer dan ooit	26

VII. Herijking van de betalingsmechanismen	27
VIII. Samenwerking: meer dan ooit een onmisbare pijler	28
1. Samenwerken op het zorgniveau	28
2. Samenwerken op Belgisch beleidsniveau	29
3. Samenwerken op Europees niveau	29
IX. Accountability van de actoren	30
1. Zorgverleners	30
2. Verzekeringsinstellingen	30
3. Verzekerden	31
X. Een proactief en creatief RIZIV	31
1. Het organiseren van een stevig financieel beheer	31
2. Het ontwikkelen van kennisbeheer en expertise voor overleg en beleidsondersteuning	32
3. Het uitbouwen van de rol van toezichthouder	32
4. Het doorvoeren van de noodzakelijke modernisering en administratieve vereenvoudiging	33
5. Het verstrekken van goede informatie en communicatie	33

Bijlage - Bevraging stakeholders	35
----------------------------------	----

Inleiding

50 jaar RIZIV mag niet ongemerkt voorbijgaan. Gedurende deze periode heeft de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een ganse evolutie gekend. In dit document worden de grote mijlpalen van de verzekering in kaart gebracht. Dit overzicht toont duidelijk aan welke inspanningen werden geleverd om de sociale bescherming op het vlak van ziekte en invaliditeit te verbeteren.

Parallel met dit document werd ook een film gedraaid waarin een aantal getuigenissen zijn opgenomen van de sleutelspelers van het systeem (ministers, sociale partners, ziekenfondsen, zorgverleners, enz.). Deze film zal via de website van het RIZIV bekeken kunnen worden.

Het 2^e deel van het document zet een aantal bakens uit voor de toekomst. Hierbij werd in belangrijke mate inspiratie geput uit een bevraging die werd georganiseerd bij de stakeholders die deelnemen aan het overleg dat in de schoot van het RIZIV wordt gevoerd. 10 essentiële thema's werden geïdentificeerd die in de komende jaren op de agenda zullen staan.

Het document werd door de RIZIV-administratie opgesteld en zal op de website van het instituut worden geplaatst. Via een publieke consultatie zullen geïnteresseerden in de komende weken opmerkingen kunnen formuleren. Op die basis zal het document worden gefinaliseerd en aan de beheersorganen worden overgemaakt.

Benoît Collin



Jo De Cock



1^e Deel

De Belgische verzekering
voor geneeskundige
verzorging en uitkeringen
1964-2014

I. Het algemene kader

De verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit (momenteel verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen genoemd) werd ingevoerd in 1945 als onderdeel van het systeem van sociale zekerheid.

De verzekering biedt sociale bescherming op 2 vlakken:

- Ze biedt financiële tegemoetkoming in de ziektekosten van de verzekerden voor een groot gamma van verstrekkingen (medische verstrekkingen, geneesmiddelen, ziekenhuisverblijf, paramedische en verpleegkundige verstrekkingen, enz.).
- Ze waarborgt een vervangingsinkomen bij loonverlies in geval van arbeidsongeschiktheid die een voldoende graad van ernst bereikt (66 %). Hierbij is er een onderscheid tussen de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (1^e jaar) en invaliditeit (2^e jaar en volgende).

II. Basiskenmerken van de verzekering

- Universeel en verplicht systeem, gebaseerd op het principe van solidariteit en verzekering.
- Financiering op basis van sociale bijdragen, overheidstegemoetkomingen en bijzondere heffingen.
- De verzekerden betalen, rekening houdend met hun financiële draagkracht, een persoonlijk aandeel in de kosten van verschillende gezondheidsverstrekkingen (remgelden).
- Breed verzekeringspakket.
- Vrije keuze van zorgverlener en ruim aanbod van voorzieningen.
- Gebaseerd op een overlegsysteem, met beheer door sociale gesprekpartners, ziekenfondsen, overheid en betrokkenheid zorgverleners.
- Het systeem wordt uitgevoerd door ziekenfondsen ('social profit'-organisaties) en georganiseerd en gecontroleerd door de overheid via het RIZIV.

III. De hervorming van 1963

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) werd op 1 januari 1964 opgericht op basis van de wet van 9 augustus 1963. Het was de opvolger van het Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit, dat sinds 1945 bestond.

De hervorming die door die wet werd doorgevoerd had verschillende doelstellingen. Een samenvatting van de meest belangrijke doelstellingen:

- financiële en beheersmatige splitsing van de sectoren gezondheidszorg en uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid
- de mogelijkheid om de verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden tot andere categorieën dan de werknemers
- invoering van een 'voorkeurregeling' voor wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen met een bescheiden inkomen, zodat zij een verminderd persoonlijk aandeel betalen
- vaststellen van de voorwaarden waaronder de ziekenfondsen financiële verantwoordelijkheid moeten dragen voor de sector gezondheidszorg
- tot stand brengen van een systeem van overeenkomsten en akkoorden, waarbij afspraken worden gemaakt over de honoraria van de zorgverleners en de gehele of gedeeltelijke terugbetaling ervan door de verzekering via de ziekenfondsen. Dit was een belangrijke innovatie. Het was de ambitie om op die wijze tariefzekerheid voor de verzekerden te realiseren.
- de integratie van het Instituut voor geneeskundige controle.

De betrokken wet zorgde voor heftige reacties bij de geneesheren, waarvan sommigen van oordeel waren dat een aantal maatregelen onverenigbaar waren met een aantal principes zoals:

- de vrijheid van keuze tussen geneesheren, ongeacht of zij tot een akkoord waren toegetreden of niet
- het medisch beroepsgeheim
- de therapeutische vrijheid.

Dit resulteerde in een grote staking van de geneesheren in april 1964. Na onderhandelingen tussen alle partijen werd in juni 1964 een belangrijk akkoord afgesloten waarmee de zogenaamde 'pax medica' (het Sint-Jansakkoord van 25 juni 1964 gesloten tussen de regering, de sociale gesprekspartners, de ziekenfondsen en de organisaties van geneesheren) werd bereikt.

IV. Mijlpalen in de evolutie van de verzekering voor geneeskundige verzorging

In dezelfde periode werden parallel met deze hervorming een aantal belangrijke initiatieven genomen.

EIND 1963

Eind 1963 is de wetgeving op de ziekenhuizen goedgekeurd. Tevens werd het specifiek statuut van de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen vastgesteld waarin waarborgen inzake onafhankelijkheid werden voorzien.

1967

In 1967 is de wetgeving tot stand gebracht op de uitoefening van de medische en paramedische beroepen.

EIND VAN DE JAREN '60

Eind van de jaren zestig is de verzekering voor geneeskundige verzorging uitgebreid tot de ganse bevolking. Lange tijd (tot 2008) waren de zelfstandigen enkel verplicht verzekerd voor de zogenaamde 'grote risico's'. Slechts in 1971 is er ook een verplichte verzekering arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen ingevoerd.

MIDDEN JAREN '70

Midden jaren '70, na de petroleumcrisis, werd de verzekering met zware financiële moeilijkheden geconfronteerd. Er werden grondige hervormingen voorgesteld, mede op basis van een lijvig rapport van de aangestelde Koninklijke commissaris, de heer J. Petit. Wel werd in deze periode gewaakt over de welvaartsvastheid van de uitkeringen.

BEGIN VAN DE JAREN '80

Begin 1980 werd een belangrijke staatshervorming doorgevoerd. Hierin werd het principe opgenomen dat de ziekte- en invaliditeitsverzekering een federale materie is. Bepaalde bevoegdheden zoals preventie, erkenning van ziekenhuizen en verlenen van investeringstoelagen voor zorgvoorzieningen werden aan de gemeenschappen (en gewesten) toegewezen. Het RIZIV nam de opdrachten op het vlak van de revalidatie over van het Rijksfonds voor sociale reclassering voor mindervaliden.

In dezelfde periode was er ook een hervorming van de financiering van de sociale zekerheid.

Vanaf 1982 volgde een ganse reeks structurele maatregelen, die betrekking hadden op een herziening van het aanbod en de financiering van de ziekenhuissector (minimumcapaciteit, heroriëntering van sommige ziekenhuisbedden naar rust- en verzorgingstehuizen, financiering op basis van activiteiten, statuut van de ziekenhuisgeneesheer). In de farmaceutische sector werden de generische geneesmiddelen ingevoerd. De persoonlijke aandelen van de verzekerden werden opgetrokken en een bijdrage werd ingesteld voor gerechtigden op een wettelijk en/of aanvullend pensioen waarvan het globale bedrag een bepaald plafond overschrijdt.

1990

In 1990 werd een nieuwe wetgeving op de ziekenfondsen goedgekeurd. Daarin werden de opdrachten van de ziekenfondsen verfijnd, maar ook de controle op hun werking en financieel beheer versterkt.

Ook nieuwe financieringstechnieken op basis van vooraf vastgestelde enveloppes werden ontwikkeld, voornamelijk in de sector van de technisch-medische verstrekkingen.

Nieuwe financieringsbronnen werden aangeboord, zoals:

- heffing op het omzetcijfer van de farmaceutische industrie
- heffing op de premies voor hospitalisatieverzekeringen.

1993

De wet van 15 februari 1993 voorzag nieuwe structuren voor het beheer van de verzekering. Voortaan zat de regering mee aan de overlegtafel via een vertegenwoordiging in de Algemene raad.

In het verlengde hiervan werd een nieuw mechanisme van financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen ingesteld, waarbij de financiële middelen in belangrijke mate worden verdeeld op basis van een verdeelsleutel, afgeleid uit het risicoprofiel van de verzekerden. Als de uitgaven hoger uitvallen dan het toegewezen budget, dan kunnen de ziekenfondsen voor een gedeelte van de overschrijding zelf verantwoordelijk worden gesteld.

Parallel met deze hervorming werd ook het globaal beheer van de sociale zekerheid ingesteld. Hierbij werden alle middelen gepoold binnen 2 centrale organismen: de Rijksdienst voor sociale zekerheid en het Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen. Sindsdien wordt de verzekering gefinancierd op basis van financiële behoeften.

Hoewel de staatshervorming van 1993 geen impact had op de sector, werd wel beslist dat er voortaan analyses zouden komen in verband met de regionale verdeling van de uitgaven.

EIND VAN DE JAREN '90

In 1997 werd ook een beperking van het aantal studenten geneeskunde doorgevoerd.

Vanaf 1998 worden ook vierjaarlijkse verkiezingen gehouden onder de zorgverleners om de representatieve vertegenwoordigers aan te duiden. De 1° verkiezingen hadden betrekking op de artsen.

Meer en meer voelde men ook de noodzaak om de eerstelijnszorg verleend door huisartsen te stimuleren. Hiertoe werd in 1999 het globaal medisch dossier ingevoerd dat de huisarts in staat moet stellen om een algemeen overzicht te hebben van de gezondheidsproblemen van de patiënten.

Ook de kwaliteit van de zorg kreeg stilaan meer aandacht. Een voorbeeld ter zake is de instelling van een systeem van accreditering dat de artsen aanmoedigt tot bijscholing en tot kwaliteitsevaluatie in het raam van lokale kwaliteitsgroepen. Er werd ook een bijzondere Raad voor kwaliteitspromotie in het leven geroepen die richtlijnen voor 'good medical practice' moet vaststellen. Ook voor de tandartsen werd een accrediteringssysteem ingesteld.

VANAF 2000

Vanaf 2000 kwamen er ook initiatieven om de toegankelijkheid van de zorg beter te waarborgen, zoals:

- invoering van de maximumfactuur, die garandeert dat een gezin niet meer dan een bepaald bedrag moet uitgeven voor noodzakelijke gezondheidskosten. Dit bedrag hangt af van het inkomen van het gezin.
- het 'Omniostatuuut': verbreding van de voorkeurregeling die werd ingevoerd in 1963 tot alle personen met een laag inkomen.
- sinds 2008: de verzekering voor zelfstandigen werd uitgebreid tot de zogenaamde kleine risico's. Zij zijn sindsdien verzekerd op dezelfde wijze als de andere categorieën van verzekerden. Vanaf dat moment kunnen we spreken van een echte universele dekking.

In dezelfde periode werd de wettelijke groeinorm van de uitgaven voor gezondheidszorg vastgesteld op 4,5 % per jaar in reële termen.

In 2002 werd, mede in het kader van een globale responsabiliseringsaanpak, de geneeskundige controle gemoderniseerd. Hierbij werden evaluatie van en informatie aan de zorgverleners ontwikkeld. Dat gebeurde met het oog op een meer efficiënte preventie en een meer gerichte aanpak. Terzelfdertijd werd een nieuw sanctiebeleid opgezet, met aangepaste procedures en structuren.

Meer en meer werd de besluitvorming in de verzekering gebaseerd op wetenschappelijke gronden. Een belangrijk initiatief betrof de herziening van de terugbetalingsprocedure en -criteria inzake geneesmiddelen. De instelling van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg in 2003 is eveneens in dit kader te situeren. Ook de creatie van een Wetenschappelijke raad voor de zorg voor chronisch zieken is het vermelden waard. Onder meer op die wijze zijn de patiëntenverenigingen rechtstreeks bij de besluitvorming betrokken.

Er werd ondertussen ook verder gesleuteld aan financieringstechnieken.

- Zo werden er forfaitaire referentiebedragen ingesteld voor courante ingrepen in het ziekenhuis. Dat gebeurde om de variatie in medische praktijkvoering terug te dringen.
- Er kwam ook een forfaitair systeem van vergoeding van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.

Zoals vermeld zijn de uitgaven voor geneeskundige verzorging sinds 2008 samengevoegd tot één gezamenlijke regeling, van toepassing op de gehele bevolking. De financiering van die gezamenlijke regeling gebeurt door de respectieve globale beheren van werknemers en zelfstandigen. Bij het generatiepact werd hierbij een financieringsmechanisme ingesteld waarbij de financiering door het globaal beheer beperkt wordt tot de stijging van de effectieve inkomsten uit bijdragen, ongeacht de toename van de uitgaven. Het saldo wordt via staatstegemoetkomingen en alternatieve financiering gedekt. Een verdeelsleutel tussen de globale beheren werd vastgesteld.

DE JONGSTE JAREN: DUURZAAMHEID, TOEGANKELIJKHEID EN KWALITEIT

De jongste jaren werd ingezet op 3 thema's: duurzaamheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

• Financiële duurzaamheid

De groeinorm voor de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging is vanaf 2014 ingesteld op 3 % in plaats van 4,5 %.

Andere initiatieven:

- instelling van het Toekomstfonds voor de gezondheidszorg
- systeem van referentieprijzen voor geneesmiddelen en een gesloten budget voor de farmaceutische sector
- nieuw systeem van vergoeding voor apothekers
- instelling van het substitutierecht.

• Toegankelijkheid

Een kankerplan en een 'plan chronisch zieken' zijn uitgerold. Ook een 'plan zeldzame ziekten' is in uitvoering. Er kwamen ook maatregelen om de supplementen te beperken die patiënten moeten betalen in het ziekenhuis. De verbetering van de tegemoetkomingen voor tandzorg en medische hulpmiddelen kreeg extra aandacht. De mogelijkheden om de derdebetalersregeling toe te passen werden verbreed. Een wetsontwerp inzake transparantie zal zorgverleners verplichten tot duidelijke facturering. Specifieke programma's worden opgezet voor maatschappelijk kwetsbare groepen (zoals daklozen).

• Kwaliteit

Een aantal kwaliteitsondersteunende maatregelen zijn genomen, zoals:

- zorgtrajecten voor chronisch zieken
- ondersteuning van de huisartsen op administratief vlak en in het kader van wachtdiensten
- een 'e-health'-platform dat elektronische uitwisseling van de gegevens tussen zorgverleners mogelijk moet maken.
- in de sector van de ouderenzorg werd ingezet op capaciteitsuitbreiding en op initiatieven inzake zorgvernieuwing die de zelfredzaamheid van de bejaarden in het eigen milieu willen ondersteunen.
- In de geestelijke gezondheidszorg wordt werk gemaakt van vermaatschappelijking van de zorg en socioprofessionele re-integratie.

2014

Door de staatshervorming – die het parlement recent heeft goedgekeurd – zullen vanaf 1 juli 2014 een aantal materies die de verzekering voor geneeskundige verzorging tot nu toe ten laste heeft genomen, worden overgedragen aan de gemeenschappen en gewesten.

Het betreft onder meer:

- zorgverlening in de woonzorgcentra voor bejaarden (rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen)
- een aantal specifieke revalidatieovereenkomsten (verslavingszorg, ambulante revalidatie-verstrekkingen)
- verstrekken van mobiliteitshulpmiddelen
- initiatieven inzake preventie (vaccinaties)
- erkenning van zorgverleners
- maatregelen ter ondersteuning van de eerstelijnszorg.

Ook de bevoegdheden inzake ziekenhuisbeleid worden in het kader van de 6^e staatshervorming herschikt, inzonderheid op het vlak van de vaststelling van de programmatie- en erkenningsnormen en de financiering van de investeringskosten.

V. Mijlpalen in de evolutie van de uitkeringsverzekering

De verzekering voor arbeidsongeschiktheid heeft al die jaren een meer kalm verloop gekend.

In 1990 werd een specifieke moederschapsverzekering ingesteld waarbij uitkeringen worden verleend tijdens de periode van verplichte moederschapsrust en later ook bij ‘werkverwijdering’ bij zwangerschap.

Over de jaren heen werd getracht het niveau van de vervangingsinkomens gelijke tred te laten houden met de ontwikkeling van de welvaart. Hierbij werden de uitkeringen bij gewaarborgd loon, moederschap en langdurige invaliditeit verbeterd. Specifieke voordelen zoals vakantiegeld werden ingevoerd. In het kader van het generatiepact werd in 2005 een structureel mechanisme ingesteld om de vervangingsinkomens aan de welvaart aan te passen op basis van een afgesproken tweejaarlijkse welvaartsenveloppe.

Door de stijgende arbeidsparticipatie, de verhoging van de pensioenleeftijd en andere maatschappelijke factoren (‘stressvolle samenleving’) is de afgelopen jaren het aantal uitkeringsgerechtigden fors toegenomen.

Tevens wordt getracht om naast het toekennen van uitkeringen, ook maatregelen te nemen die de re-integratie in de arbeidsmarkt en in de samenleving bevorderen en ondersteunen. In 2006 werden de bepalingen inzake beroepsherscholing van arbeidsongeschikte personen fundamenteel gewijzigd. Voortaan komt de uitkeringsverzekering tussen in programma’s gericht op de herinschakeling van personen in de arbeidsomgeving. In dat kader werd een specifieke rol voorzien voor de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen.

VI. Het FMO

In de loop van 2013 werd het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) operationeel binnen het RIZIV. Dat Fonds is onder meer belast met het toekennen van een vergoeding in geval van schade veroorzaakt naar aanleiding van gezondheidsverstrekkingen waarbij geen aansprakelijkheid van derden is.

VII. Gezondheid en gezondheidszorg

Gezondheidszorg is uiteraard een belangrijke determinant van de gezondheid van de bevolking. Er zijn evenwel nog andere factoren die de volksgezondheid beïnvloeden. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen persoonsgebonden factoren die genetisch of verworven zijn, leefstijlfactoren (roken, lichaamsbeweging, enz.) en omgevingsfactoren, zowel op sociaal vlak (sociale cohesie, steun van familie, arbeid, enz.) als op fysiek vlak (kwaliteit van de woning, milieufactoren, voeding, enz.).

Gezondheidszorg omvat in essentie 5 domeinen: gezondheidspromotie, preventieve zorg, curatieve zorg, langdurige zorg en zorg in de laatste levensfase.

De uitgaven in de gezondheidszorg worden in het bijzonder beïnvloed door demografische factoren (vergrijzing, omvang van de bevolking, enz.), technologische ontwikkelingen, beleidsmaatregelen, de evolutie van de honorering en de verloning van het gezondheidspersoneel.

VIII. Uitdagingen voor de gezondheidszorg

Alle ontwikkelde landen zijn geconfronteerd met het feit dat de uitgaven voor gezondheidszorg sterker stijgen dan het BBP. In België stegen de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging op jaarbasis in reële termen de afgelopen 10 jaar met 2,8 % per jaar. Deze opwaartse trend gaat ook gepaard met toenemende technische mogelijkheden en met een grotere prevalentie van chronische ziekten.

De Europese Unie heeft op 7 december 2010 de volgende uitdagingen geïdentificeerd voor de gezondheidszorgsystemen van de westerse landen:

- *“zorgen voor een houdbare financiële basis, een hoge mate van pooling van middelen, en een goede toewijzing van middelen, die gelijke toegang mogelijk maakt*
- *een kostenefficiënt gebruik van zorg aanmoedigen door middel van passende stimulansen, waaronder regelingen voor het delen van kosten en voor het betalen van de zorgaanbieder en door waar passend een beroep te doen op niet-openbare zorgaanbieders, waarbij de bescherming van de meer kwetsbare personen moet worden verzekerd*
- *de verlening van en de toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg aanmoedigen om de algemene gezondheidstoestand te verbeteren en onnodig gebruik van specialistische en ziekenhuiszorg tegen te gaan*

- *de door het aanbod veroorzaakte vraag doen afnemen door oog te hebben voor de interactie tussen vraag en aanbod, enz.*
- *kostenefficiënt gebruik van geneesmiddelen garanderen door middel van betere voorlichtings-, prijsstellings- en vergoedingspraktijken en een beoordeling van de effectiviteit*
- *het verzamelen van gegevens, de informatiekkanalen en het gebruik van beschikbare informatie verbeteren om de algemene prestaties van de gezondheidszorgstelsels te verbeteren*
- *in besluitvormingsprocessen systematischer beroep doen op een beoordeling van medische technologie, waarbij de effectiviteit, de kostprijs en de ruimere impact van behandelingen wordt onderzocht*
- *ook buiten de gezondheidszorg gezondheidsbevordering en ziektepreventie verbeteren.”*

IX. Aanbevelingen van de OESO

In mei 2013 heeft de OESO het Belgisch gezondheidssysteem geanalyseerd. Hierbij zijn er ook een aantal belangrijke aanbevelingen geformuleerd. Deze hadden betrekking op de volgende elementen:

- optimalisering van de algemene organisatie van het systeem met het oog op een betere efficiëntie. Hierbij wordt onder meer gepleit voor een goede coherentie tussen de verschillende beleidsniveaus en voor een actievere rol van de betalers om de performantie waar nodig te verbeteren
- verdere ontwikkeling van een gecoördineerd gegevensbeheer om ongepast medisch gebruik terug te dringen
- versterking van incentives bij zorgverleners, onder meer door rekening te houden met ‘value for money’ en aantoonbare kosteneffectiviteit van de behandelingen en door de aanpassing van financieringsmodellen en vergoedingssystemen
- bevorderen van de eerstelijnszorg en ontwikkelen van zorgtrajecten voor chronisch zieken
- het systeem aanpassen aan de noden van een vergrijzende bevolking door het stimuleren van samenwerking tussen de verschillende zorgverleners, door de uitbouw van een beleid dat de zelfredzaamheid van de zorgbehoevenden ondersteunt en de uitbouw van innovatieve zorgmodellen die een antwoord bieden op onbeantwoorde noden.

Vanuit de OESO werden vorig jaar ook aanbevelingen geformuleerd om een meer activerend beleid inzake arbeidsongeschiktheid te voeren. Bijzondere aandacht ging hierbij naar de problematiek van geestelijke gezondheid en werk.

X. Performantie van de gezondheidszorg

Het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg werd er enkele jaren geleden mee belast om – op periodieke basis en in nauwe samenwerking met het RIZIV, het Wetenschappelijk instituut volksgezondheid en andere overheidsinstanties op federaal niveau en op het niveau van de gemeenschappen en gewesten – een rapport op te stellen over de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem.

Uit de analyse, begin 2013 gepubliceerd, blijkt dat er heel wat positieve scores zijn, zoals:

- vaccinatiegraad van kinderen
- overleving na borst- en darmkanker na 5 jaar
- relatie met de huisarts
- toenemend gebruik van goedkope geneesmiddelen.

Er is nog wel ruimte voor verbetering voor onder andere:

- deelname aan screening voor borst- en baarmoederhalskanker
- opvolging van diabetici
- gebruik van antibiotica
- blootstelling aan medische straling.

De vergrijzing van sommige categorieën van het zorgpersoneel, in het bijzonder huisartsen, vergt aandacht.

Specifieke focus moet ook gaan naar maatregelen om de sociale ongelijkheid inzake gezondheid te verminderen.

XI. Financiële impact van de sector

Het RIZIV beheert in 2014 een budget van 38,2 miljard EUR, onderverdeeld als volgt:

- gezondheidszorg: 31,0 miljard EUR
- uitkeringen: 7,2 miljard EUR
- Fonds voor de medische ongevallen: 15,2 miljoen EUR.

De totale uitgaven van de gezondheidszorg in België bedroegen in 2011 volgens de OESO 10,5 % van het BBP. Hiervan wordt 76 % via publieke middelen gefinancierd.

XII. Maatschappelijk belang: sociale en economische waarde

De studie van het Planbureau, in opdracht van het RIZIV opgesteld in het raam van de jubileumviering, toont aan dat de impact van de gezondheidszorg op de levensverwachting aanzienlijk is. Volgens de schattingen bedraagt het effect hiervan, over de periode 1970-2010, 5,9 jaar voor mannen en 4,5 jaar voor vrouwen, hetzij respectievelijk 66 en 55 % van de totale vastgestelde toename van de levensverwachting in de betrokken periode.

Men mag de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ook niet louter als een kostenpost aanzien. Naast het feit dat de sociale bescherming ter zake bijdraagt tot sociale cohesie en het vrijwaren van een behoorlijke levensstandaard bij ziekte of ongeval, creëert de gezondheidszorg ook een belangrijke economische toegevoegde waarde.

Volgens de nationale rekeningen is de bruto toegevoegde waarde van de sector in het totale BBP gestegen van 3,2 % in 1970 tot 7,8 % in 2011. Het aandeel van de bedrijfstak gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de totale tewerkstelling is tussen 1970 en 2011 gestegen van 2,7 naar 12 %.

Agenda voor de toekomst

Zonder volledigheid te betrachten zullen op korte en middellange termijn volgende thema's centraal staan in de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- Van een verzekering tegen ziektekosten naar een hefboom voor goede gezondheid
- Universele sociale bescherming op basis van een aangepast en breed toegankelijk zorgpakket
- Terugdringen van ongelijkheden
- Modernisering van het overleg
- Een paradigmashift inzake arbeidsongeschiktheid
- Kwaliteit telt meer dan ooit
- Herijking van de betalingsmechanismen
- Samenwerking: meer dan ooit een onmisbare pijler
- Accountability van de actoren
- Een proactief en creatief RIZIV

Zoals gesteld bij de goedkeuring van de wet van 9 augustus 1963, komt het erop aan om een goede mix te vinden tussen de principes van verantwoordelijkheid en solidariteit.

2^e Deel

Bakens voor de toekomst:
voorstellen voor discussie

Recent werd het Belgische stelsel van verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vanuit verschillende hoeken onder de loep genomen. Zowel internationale organisaties (EU, OESO, WHO) als nationale autoriteiten maar ook wetenschappelijke instellingen en de actoren uit de sector hebben de voorbije jaren ruime aandacht besteed aan de toekomst van deze sleutelsector van sociale bescherming.

Op basis van die analyses maar inzonderheid ook op grond van een bevraging (zie vragenlijst als bijlage) bij de organisaties die betrokken zijn bij het overleg terzake wenst het RIZIV een aantal bakens uit te zetten voor de toekomstige ontwikkeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

We wensen over deze voorstellen alsook over de resultaten van een enquête eind 2013 die bij de Belgische bevolking werd gehouden over het thema gezondheidszorg en uitkeringen een open debat te voeren. Deze elementen zullen het voorwerp uitmaken van een ruime maatschappelijke dialoog die de komende maanden zal worden gevoerd, in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting. De resultaten hiervan zullen vervolgens aan de beheersorganen van het RIZIV worden voorgelegd.

We hebben de verschillende voorstellen geclusterd rond de volgende 10 thema's:

- Van een verzekering tegen ziektekosten naar een hefboom voor een goede gezondheid
- Universele sociale bescherming op basis van een aangepast en breed toegankelijk zorgpakket
- Terugdringen van ongelijkheden
- Modernisering van het overleg
- Een paradigmashift inzake arbeidsongeschiktheid
- Kwaliteit telt meer dan ooit
- Herijking van de betalingsmechanismen
- Samenwerking: meer dan ooit een onmisbare pijler
- Accountability van de actoren
- Een proactief en creatief RIZIV

I. Van een verzekering tegen ziektekosten naar een hefboom voor een goede gezondheid

De voorbije decennia is de bedding van de ziekteverzekering - later de verzekering voor geneeskundige verzorging genoemd - langzamerhand verbreed.

Hiermee wordt niet alleen bedoeld dat binnen de beschikbare middelen een universele dekking werd georganiseerd of dat het verzekeringspakket stelselmatig werd uitgebreid in functie van de sociale behoeften en medische vooruitgang.

Wel wordt hiermee aangegeven dat over de jaren heen de focus ook meer en meer is komen te liggen op de organisatie van de gezondheidszorg. Deze meer globale aanpak waarbij de patiënt het ijkpunt is en die een louter verzekeringstechnische benadering overstijgt, wordt breed ondersteund. Dit heeft tot gevolg dat de verzekering voor geneeskundige verzorging volop en expliciet moet bijdragen tot het realiseren van de globale doelstellingen van een goed gezondheidssysteem.

De basiswaarden en uitgangspunten van het bestaande systeem, met name solidariteit en verantwoordelijkheid, universaliteit, toegankelijkheid en kwaliteit worden geenszins in vraag gesteld. Niettemin moet er zorg voor worden gedragen dat blijvend geïnvesteerd wordt in de cultuur van solidariteit ten aanzien van alle bevolkingsgroepen.

Er bestaat een breed draagvlak voor het verderzetten van de overlegtraditie die het systeem tot nog toe heeft geschraagd.

Uit de beschikbare informatie kunnen we afleiden dat noch bij de bevolking noch bij de stakeholders een grote bereidheid bestaat voor een algemene stelselherziening.

Stand-still is evenwel geen optie.

In ruime mate wordt gepleit voor een herziening van het denken op sommige domeinen en voor een kanteling van de zorg gelet op het stijgend aantal chronisch zieken.

Complementair aan deze elementen worden ook nog een aantal bijzondere aandachtspunten genoemd:

- De complexiteit van het systeem vraagt om aandacht. De sociale zekerheid mag geen systeem zijn waar kleine lettertjes belangrijk zijn. Het systeem moet meer 'leesbaar' worden en de nodige transparantie bieden. Initiatieven moeten worden genomen om bij de bevolking deze vaardigheden te ontwikkelen die nodig zijn om toegang te krijgen tot informatie over gezondheid en gezondheidszorg, deze te begrijpen en toe te passen (health literacy).
- Er is duidelijk consensus over het feit dat meer ingezet moet worden op efficiëntie op macro-, meso- en microvlak. Alles wat mogelijk is en waardevol is kan niet langer op elke plaats worden aangeboden. Onnodig of ondoelmatig gebruik moet worden geëlimineerd.
- Hoewel voldoende keuzemogelijkheden en vrijheidsgraden moeten gewaarborgd blijven, is er grote terughoudendheid om in het systeem meer marktlogica te introduceren. Deze zou immers kunnen leiden tot sociale versplintering en groeiende privatisering.
- Ook kwaliteitsaspecten moeten meer dan ooit op de voorgrond treden.
- Feitelijke zorg en wenselijke zorg, dit wil zeggen zowel wetenschappelijk als maatschappelijk zinvol geachte zorg, moeten zo goed als mogelijk op mekaar aansluiten. Monitoringsmechanismen zijn hierbij noodzakelijk.
- Aan preventie moet, ter versterking van het preventiebeleid van de gemeenschappen, ook in de verzekering een hoger gewicht worden toegekend.
- Verder wordt benadrukt dat buiten de bekende uitdagingen, o.m. voortvloeiend uit de vergrijzing en toenemende medische en technologische mogelijkheden ook antwoorden moeten worden geboden op specifieke aspecten die voortvloeien uit een meer complexe samenleving (multiculturaliteit, verstedelijking, psychisch welbevinden, enz.).
- Er wordt ook aangedrongen om de inspanningen verder te zetten om de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen te promoten en de mantelzorgers te ondersteunen.

Algemeen gesteld wordt de noodzaak beklemtoond om de gezondheidszorg op macroniveau systematisch te toetsen op het bereiken van de basisobjectieven en gezondheidsdoelstellingen. De periodieke performantierapporten zijn hierbij een nuttige barometer.

II. Universele sociale bescherming op basis van een aangepast en breed toegankelijk zorgpakket

De sociale bescherming op het vlak van de gezondheidskosten is functie van 3 essentiële parameters: Wie is beschermd? Waarvoor is men beschermd? In welke mate is men beschermd?

1. Wie is beschermd?

Sinds 2008 is in ons land elke ingezetene verzekerd tegen ziektekosten. Niettemin zijn er nog mazen in het net. Deze hebben o.a. te maken met fenomenen als intense migratie of grootstedelijke problematiek (thuislozen, enz.).

2. Waarvoor is men beschermd?

De Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging omvat een zeer ruime waaier aan verstrekkingen, met uitzondering o.m. van louter esthetische ingrepen.

De ontwikkeling van het zorgpakket is een dynamisch gebeuren. Het zorgaanbod verandert immers voortdurend. Nieuwe diagnostiek, behandelingen en geneesmiddelen worden ontwikkeld. Ook de vraag naar zorg verandert in de tijd.

Het aanpassen van het zorgpakket mag geen mechanisch of mercantiel proces zijn, maar moet het resultaat zijn van zorgvuldige en expliciete afwegingen. Hierbij wordt meer en meer beroep gedaan op methodieken zoals Health Technology Assessment. Uitgangspunt hierbij is dat het beroep op collectieve middelen getoetst moet worden aan een aantal criteria zoals noodzakelijkheid in termen van ziektelast en ziektekost, doelmatigheid, kosteneffectiviteit.

In een aantal sectoren - inzonderheid geneesmiddelen - wordt deze aanpak reeds systematisch toegepast. De uitbreiding naar andere sectoren dringt zich evenwel op, gelet op het feit dat een goed pakketbeheer een van de basisvoorwaarden vormt voor een beheersing van de uitgaven.

Meer en meer treden klemmende vragen op. Hoe om te gaan met extreem dure behandelingen waarvan de bevolking, al dan niet op basis van mediatieke campagnes, verwacht dat de verzekering deze snel toegankelijk maakt? Of nog, hoe kunnen we de steeds meer gespecialiseerde zorg- en behandelingsmogelijkheden en de eventuele opportuniteiten van 'personalised medicine' adequaat organiseren binnen een strikte financiële context?

Behandelingen die opgenomen zijn in het zorgpakket moeten weliswaar aan de hoger vermelde strikte criteria voldoen. Hiernaast moet er ook een continue evaluatie zijn van de in de praktijk vastgestelde toegevoegde waarde. Dit vergt een regelmatige actualisering van de vergoedingsregels.

Anderzijds is het zo dat niet alle behandelingen op alle plaatsen zullen kunnen worden ter beschikking gesteld. Momenteel worden hiertoe instrumenten gehanteerd zoals specifieke overeenkomsten met bepaalde diensten of met referentiecentra. Op een aantal domeinen zullen middelen, ervaring en expertise moeten worden geconcentreerd in een beperkter aantal behandelcentra met het oog op het verzekeren van de beste kwaliteit en resultaten voor de patiënten.

Uiteraard heeft de ontwikkeling van het zorgpakket niet alleen betrekking op medische technologieën. Uit de door ons georganiseerde bevraging kwamen ook vragen naar voor om meer in te zetten op laagdrempelige psychologische zorg, op correcte vroegtijdige diagnostiek, ambulante verzorgingsmateriaal, enz.

De nakende erkenning van bepaalde psychologische hulpverleners als beoefenaars van een gezondheidsberoep roept de vraag op naar een passende positionering in het zorgpakket.

Ten slotte zal de wetgeving over de zorgberoepen moeten worden aangepast als we aan nieuwe functies en taakdelegatie de nodige ontwikkelingsmogelijkheden willen bieden. Een aangepast kader zal ook moeten worden ontworpen om zorg op afstand te kunnen integreren in het zorgpakket.

3. In welke mate is men beschermd?

Ongeveer 24 % van de totale gezondheidsuitgaven komt voor rekening van de patiënten. De afgelopen jaren werden belangrijke maatregelen genomen om dit aandeel te begrenzen (MAF, voorkeurregeling, beperking supplementen, sociale derde betalende, enz.). Uit de gegevens blijkt dat een betere spreiding van de lasten werd tot stand gebracht. Bovendien werden bijzondere maatregelen naar doelgroepen genomen (kanker, chronisch zieken, enz.). Een van de projecten naar de onmiddellijke toekomst is de verplichte toepassing van de regeling sociale derde betalende.

De transparantiewet die in voorbereiding is legt op termijn aan elke zorgverlener de plicht op om een duidelijke patiëntenfactuur af te leveren.

III. Terugdringen van ongelijkheden

In december 2013 publiceerde de Europese Commissie een belangrijk rapport over gezondheidsongelijkheden in de Europese Unie. Hierin wordt het volgende gesteld: *“The health sector needs to incorporate tackling health inequalities into the mainstream of its own core policies.”* Enkele jaren geleden toonde de Koning Boudewijnstichting aan dat in ons land de ongelijkheid inzake gezondheid hardnekkig hoog blijft.

Deze ongelijkheden manifesteren zich duidelijk op het vlak van de verschillen in levensverwachting in goede gezondheid volgens sociale categorie en bij het uitstel van het beroep doen op gezondheidsverstrekkingen om financiële redenen. Hoe lager iemands sociale positie of studieniveau, hoe slechter de gezondheidstoestand.

Uiteraard zijn er buiten de gezondheidssector andere determinanten die een impact hebben op gezondheidsongelijkheden zoals huisvesting, werkgelegenheid, onderwijs en levensstijl.

Ook voor de stakeholders is de boodschap om ongelijkheden terug te dringen uitdrukkelijk naar voor gekomen en wordt door sommigen uitdrukkelijk vermeld dat dit een expliciete doelstelling dient te worden van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

In de 1^e plaats moet uiteraard vermeden worden dat ziekte en hoge gezondheidskosten mensen in armoede zouden doen belanden. Als mogelijke instrumenten wordt o.m. verwezen naar uitbreiding van de maximumfactuur, bv. voor psychiatrische patiënten in langdurig verblijf, de veralgemening van de derdebetalersregeling in de eerste lijn, de verplichting van een GMD, de automatische toekenning van rechten, begrenzing supplementen, enz.

Verder ziet men een belangrijke rol weggelegd voor initiatieven die de zelfzorg en zelfmanagement bevorderen. Als mogelijke actoren worden genoemd: ziekenfondsen, sociale diensten, patiëntenverenigingen, ervaringsdeskundigen. Weinigen pleiten voor financiële responsabilisering bij ongezond leven, maar wel voor maatregelen die sensibiliseren en de zelfredzaamheid stimuleren. Nieuwe methodieken moeten terzake worden ontwikkeld.

Hierbij aansluitend zal meer aandacht moeten gaan naar het bevorderen van 'health literacy' maar ook naar het beschikbaar stellen van laagdrempelige communicatie.

Internationaal werd aangetoond dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden onvoldoende therapietrouw hebben, vaker beroep doen op medicatie, inefficiënt gebruik maken van zorgvoorzieningen en beperkt participeren aan preventieve zorgprogramma's.

Ook een betere vorming van zorgverleners over deze thematiek wordt onderlijnd.

We moeten ook een beter inzicht verkrijgen in de redenen van onderconsumptie, zowel wat de preventieve als de curatieve sector betreft. Het is noodzakelijk op basis van het ruim beschikbare cijfermateriaal een en ander in kaart te brengen, bv. in de vorm van een gezondheidsatlas, en hierop een concreet actieplan te enten.

Ten slotte zullen initiatieven voor specifieke doelgroepen (eenoudergezinnen, vrouwen met risicowangschappen, kinderen uit achterstandswijken, alleenwonende hoogbejaarden, enz.) noodzakelijk blijven.

IV. Modernisering van het overleg

Het overleg behoort tot het DNA van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en maakt deel uit van de overlegtraditie in België.

Het is duidelijk dat een goed functionerend overlegmodel een aantal troeven heeft, zoals de betrokkenheid van alle partners in de verschillende sectoren, de gewaarborgde continuïteit, tariefzekerheid, beheersing van de groei van de honoraria en een dam is tegen ongebreidelde privatisering.

In belangrijke mate is overleg maar succesvol voor zover bij de partners voldoende wederzijds vertrouwen aanwezig is.

Het is onvermijdelijk dat met het oog op de toekomst nieuwe accenten zullen moeten worden gelegd. Wanneer men pleit voor geïntegreerde zorg en voor samenwerking, dan impliceert dit ook een modernisering van de bestaande silostructuur, die een nevenschikking is van raden en commissies op basis van categorieën van zorgverleners.

Nieuwe accenten hebben betrekking op 3 elementen: de organisatie van het overleg, de scope van het overleg, de partners bij het overleg.

1. Organisatie van het overleg

Velen zijn van mening dat de bestaande overlegstructuren te complex, te log en soms overlappend zijn geworden. Er is nood aan vereenvoudiging en herschikking alsook aan een transsectoriële aanpak.

Er moet tevens gewerkt worden aan een nieuwe manier van overleggen (new way of meeting) en informatiecultuur waarbij via de moderne communicatiekanalen ideeën en voorstellen op hun wetenschappelijke en maatschappelijke deugdelijkheid kunnen worden beoordeeld. Zonder afbreuk te doen aan de representativiteit van de partners zal dit leiden tot een grotere betrokkenheid bij de besluitvorming van de actoren op het terrein. Het kan ook bijdragen tot een verbeterde slagkracht van het overleg.

2. Scope van het overleg

Uiteraard heeft het overleg essentieel betrekking op het verzekerde zorgpakket. Het bestaande overleg is thans grotendeels gericht op de organisatie van de administratieve betrekkingen tussen zorgverleners en ziekenfondsen, het vaststellen van tarieven en het uitwerken van nomenclaturen.

Door sommigen wordt verder ook gepleit om de akkoorden en overeenkomsten, zoals in het buitenland, te baseren op duidelijke gezondheidsdoelstellingen, en naast prijsafspraken ook engagementen te nemen over het goed gebruik van de middelen die dienen om de gezondheidsdoelstellingen te bereiken.

Er moet strikter worden toegezien op het respect van de akkoorden en overeenkomsten. Tariefzekerheid mag geen virtuele realiteit worden.

Verder is het noodzakelijk om maatregelen te treffen om de conventiegraad die bij sommige groepen zorgverleners (bepaalde specialismen, tandzorg, enz.) fel is teruggelopen opnieuw op te krikken.

De op til zijnde transparantiewet voorziet dat in de toekomst, wat de terugbetaalde verstrekkingen betreft, bepaalde verbintenissen aangegaan in overeenkomsten en akkoorden algemeen verbindend kunnen verklaard worden ten aanzien van niet-toegetreden zorgverleners. Ook zij moeten, binnen de vrijheidsgraden die de akkoorden en overeenkomsten bieden, aangesproken worden op een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het verzekeren van een toegankelijke gezondheidszorg. Op die wijze wordt het belang van de akkoorden en overeenkomsten bovendien sterker onderstreept.

Er zouden duidelijke regels moeten worden vastgesteld om belangenconflicten te vermijden.

Ook zouden meer inspanningen moeten worden geleverd om de grote verschillen tussen de vergoeding van zorgverleners binnen éénzelfde beroeps categorie bespreekbaar te maken.

3. De partners bij het overleg

Recent werd o.m. via de oprichting van het Observatorium chronisch zieken en het Fonds voor medische ongevallen de participatie van de patiëntenorganisaties aan sommige overlegorganen structureel verzekerd. Ook bij de uitbouw van bepaalde projecten zoals de zorgtrajecten worden patiëntenorganisaties betrokken. Met het oog op het verzekeren van de continuïteit van hun betrokkenheid zal wellicht een aangepaste financieringsregeling moeten worden uitgewerkt voor deze organisaties.

De vraag leeft of er geen directere betrokkenheid van de overheid moet worden voorzien in het overleg om eventuele conflictsituaties te vermijden.

V. Een paradigmashift inzake arbeidsongeschiktheid

Het stelsel van arbeidsongeschiktheid heeft 2 doelstellingen: het verzekeren van een adequaat vervangingsinkomen voor de personen en hun familieleden die door ziekte of ongeval niet in staat zijn te werken enerzijds en het uitbouwen van instrumenten en het nemen van maatregelen die deze personen ondersteunen bij de terugkeer op de arbeidsmarkt anderzijds.

Recent werd geopperd dat in ons land maar ook in de ons omringende landen de sector arbeidsongeschiktheid al te lang als een 'schone slaapster' in het bos van de sociale zekerheid was. Hiermee werd bedoeld dat de focus vooral op het toekennen van een vervangingsinkomen was gericht.

Opvallend is dat de jongste jaren het aantal personen met een uitkering in sterke mate is toegenomen. Dit heeft o.m. te maken met de aanpassing van de pensioenleeftijd voor vrouwen, de herziening van de brugpensioenregelingen en de vergrijzing van de arbeidsbevolking. Ook de arbeidsomstandigheden spelen een belangrijke rol (stress gerelateerde aandoeningen).

Uiteraard is het van het grootste belang dat de levensstandaard van personen die getroffen worden door arbeidsongeschiktheid voldoende kan worden gevrijwaard en dat deze uitkeringen de welvaartsevolutie volgen.

Op basis van de jaarlijkse enquête over de arbeidskrachten kan berekend worden dat de werkzaamheidsgraad van personen tussen 20 en 64 jaar 72,8 % bedroeg in 2012. De arbeidsdeelname van mensen die ten gevolge van een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem belemmeringen in het dagelijks leven ervaren, bedraagt evenwel slechts 36,2 %.

Een hervorming dringt zich dus op.

Recent werden een aantal fundamenteën gelegd, die betrekking hebben op verschillende domeinen:

- meer in kaart brengen van de resterende mogelijkheden en de nog aanwezige competenties van de betrokkenen. Het evaluatieproces van arbeidsongeschiktheid moet op een uniforme wijze gebeuren op basis van wetenschappelijke aanbevelingen en richtlijnen
- wegwerken van eventuele inactiviteitsvallen
- meer een beroep doen op regionale diensten voor beroepsopleiding en arbeidsbemiddeling om arbeidsongeschikte personen socioprofessioneel te re-integreren. Recent heeft het RIZIV hierrond belangrijke samenwerkingsakkoorden afgesloten
- creëren van netwerken en samenwerking tussen alle betrokken actoren (adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, arbeidsgeneesheren, behandelende artsen)
- opzetten van initiatieven inzake 'disability management' bij het begeleiden van arbeidsongeschikte personen naar werk
- bevorderen van een nieuwe cultuur van preventie inzake arbeidsongeschiktheid door verhoogde aandacht voor vermijdbare risico's (psychosociale problemen)
- invoeren van stimulansen voor de werkgevers.

Om bovenstaande initiatieven te kunnen realiseren is een elektronische uitwisseling van informatie tussen de betrokken partners een prioriteit, alsook het verbeteren van de informatie over tewerkstellingsmogelijkheden. Uiteraard spelen de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen hierbij een sleutelrol.

Re-integratie naar de arbeidsmarkt dient vroegtijdig te starten. Een aantal studies bevestigen dat de succeschansen op re-integratie worden bepaald door het tijdstip waarop wordt tussengekomen en door een optimale samenwerking tussen de betrokken geneesheren. Vandaar het belang van een beter inzicht in het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid.

Een versoepeling van de bestaande regelgeving moet voor personen met chronische en/of fluctuerende aandoeningen het behoud van werk faciliteren en zo nodig de re-integratie naar de arbeidsmarkt vergemakkelijken. Dit geldt zowel voor werknemers als voor zelfstandigen.

Een goede afstemming tussen arbeidsrecht en sociale zekerheid is hierbij een basisvoorwaarde. Momenteel leggen de sociale partners in de schoot van de Nationale arbeidsraad de laatste hand aan een advies over deze materie, opgesteld in samenwerking met de verschillende verantwoordelijke instanties. Hierin zullen verschillende aanbevelingen worden geformuleerd.

Een goede medische revalidatie kan ook bijdragen tot socioprofessionele re-integratie. Ook guidelines inzake de behandeling van chronische pijn en lage rugklachten vergen meer aandacht.

VI. Kwaliteit telt meer dan ooit

De afgelopen jaren is het kwaliteitsdenken in de zorg sterk ingeworteld geraakt en op de voorgrond getreden.

Verschillende initiatieven werden genomen om deze doelstelling te ondersteunen (accreditering, peer review via profielen, colleges van geneesheren, richtlijnen opstellen en verspreiden, indicatoren ontwikkelen, enz.).

De vraag rijst hierbij of, samen met de wetenschappelijke wereld, niet gestreefd moet worden naar een bundeling van krachten en een stroomlijning van de bestaande structuren om een maximaal effect tot stand te brengen rond 3 essentiële domeinen:

- ontwikkelen, bevorderen en invoeren van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten in verschillende sectoren
- ontsluiten en evaluatie van informatie zodat verbeteringsacties kunnen worden ontwikkeld en transparante keuzes kunnen worden gemaakt
- bevorderen van gepast gebruik in de zorg.

De richtlijn over grensoverschrijdende zorg legt de EU-lidstaten de verplichting op om te verzekeren dat de patiënten recht hebben op informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit impliceert dat in de toekomst meer dan ook werk zal moeten worden gemaakt van het publiceren van relevante indicatoren en kwaliteitsparameters om de performantie van de zorgvoorzieningen in kaart te brengen op verschillende niveaus en rekening houdend met het patiëntperspectief. Sommige gemeenschappen hebben hier het voortouw genomen.

Benchmarking van zorgvoorzieningen en medische equipes zal meer op de voorgrond treden. De ziekenfondsen kunnen hier in het kader van hun financiële verantwoordelijkheid een belangrijke rol spelen.

De concentratie van hooggespecialiseerde zorg in bepaalde centra (ingebed in een netwerkstructuur) kan leiden tot kwaliteitsverbetering.

Ook werd voldoende aangetoond dat informatica inzake kwaliteitsbevordering een cruciale rol kan spelen (beslissingsondersteuning, registratie van gegevens volgens 'only once'-principe, enz.)

Er moeten ook maatregelen worden genomen om de uitoefening van risicovolle behandelingen buiten een ziekenhuisomgeving aan dezelfde strikte kwaliteitsvereisten te onderwerpen.

Velen dringen erop aan om in financieringsmechanismen prikkels in te bouwen die kwaliteitsvol handelen aanmoedigen.

VII. Herijking van de betalingsmechanismen

De wijze van betaling van de zorgverleners is een heikel en controversieel thema. Behoudens de zorgverleners die per salaris of forfaitair worden vergoed, gaat het klassieke model uit van een betaling per prestatie, vastgesteld in een nomenclatuur van verstrekkingen en waarvan de waarde wordt vastgelegd in overeenkomsten en akkoorden. Dit model vormt een van de centrale hoekstenen van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Toch beantwoordt het niet volledig meer aan de geactualiseerde doelstellingen van de zorg. Een systeem van betaling per prestatie heeft een aantal zwakke punten: het staat los van de kwaliteit van de zorg, het stimuleert onvoldoende tot samenwerking, coördinatie en taakafspraken, het induceert volume en bevordert technische interventies boven 'quality time' met de patiënt. Dergelijke methode lijkt dus suboptimaal in het kader van de sterk toenemende chronische zorg.

De afgelopen jaren werden in een aantal sectoren reeds tal van correcties doorgevoerd (medisch diagnostische verstrekkingen, thuiszorg, huisartsen).

De uitdaging bestaat erin een voldoende evenwichtige mix te vinden tussen een vast en een variabel aandeel van de honorering en een verband te leggen met de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook zal de financiering beter moeten worden afgestemd op het feit dat zorg in toenemende mate multidisciplinair teamwork is.

In dit verband moet ook het debat over het nieuw financieringssysteem van de ziekenhuiszorg in België dat zopas werd opgestart worden gesitueerd. De dualiteit van de bestaande financiering moet als achterhaald worden beschouwd. De wens om tot een nieuwe, meer coherente en meer leesbare financiering te komen lijkt door alle actoren te worden gedeeld. Het zal een van de grote werven worden van de komende jaren waarin met alle actoren moet worden gezocht naar een prospectieve financiering, gekoppeld aan prikkels voor zorgkwaliteit en zorgintegratie.

Hierbij wordt door sommige gesuggereerd om de zogenaamde 'projecten artikel 107' ook toepasselijk te maken voor de algemene ziekenhuizen.

Finaal moet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering leiden tot een pathologiespecifieke optimalisatie van de zorg, rekening houdend met de complexiteit ervan, alsook tot een reductie van onverantwoorde variabiliteit. De bestaande inkomensverschillen moeten worden gecorrigeerd.

Verder moet ook aandacht besteed worden aan een adequaat vergoedingssysteem voor de wacht- en spoeddiensten.

Velen dringen aan op een grotere transparantie van de kost van producten en materialen. Zoals reeds voor de apothekers gedeeltelijk het geval is, zou er duidelijk onderscheid moeten zijn tussen de prijs van het product en de vergoeding van de zorgverlener.

Het principe dat bij therapeutische gelijkwaardigheid enkel de minst kostelijke verstrekking wordt terugbetaald zou best worden veralgemeend.

VIII. Samenwerking: meer dan ooit een onmisbare pijler

1. Samenwerken op het zorgniveau

Patiënten en in het bijzonder chronisch zieken hebben behoefte aan geïntegreerde dienstverlening. Daarom is er nood aan een gestroomlijnd zorglandschap en continuïteit tussen de diverse zorgniveaus, zowel op operationeel als op meer structureel niveau.

Om dit doel te bereiken is een globale aanpak vereist waarbij de eerstelijnszorg een centrale en prominente rol opneemt.

Op basis van een visienota uitgewerkt door het KCE werd recent een oriëntatienota voorgesteld die de basis kan vormen voor een Nationaal actieplan chronisch zieken.

Hierbij werden een aantal prioritaire domeinen geïdentificeerd waarvan sommige een rechtstreekse impact op de verzekering voor geneeskundige verzorging hebben.

In de 1^e plaats wordt verwezen naar de noodzaak van de veralgemening van een elektronisch patiëntendossier, waarin naast de gebruikelijke medische informatie van het globaal medisch dossier ook specifieke modules worden opgenomen voor zorgcoördinatie, voor preventie, niet-medische zorg. Het is duidelijk dat de ontwikkeling van 'eHealth' hierbij een kritische succesfactor is.

In de rand hiervan kan er misschien worden aan gedacht om naar het voorbeeld van de formule van de zorgambassadeur in Vlaanderen, die ermee belast is de aantrekkingskracht van de zorgberoepen te versterken, ook een 'eHealth'-ambassadeur aan te stellen, ter versterking van het 'eHealth'-platform. Het is evident dat via de verzekering voor geneeskundige verzorging het gebruik van digitale platformen zo snel en zo goed als mogelijk moet worden aangemoedigd.

Chronisch zieken hebben vaak te kampen met meer dan een gezondheidsprobleem. Hun behoeften situeren zich zowel op het medische als het niet-medische vlak. Dit vergt dan een multidisciplinaire benadering en een beter overleg en coördinatie tussen de verschillende zorglijnen. Bij de financiering van de zorgverleners zal hiermee op een aangepaste manier moeten worden rekening gehouden. Deze financiering zal meer en meer op praktijkbasis moeten worden georganiseerd.

Voor elke patiënt met een chronische ziekte is 'case management' noodzakelijk. In minder complexe situaties kan dit de patiënt zijn samen met de mantelzorgers en de huisarts en zijn equipe. In meer complexe situaties en bij afnemende zelfredzaamheid moet een 'case manager' ingeschakeld kunnen worden om op de verschillende levensterreinen de zorg te regelen en te coördineren. Hierdoor zullen in de toekomst ook nieuwe rollen en functies ontstaan. Dit vergt nieuwe opleidingen die op deze zorgfuncties voorbereiden.

Uiteraard zal de kwaliteit moeten worden bewaakt aan de hand van relevante indicatoren.

In de sector van de chronische zorg is er nood aan zorginnovatie. Ook zullen nieuwe zorgvormen ontstaan (transmurale netwerken, thuishospitalisatie, zorghotels, enz.), waarvoor het passende kader moet worden gecreëerd.

2. Samenwerken op Belgisch beleidsniveau

De komende periode zullen ten gevolge van de 6e staatshervorming een aantal belangrijke bevoegdheden worden herschikt. Het komt erop aan hierbij ook oog te hebben voor het verzekeren van de nodige interfederale samenwerking en cohesie, met respect van de bevoegdheden voor de verschillende entiteiten. Die constructieve coördinatie zal vereist zijn om de organisatie van de zorg optimaal te kunnen laten verlopen en om het zorgaanbod zo goed als mogelijk te doen aansluiten bij de vastgestelde noden.

Samenwerking is ook een leidmotief op het vlak van de overheidssturing van de gezondheidszorg. De initiatieven die door verschillende overheidsinstanties worden ontwikkeld moeten maximaal gestroomlijnd zijn. Die bestuurlijke aanpak moet niet gebaseerd zijn op concurrentie maar wel op het principe van complementariteit waarbij eenieder meewerkt aan een performante gezondheidszorg met respect voor ieders bevoegdheden en opdrachten.

Het samenwerkingsprotocol over 'eHealth' kan hierbij als goede praktijk worden gekwalificeerd.

Ook rijst de vraag of er geen grotere synergie of integratie tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV moet worden nagestreefd.

3. Samenwerken op Europees niveau

Meer en meer moet ook rekening gehouden worden met de Europese dimensie van de gezondheidszorg. Dit is niet enkel het gevolg van de toepassing van de fundamentele verdragsbepalingen inzake het vrij verkeer van personen, goederen en diensten of van specifieke regelgeving zoals de recente richtlijn inzake de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende zorg. De nood aan samenwerking vloeit ook voort uit het feit dat de belangrijkste uitdagingen waarmee de lidstaten op het vlak van de gezondheidszorg geconfronteerd worden vrij gelijklopend zijn.

Bovendien overstijgen sommige thematieken, gelet op de complexiteit ervan, de capaciteiten van een lidstaat. Een goed voorbeeld terzake vormt de problematiek van op het vlak van innovatieve geneesmiddelen en medische hulpmiddelen waarbij meer Europese samenwerking wellicht uitzichten biedt op correcte vergoeding van innovatie enerzijds en betere toegang voor patiënten anderzijds. Het RIZIV neemt aan dergelijke discussies actief deel.

Dergelijke samenwerking moet er ook op gericht zijn om de basiswaarden van het Europese sociaal model te vrijwaren en commercialisering binnen de perken te houden.

IX. Accountability van de actoren

Zonder enige twijfel evolueren we in de toekomst naar een situatie waar meer dan ooit rekenschap en verantwoording zal worden gevraagd over de goede besteding van de middelen die aan de verschillende actoren worden toegewezen. Onterechte uitgaven moeten worden vermeden en bekampt. Een performant handhavingsbeleid is daarbij noodzakelijk.

1. Zorgverleners

In 1^e instantie is het belangrijk dat de nodige preventieve maatregelen worden genomen (informatie, duidelijke wetgeving, systematisch gebruik eID-kaart o.a. om vast te stellen dat de zorgverlening effectief heeft plaatsgevonden).

Het is wenselijk om niet alleen op individueel niveau maar ook op praktijk- of dienstniveau profielanalyses te verrichten.

In de overeenkomsten en akkoorden zouden ook indicatoren inzake goed gebruik en inzake overconsumptie moeten worden vastgesteld, toepasbaar op alle zorgverleners.

Ingeval van ernstige vermoedens van manifeste fraude moet gehele of gedeeltelijke opschorting van de betalingen mogelijk zijn.

Er moet meer aandacht besteed worden aan de controles op de evaluatie van de zelfredzaamheidscriteria bij zorgbehoevenden.

Een meer systematische auditing in de zorginstellingen op het vlak van het rationeel gebruik van de middelen kan bijdragen tot het terugdringen van praktijkvariatie. Duidelijke afspraken moeten worden gemaakt tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV over de respectieve controleopdrachten terzake.

2. Verzekeringsinstellingen

De verzekeringsinstellingen spelen een sleutelrol in het beheer, in het overleg en bij de uitvoering van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Gelet op de toenemende informatisering van de administratieve circuits zal meer en meer nadruk komen te liggen op het begeleiden en ondersteunen van hun leden bij chronische ziekte of bij arbeidsongeschiktheid, naar het bewaken van de tariefzekerheid en het ontsluiten van de beschikbare gegevens, teneinde het goed gebruik van de middelen te verzekeren.

Hierbij moet worden nagegaan of hun financiële verantwoordelijkheid niet kan worden versterkt.

Het systeem van de variabele administratiekosten is aan modernisering toe. Een nieuw evaluatiesysteem werd uitgewerkt waarbij op basis van tegensprekelijke themaonderzoeken een periodieke doorlichting wordt doorgevoerd van de kernprocessen van de verzekeringsinstellingen (correcte toekenning van de rechten, evaluaties van de controle inzake arbeidsongeschiktheid, informatieverstrekking aan de verzekerden, performantie van de toegepaste controlesystemen, inspanningen op het vlak van re-integratie arbeidsongeschiktheid, enz.). Wanneer bepaalde resultaten niet worden bereikt kan een deel van de voorziene middelen niet worden toegekend.

Inspanningen moeten worden geleverd om door middel van synergieën schaalvoordelen tot stand te brengen met betrekking tot de administratieve kost van het systeem. Dit geldt inzonderheid voor de ontwikkeling van informaticatoepassingen en harmonisering en vereenvoudiging van de processen.

3. Verzekerden

Uit de bevraging van de stakeholders blijkt dat weinigen gewonnen zijn voor het invoeren van financiële incentives op individueel niveau die verband houden met de levensstijl. Sensibilisering op maat wordt eerder aanbevolen, bijvoorbeeld in het kader van zorgtrajecten. Ook het aanmoedigen van een betere therapietrouw mag niet op de agenda ontbreken.

Wel moeten de acties op het vlak van de bestrijding van fraude door sociaal verzekerden verder worden ontwikkeld (zwartwerk, domiciliefraude, ongeoorloofde cumulatie), waar mogelijk in samenwerking met andere inspectiediensten.

X. Een proactief en creatief RIZIV

Al deze ontwikkelingen zullen van het RIZIV, samen met alle partners, de nodige wendbaarheid vragen. Deze wendbaarheid impliceert een capaciteit om zowel proactief te zijn in het vinden van antwoorden als in het creatief aanbrengen van oplossingen.

Volgende elementen zijn hierbij prioritair.

1. Het organiseren van een stevig financieel beheer

De systematische opvolging van de uitgaven moet onverminderd worden verdergezet aan de hand van het systeem van permanente monitoring.

Bovendien zal via de ontsluiting van nieuwe informatiebronnen, inzonderheid op het vlak van arbeidsongeschiktheid, en datamining nieuwe kennis beschikbaar worden.

De methoden inzake begrotingsopmaak zullen verder worden verfijnd, mede op basis van aangepaste projectiemodellen inzake vergrijzing die thans samen met het Federaal planbureau worden voorbereid.

Velen dringen er ook op aan om financiële afspraken en budgettaire enveloppes mogelijk te maken die gespreid worden over meerdere jaren zodat beter een lange termijn aanpak kan worden ontwikkeld.

2. Het ontwikkelen van kennisbeheer en expertise voor overleg en beleidsondersteuning

Het verder ontwikkelen van de nodige kennis en expertise is een kritische succesfactor voor een resultaatgericht overlegmodel en efficiënte beleidsondersteuning. Die expertise is ook vereist om de nomenclatuur aan te passen op basis van solide informatie en wetenschappelijke inzichten.

Dit betekent niet alleen dat het RIZIV over de nodige menselijke capaciteit dient te beschikken, maar ook dat relevante netwerken worden ontwikkeld en dat beroep kan worden gedaan op de nodige informatie en kennis voor ondersteuning van overleg en beleid. Hiertoe moeten de inspanningen die op het vlak van dataontwikkeling werden geleverd samen met de FOD Volksgezondheid, KCE en IMA verder worden gevaloriseerd.

Hoewel reeds een schat aan gegevens beschikbaar is, moeten, rekening houdend met de noodzakelijke ontwikkeling van geïntegreerde zorg, op een efficiënte en snelle wijze linken tussen de verschillende databestanden en registers kunnen worden tot stand gebracht, met een integraal respect van de vereisten gesteld door de wetgeving inzake de private levenssfeer.

Een vereenvoudiging van de bestaande koppelingsprocedures moet hierbij worden gerealiseerd. Optimaal is dat dergelijke gegevens in partnerschap tussen de verschillende actoren worden geanalyseerd. Ook de mogelijkheid van publiek-private samenwerking op dit vlak verdient de nodige aandacht.

In het kader van het verder ontplooiën van het kwaliteitsbeleid moet het ook mogelijk zijn beroep te doen op data inzake morbiditeit.

Op basis van de informatie waarover het Fonds voor medische ongevallen zal beschikken zullen ook voorstellen kunnen worden geformuleerd op het vlak van de veiligheid van de gezondheidszorg. Deze zullen een nuttige aanvulling zijn op de actieplannen van de FOD Volksgezondheid.

3. Het uitbouwen van de rol van toezichthouder

Het RIZIV moet erop toezien dat de verzekeringsinstellingen aan de verzekerden de correcte tegemoetkomingen toekennen ter vergoeding van de ziektekosten en dat de verzekerden het gepaste vervangingsinkomen ontvangen. Bovendien moet het controleren of de door de zorgverleners aangerekende en terugbetaalde bedragen rechtmatig zijn. Het moet ook de administratieve rechtscolleges ondersteunen die op het vlak van de geneeskundige controle werden opgericht.

Naar de toekomst toe vormt de implementatie van de nieuwe regels inzake financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen een concrete opgave inzake administratieve controle. De evaluatie zal gebeuren volgens een geijkte auditmethodologie. Volgens gelijkaardige principes zullen statistisch geldige controles worden ingesteld met betrekking tot de beslissingen van de adviserend geneesheren inzake arbeidsongeschiktheid.

Zoals reeds het geval is voor de opsporing en bestrijding van sociale fraude door verzekerden zal ook op het vlak van misbruiken door zorgverleners een meer gecoördineerde aanpak worden tot stand gebracht. De elektronische facturatie door de zorgverleners vraagt de uitwerking van aangepaste controleprocedures.

Op het vlak van verspilling en overconsumptie zal, in samenspraak met de sector, een aanklampend beleid worden gevoerd dat moet toelaten sneller corrigerend op te treden.

4. Het doorvoeren van de noodzakelijke modernisering en administratieve vereenvoudiging

Het vermijden van administratieve complexiteit moet een permanent aandachtspunt blijven. Uitgangspunt moet meer dan ooit het 'only once'-principe zijn, waarbij informatie die reeds beschikbaar is niet opnieuw kan worden opgevraagd.

Elektronisch voorschrijven moet worden veralgemeend.

In dit verband moet tevens het systeem MyCareNet, dat in samenwerking met de verzekeringsinstellingen werd uitgebouwd, zo snel als mogelijk operationeel worden. Hierdoor zullen de administratieve contacten met de zorgverleners aanzienlijk vereenvoudigen, inzonderheid op het vlak van de behandeling van administratieve aanvragen (dure geneesmiddelen, zorgtrajecten, enz.) en elektronische facturatie.

De communicatie tussen de overheid en de zorgverleners zal op termijn hoofdzakelijk elektronisch verlopen.

Door het verder ontwikkelen van gegevensstromen zal o.m. op het vlak de verhoogde verzekeringstegemoetkoming werk kunnen worden gemaakt van een automatische toekenning van rechten aan verzekerden.

5. Het verstrekken van goede informatie en communicatie

In uitvoering van de bestuursovereenkomsten heeft het RIZIV de afgelopen jaren zwaar geïnvesteerd in het ontwikkelen van referentiebestanden (nomenclatuur, databases geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, enz.).

Op termijn zullen een aantal databases met financiële informatie worden toegankelijk gesteld. Ook over de ontwikkelingen in de verzekering voor geneeskundige verzorging zal breder worden gecommuniceerd.

In 2014 zal de RIZIV-website volledig worden vernieuwd en toegankelijker gemaakt. Hierbij zal ook informatie over de conventiestatus van de zorgverleners worden geïntegreerd.

Het verstrekken van adequate informatie aan de verschillende disciplines van zorgverleners is een belangrijk preventie-instrument voor een goede naleving van de wetgeving. De Infobox-brochures worden daarom verdergezet.

Bijlage

Bevraging stakeholders

Bevraging stakeholders

Zoals u weet bestaat het Riziv in zijn huidige vorm volgend jaar 50 jaar. De wet van 9 augustus 1963, die op 1 januari 1964 in werking trad, schoeide de ziekte- en invaliditeitsverzekering op een nieuwe leest. Sindsdien heeft de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - zoals deze belangrijke sector van de sociale zekerheid thans noemt - een ganse evolutie gekend.

Naar de toekomst toe wordt de verzekering voor geneeskundige verzekering en uitkeringen met tal van uitdagingen geconfronteerd.

Kenmerkend voor de verzekering is de grote betrokkenheid van vele actoren. Het gouden jubileum leek ons een uitstekende gelegenheid om bij de voornaamste stakeholders en een aantal deskundigen te peilen naar hun visie over de toekomst.

Concreet durven wij u vragen om een aantal concrete voorstellen, ideeën en suggesties te willen formuleren die u van belang acht om de houdbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de verzekering te garanderen.

We zouden deze voorstellen willen klusteren rond een aantal thema's, met name:

- welke prioriteiten en uitdagingen ziet u voor de komende jaren?
- welke wijzigingen moeten worden aangebracht in de financiering van de zorgverleners en zorginstellingen? waar moeten meer/minder middelen worden ingezet?
- hoe kunnen ongelijkheden inzake gezondheid worden teruggedrongen? hoe kan gezond even en zelfraadzaamheid worden ondersteund?
- hoe kunnen we ruime therapeutische mogelijkheden blijven verzoenen met een brede solidariteit? hoe evolueert de rol en de verantwoordelijkheid van de verschillende actoren?
- op welke wijze kan de kwaliteit van de zorgverlening worden aangemoedigd en inzichtelijk gemaakt?
- op welke domeinen kan de performantie van de verzekering geneeskundige verzorging worden geoptimaliseerd?
- moeten er financiële incentives of zogenaamde marktmechanismen in de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen worden geïntroduceerd?
- moeten er nieuwe accenten worden gelegd in het overlegmodel en in het stelsel van overeenkomsten en akkoorden? welke rol is hierbij weggelegd voor de patiënten?
- welke aanpassingen zijn nodig in het zorglandschap om meer samenwerking te bevorderen en meer efficiënt gebruik van de middelen te realiseren?
- welke initiatieven moeten worden genomen om de re-integratie van arbeids- ongeschikte personen in de arbeidsmarkt te bevorderen?
- hoe kan de controle worden verbeterd? hoe kunnen onterechte en onnodige uitgaven worden vermeden?