



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

IDEEEN

van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België met betrekking tot de houdbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ziekteverzekering*

Brussel, 25 oktober 2013

De heer Jo De Cock
Administrateur-generaal
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Betreft: ideeën over de toekomst van het RIZIV naar aanleiding van zijn 50^e verjaardag.

Mijnheer de administrateur-generaal,

Naar aanleiding van uw brief van 15 juli 2013 wenst de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België vooreerst het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering te feliciteren met de uiterst succesvolle eerste 50 jaar van zijn geschiedenis. De Academie wenst graag in te gaan op uw uitnodiging om enkele ideeën te formuleren in verband met de houdbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de verzekering.

De Academie heeft de gelegenheid te baat genomen om enkele brainstormsessies te organiseren over de door u geformuleerde vragen. Ik heb de eer en het genoegen u in naam van de Academie haar overwegingen te bezorgen.

De Academie is beschikbaar om te participeren aan de verdere discussies, die zullen plaatsvinden in het kader van de academische zitting ter gelegenheid van de 50^e verjaardag van het RIZIV.

Met bijzondere hoogachting,
Prof. dr. Aart de Kruif
Algemeen secretaris

* Het document werd voorbereid door Aart de Kruif (algemeen secretaris), Bernard Himpens (voorzitter), de vaste commissie maatschappij en gezondheid, bestaande uit de leden Frank Buntinx (voorzitter), Marc Bogaert, Guy De Backer, Luc Deliens, Anne De Paepe, Petra De Sutter, Ephrem Eggermont, Stanny Geerts, Bruno Goddeeris, Jozef Lauweryns, Lea Maes, Chantal Mathieu, Geert Molenberghs, Benoit Nemery de Belleaux, Bernard Sabbe (secretaris), en Simon Scharpé, en de vaste commissie organisatie en structuur van de gezondheidszorg, bestaande uit de leden Bert Aertgeerts, Paul Cosyns, Nadine Ectors, Karel Geboes, Marie-Christine Herregods, Greet Ieven, Johan Kips, Jo Lambert (secretaris), Jean Plum, Walter Sermeus, Marie-José Tassignon (voorzitter), Thierry Vansweevelt, Ignace Vergote, Mark Waer, en Patrick Wouters.

De Academie blijft gehecht aan de fundamentele beginselen, die het huidige gezondheidszorgsysteem schragen. Het is wezenlijk dat de gelijke toegankelijkheid voor iedereen in de praktijk gerealiseerd wordt. Bovendien zijn er veel meer voor- dan nadelen verbonden aan het Bismarck overlegmodel tussen de partners in de gezondheidszorg. De belangrijkste uitdagingen voor de eerstvolgende periode houden enerzijds verband met de budgettaire context waarin de ziekteverzekering moet worden ontwikkeld, en anderzijds met de nood aan objectieve maatstaven om de effectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van zorg te meten. Dit impliceert wel dat er gesleuteld moet worden aan de mechanismen van het huidige ziekteverzekeringstelsel.

De Academie ziet verder de volgende uitdagingen:

- Stijging van de zorgbehoeften door vergrijzing en bevolkingstoename.
- Technologische innovatie met implicaties voor de actualisering van de criteria voor de terugbetaalbaarheid van medische prestaties.
- Sociale ongelijkheid, resulterend in een gezondheidszorg met twee snelheden.
- Nieuwe generatie van artsen, die, enerzijds, consequenter en meer evidence-based handelen en dus de middelen nuttiger besteden, en, anderzijds, minder bereid zijn om offers te brengen en een andere invulling aan de work/life balans wensen te geven.
- Migratie, globalisering (uitheemse ziekten).

Prioritair zou de bevolking geïnformeerd en gesensibiliseerd moeten worden over de werking van het gezondheidszorgsysteem, en over preventie en gezond leven (stimuleren van health awareness en health literacy).

Wat betreft de wenselijke wijzigingen in de financiering van de zorgverleners en zorginstellingen, denkt de Academie aan de volgende punten:

- Het huidige prestatiegebonden financieringsmodel zou moeten worden omgebogen naar bijvoorbeeld een “capitation” systeem van groepspraktijken met verschillende soorten gezondheidswerkers, die gefinancierd worden per ingeschreven patiënt. Hierdoor kan de aandacht maximaal gaan naar effectiviteit van zorg en preventie. Doordat de patiënt gemachtigd is om zich jaarlijks elders in te schrijven, blijven er voldoende financiële incentives voor de gezondheidswerkers om te waken over de kwaliteit van hun prestaties. Bij de aanpassingen van het stelsel moet ervoor gezorgd worden, dat het systeem noch onderprestatie, noch overprestatie in de hand werkt.
- Er moet worden gedacht aan vormen van echelonnering: derdelijnsgeneeskunde dient selectief toegewezen te worden aan derdelijnsinstellingen en differentieel vergoed te worden (en compensatoir tweedelijnsgeneeskunde aan de tweedelijns).
- Thuiszorg als noodzakelijk complement voor dagziekenhuis.
- Wegens de fragmentatie en suboptimale onderlinge afstemming van de nomenclatuur is het wenselijk tot een algehele herijking en rationalisering te komen, rekening houdend met de structurele aanpassingen, voortvloeiend uit het invoeren van het “capitation” systeem.
- Een versterkte aandacht voor preventie, met respect voor de bestaande bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschappen en de federale staat (OESO vraagt 3% bbp).
- Aandacht voor de noden inzake chronische zorg.
- Aandacht voor de internationale dimensie in verband met de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, welke in het Tallinn Charter zijn vastgelegd.
- De gepaste incentives op micro-, meso- en macroniveau voor transparantie en kwaliteit.
- Het is belangrijk voortdurend kritisch te onderzoeken, of specifieke interventies aantoonbaar leiden tot een verbetering van de levenskwaliteit en/of de levensduur (value for money).
- Bij de kosten-batenanalyses die het RIZIV maakt, is het belangrijk dat het langetermijnperspectief een groter gewicht zou krijgen.

De ongelijkheden inzake gezondheid worden het best aangepakt door systematisch in te zetten op het bevorderen van health awareness en health literacy, omdat hierdoor het gezond leven en de zelfredzaamheid op het gebied van de gezondheidszorg het best worden ondersteund. Health awareness en health literacy worden zowel versterkt door de competentie van de burgers te verhogen, als door maximaal laagdrempelig te communiceren (een minder technisch taalgebruik op de website van het RIZIV zou bijvoorbeeld reeds positieve effecten kunnen sorteren). Daarnaast is het uiteraard noodzakelijk de toegankelijkheid van het systeem te behouden en te optimaliseren door te verhinderen dat financiële drempels tot uitsluiting zouden leiden.

De Academie vindt het essentieel dat de gezondheidswerkers, de patiënten, de overheden en het maatschappelijk middenveld zich ten volle bewust zijn van hun verantwoordelijkheid om op lange termijn de fundamentele evenwichten in het systeem te bewaren. Daartoe is het belangrijk dat de transparantie van de besluitvorming versterkt wordt, waarbij alle partijen op gelijkwaardige en effectieve wijze, rekening houdend met hun respectieve

bijdrage en belang in het stelsel, zouden worden betrokken in het overlegmodel. Bovendien dienen alle actoren in het systeem te worden geresponsabiliseerd. Structurele maatregelen moeten worden uitgewerkt om onverantwoorde zorg te elimineren. Het medisch shoppen van patiënten moet ontmoedigd, zo niet onmogelijk worden gemaakt, en de gezondheidswerkers moeten de verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van hun dienstverlening.

De Academie meent verder dat het systeem gebaat zou zijn met een goede (en in de praktijk goedkopere) regeling van de nazorg van patiënten (zorghotel en thuiszorg).

De Academie wenst haar waardering uit te spreken voor de talloze initiatieven, die reeds uitgewerkt zijn om de kwaliteit van de zorgverlening aan te moedigen en inzichtelijk te maken, zoals zorginspecties en de publicatie van performantiecijfers. Daarnaast denkt de Academie dat men voordeel zou kunnen halen uit een uniform systeem voor alle actoren, zodat parallelle initiatieven kunnen worden vermeden. Verder lijkt het nuttig expertise te centraliseren in erkende centra door een aanpassing van de terugbetalingsregels voor de medische prestaties. Het RIZIV moet de erkenningen baseren op kwaliteitscriteria en dient daarbij volumenormenten te hanteren. Om weerstand tegen deze structurele aanpassing te minimaliseren of te vermijden, verdient het aanbeveling inkomensneutrale formules uit te werken.

De performantie van de verzekering geneeskundige verzorging kan volgens de Academie worden geoptimaliseerd door enkel nog prestaties terug te betalen, waarvoor evidentie bestaat, en door de huidige pakketten van zorg kritisch te evalueren op hun meerwaarde.

Het is onduidelijk, of de introductie van marktmechanismen in de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen een gunstige invloed zou hebben op de efficiëntie, effectiviteit en billijkheid van het sociale zekerheidssysteem.

De Academie denkt dat de samenwerking kan worden bevorderd en de middelen efficiënter kunnen worden ingezet door de reeds ingeslagen weg van IT en connectivity verder te bewandelen.

Tot slot is de Academie van oordeel dat onterechte en onnodige uitgaven kunnen worden vermeden, en dat de noodzakelijke controle in het systeem kan worden verbeterd door een vereenvoudiging en rationalisering van de nomenclatuur, zoals hoger vermeld, zodat de kans op vergissingen door de zorgverstrekkers verminderd wordt, en de controle sneller en correcter kan verlopen, met minder betwistingen.