

## Budget van de gezondheidszorg 2011 – aanbevelingen MLOZ

14/10/2010

MLOZ hecht belang aan de realisaties van de volgende punten:

### **BUDGETTAIRE BELEIDSLIJNEN:**

#### **Respect akkoorden en conventies**

Zoals vorig jaar pleiten we a priori voor de verdere uitvoering van de maatregelen voorzien in de lopende akkoorden en overeenkomsten.

#### **Toegankelijkheid voor chronische zieken**

Daarnaast gaat onze bijzondere aandacht uit naar de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging voor de chronische zieken:  
MLOZ pleit voor het toekennen van een specifiek statuut voor bepaalde chronische aandoeningen. Dit statuut opent rechten voor de chronische zieke die op een administratief eenvoudige wijze de integrale tenlasteneming van zijn kosten garandeert.

#### **Kwaliteit van zorg**

België scoort op Europees en wereldvlak goed op het vlak van toegankelijkheid van de zorg, maar hinkt achterop voor de kwaliteit van verzorging. Registratie van activiteit - onder meer in de sector van de revalidatie - toetsing aan performantie-indicatoren en accreditering worden aanbevolen. Dit werkt niet alleen kwaliteitsbevorderend voor de zorg van de patiënt, maar heeft tevens een positieve budgettaire impact. Kwaliteit van zorg moet primeren op verbreding van zorg of uitbreiding van het pakket van zorg.

#### **Transparantie**

Transparantie nastreven in prijzen, honorering, infrastructuurkost en materiaal. Dit moet leiden tot een correct onderscheid tussen vergoeding van de intellectuele actie van de verstrekker en de variabele kosten.

- verderzetting van de recente tendens naar scheiding van productkost, afleveringsmarge en intellectueel honorarium gekoppeld aan het beschikbaar stellen van lijsten met productprijzen.
- uitklaren van de huidige gemengde kost voor implantaten (product + consignatie + opleiding verstrekkers + dienstverlening door technici van firma's zoals operatie-assistentie en pacemaker-controle)
- transparante bepaling van de intellectuele honoraria als product van de factoren 'tijdsinvestering' en 'risico van medische ingreep'.
- loskoppelen van de vergoeding voor infrastructuur en het intellectueel honorarium – gelijkschakelen van regeling voor alle medische disciplines.

- verplichte registratie van persoonlijk aandeel en supplementen over alle vergoedbare verstrekkingen heen, teneinde een reëel beeld te krijgen van de financiële druk op de rechthebbenden.

## Informatisering en administratieve vereenvoudiging

Informatisering (E-Health) en administratieve vereenvoudiging van de processen nastreven. Dit kan voor een effect zorgen op verschillende niveaus:

- administratieve vereenvoudiging voor alle actoren (zowel verstrekkers, rechthebbenden als verzekeringsinstellingen).
- de volledige automatisering van het voorschrijven, attesteren, factureren en controleren van verstrekkingen.
- De opening van rechten in functie van het statuut van de patiënt bij chronisch zieken en behartenswaardige aandoeningen (bv. brandwondenpatiënten).
- Ontwikkeling van het unieke patiëntendossier, toegankelijk voor alle verstrekkers met wie de patiënt een therapeutische band heeft. Behoudens het effect van verbetering van de kwaliteit van de zorg en administratieve vereenvoudiging, kan dit eveneens nodeloze en repetitieve onderzoeken voorkomen. MLOZ is bereid om voor de consultatie van dit dossier een honorering te voorzien, mits respect voor de privacy van de patiënt. De VI's spelen hierin een belangrijke informatieve rol naar hun leden.
- ...

## Sector farmaceutische producten

- Een **snelle toegang tot de echte innoverende geneesmiddelen voor levensbedreigende aandoeningen** waarvoor er geen (geregistreerd) therapeutisch alternatief bestaat. Dit kadert in het belang van de gezondheid van de patiënt.
- Een **betere identificatie van de medische noden en het stellen van prioriteiten in de research**. Er is nood aan een betere coördinatie en een gezamenlijke strategie opdat de R&D-inspanningen op de meest efficiënte wijze kunnen verlopen, opdat er wel onderzoek zou gebeuren voor commercieel minder interessante medische noden, en opdat de voorkeur zou kunnen worden gegeven aan 'unmet medical needs'.
- Een **betere samenwerking op Europees vlak**, om de procedures efficiënter te maken en het verzamelen van gegevens te vergemakkelijken (vb. farmacovigilantiegegevens of gegevens over weesgeneesmiddelen).
- Een **paritair overlegorgaan (een 'medico-farma') met budgetaansprakelijkheid en met als mogelijke partners de geneesmiddelenindustrie, de artsen, de VI's en het RIZIV** zou rekening houdende met de kosten-batenanalyse van een geneesmiddel en de mogelijke gezondheidswinst, kunnen onderhandelen.
- Eén van de mogelijke opdrachten van dit paritair overleg zou een **uitbreiding van de risk-sharing strategies** (vb. 'performance-based agreements' waarbij een snellere toegang tot de markt gekoppeld wordt aan een prijsverlaging als de effectiveness lager blijkt dan vooropgezet) kunnen zijn.
- Door dergelijke maatregelen kan het verdere gebruik van **hoofdstuk IV (als instrument van budgettaire controle) worden ingeperkt**.

*Vervolg volgende pagina*

## POLITIEKE BELEIDSLIJNEN

Bepaalde beleidsopties en budgettaire maatregelen impliceren een politieke keuze. Als MLOZ weerhouden wij volgende aandachtspunten ter vrijwaring op lange termijn van ons solidair gezondheidssysteem:

### Het solidariteitsprincipe

#### **De verdere uitholling van het solidariteitsprincipe door inkomensgerelateerde bepaling van de terugbetaling van ziektekosten moet worden gestopt.**

Ons sociale zekerheidssysteem wordt gefinancierd op basis van inkomensgerelateerde bijdragen: hoe hoger het inkomen, des te hoger de bijdragen.

Op het moment dat het ziekterisico en de kosten voor zorg zich manifesteren, mag niet meer worden gekeken naar de financiële situatie van de patiënt. Die regelingen (Omnió, fiscale maf, ...) werken op korte termijn kostenbesparend voor bepaalde patiënten, maar creëren op lange termijn een desolidarisatie door een vlucht van de hoogste inkomens naar statuten die minder sociale bijdragen genereren (bv. als zelfstandige).

### De conventie

Het conventiesysteem is aan herziening toe. De gedeeltelijke conventie geeft geen rechtszekerheid voor de patiënten, gezien de onduidelijkheid rond de conventie-gebonden uren. Wij voorzien enkele denkpistes:

- elektronische registratie van de geconventioneerde consultatie-uren, beschikbaar voor de patiënt
- praktijk-conventionering versus individuele conventionering gekoppeld aan de afschaffing van het partiële conventie-statuut
  - De registratie van de praktijken wordt momenteel reeds uitgewerkt.
  - Koppeling van de conventie aan de praktijkregistratie garandeert een correcte toepassing ervan en controlemogelijkheid van welke arts tot welke praktijk behoort en of de tarieven gerespecteerd worden.
- verhoging van de aantrekkelijkheid van het conventie-systeem door de terugbetalingsbasis voor de geconventioneerde verstrekkers te verhogen
- invoering en registratie via pseudocode van het 'informed consent' voor de aanrekening van prestaties 'buiten criteria' door geconventioneerden
  - met als plafond de honoraria voorzien voor dezelfde verstrekking binnen criteria
  - verstrekkingen die geen autonome keuze door de patiënt toelaten door hoge prijs of ontbreken van een alternatief (hartdefibrillator, chemotherapie, ...) worden expliciet uitgesloten van dit systeem

Deze laatste 2 maatregelen moeten enerzijds de rechtszekerheid voor de patiënt verhogen en anderzijds de vlucht uit de conventie tegengaan.

### Extramurale heelkunde

Door de uitbreiding van de ziekenhuispraktijken in ambulante settings (vb. oogklinieken, ...) die door de Vlaamse overheid als 'risicovolle praktijken' zullen worden geregistreerd, (regionale erkenning) moeten er dringend kwaliteitsgaranties worden opgelegd voor extramurale zorg. MLOZ is deze evolutie naar alternatieven voor hospitalisatie genegen, mits kwaliteitsgarantie, en voor zover deze zorg de ZIV minder belast en geen extra kosten met zich meebrengt voor de patiënt.

Dit zou bv. kunnen via verplichte akkoorden tussen ziekenhuizen en ambulante centra voor o.a. de opvang van urgenties. Gekoppeld hieraan dient een rol toebedacht te worden aan de ziekenhuisapotheker voor de aflevering van implantaten en medicatie die nu zijn voorbehouden voor het intramurale gebruik.

Het probleem van de rechtstreekse toelevering van implantaten, endoscopisch en viscerosynthese materiaal aan deze externe 'praktijken' zonder interventie van een apotheker en dus zonder kwaliteitsgarantie noch tracabiliteitmogelijkheden kan eveneens een oplossing krijgen via deze samenwerkingsakkoorden.

In het ziekenhuis is de ziekenhuisdirectie verantwoordelijk voor eventuele fouten maar quid in de ambulante setting?

## **De revalidatiesector**

---

De bouwkosten en de tenlasteneming van onroerend goed in de revalidatiesector is nadelig voor het RIZIV budget en dus ook voor de opbouw van reserves voor de GV. Er dient een oplossing bedacht te worden die een 'participatie in het eigenaarschap' mogelijk maakt ná afbetaling van aankoop- en verbouwingkosten vanuit de ziekteverzekering.

Binnen de revalidatie dient aandacht geschonken te worden aan kwaliteitsregistratie en outcome-meting van revalidatie om bijsturing of andere beleidsbeslissingen te ondersteunen.

## **Technische raad medische hulpmiddelen en diagnostische middelen**

---

Om in alle sectoren tot prijstransparantie te komen, is het nodig om lijsten op te stellen van producten, gekoppeld aan productprijzen.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) en de Commissie Tegemoetkoming voor Implantaten en Invasieve hulpmiddelen (CTIIMH) zijn hier de beste leerlingen van de klas. Alle terugbetaalde en alle geregistreerde producten worden op lijsten vermeld.

Voor de diagnostische en medische hulpmiddelen die niet onder één van de vorige technische commissies vallen, wordt de productprijs tot op heden vastgesteld via verschillende kanalen, gaande van de TRDMVM (Technische Raad Diagnostische Middelen en Verzorgingsmiddelen), die geen wettelijk statuut heeft en in feite een werkgroep is van de OCA tot vaststelling via de overeenkomstencommissies van bandagisten, orthopedisten, audiciens, opticiens, ....

MLOZ pleit voor een technische commissie gelijkaardig aan de CTG en de CTIIMH, bevoegd om op basis van kwaliteitscriteria, afgesproken met de bevoegde commissies, lijsten op te stellen en prijzen af te spreken met de industrie en de toeleveranciers van deze diversiteit aan producten. Deze lijsten moeten garant staan voor een minimum aan kwaliteitsvereisten (o.a. CE-labelling). Het blijft de competentie van de overeenkomstencommissies om de producten op de lijsten te koppelen aan de nomenclatuurcodes voor vergoeding van materiaal binnen hun sector. Wij benadrukken opnieuw het belang van een duidelijk onderscheid tussen de materiaalkost en de honorering van de intellectuele acte, verbonden aan de competenties van de verstrekker.

---

*Vervolg volgende pagina*

## Een OCA voor de ziekenhuisapotheker

---

Meer en meer leveren de ziekenhuisapothekers rechtstreeks af aan ambulante patiënten. Voor deze afleveringen bestaat er momenteel geen enkel normatief kader. Indien er een uitbreiding komt van de bevoegdheden van de TRDMVM moet er tevens nagedacht worden over de opsplitsing van de OCA in twee kamers: een kamer voor de open officina en een kamer voor de ziekenhuisapothekers. Dit zou twee voordelen hebben. Ten eerste zou de ziekenhuisapotheker als verstrekker in onze reglementering worden erkend (momenteel is de ziekenhuisapothekers niet nominatief aanwezig en enkel erkend als 'leverancier van implantaten') en ten tweede zou het toenemende aantal afleveringen vanuit de ziekenhuisapotheek voor ambulante patiënten kunnen worden gereguleerd.

---

*Vervolg volgende pagina*

## CONCRETE VOORSTELLEN

Hieronder alvast een lijstje met de maatregelen die wij belangrijk vinden voor de artsen:

- Kankerplan: Revisie nomenclatuur radiotherapie (nomenclatuur aanpassen aan realiteit en vergoedingsstructuur voor duurdere toestellen als cyberknife evalueren) (nog te begroten)
- Revisie art. 34 (interventionele therapie) met ijking van prestaties op basis van duurtijd prestatie en risico. Cumul van prestaties homogeniseren (nog te begroten)
- Revisie art. 13 – anesthesie: bepaling van vergoedingsbasis, los van de sleutelwaarde van de heelkundige ingreep, en gebaseerd op basis van het type van de reëel uitgevoerde anesthesie en de risicofactoren van de patiënt.

## BESPARINGSVOORSTELLEN

Als MLOZ willen wij waarschuwen voor blinde en/of lineaire besparingen: . Binnen de sector geneeskundige verzorging worden nog steeds bedragen uitgekeerd die niet in verhouding staan tot de therapeutische waarde of de reële kostprijs van het product, tot de reële inspanning van de verstrekkers of tot het risico van de verstrekking. We moeten daar durven ingrijpen waar objectief 'oververgoeding' kan worden aangetoond met als doel het vrijmaken van budgetten die enerzijds kwaliteit van verzorging blijven garanderen en anderzijds de financiële druk op de rechthebbende verlichten.

Het debat van communicerende vaten (compensatie van onderfinanciering door gedogen van overfinanciering vanuit andere deelbudgetten) kan maar worden opgelost door de bereidwilligheid van alle actoren om de financiering te corrigeren waar ze manifest onvoldoende is, gekoppeld aan het terugschroeven van financieringen die niet evenredig zijn met de werkelijke kost of inspanning. Ook als dit overheen de sectoren verschuivingen teweegbrengt.

Bovendien moet hier het debat over de kwaliteit van zorg worden gevoerd. Verstrekkingen/technieken die als gevolg van (technische) evolutie voorbijgestreefd zijn of minder kwaliteitsvol zijn, te duur zijn enz. moeten kunnen worden geschrapt door een eenvoudige administratieve procedure van het RIZIV. Momenteel nemen we altijd maar nieuwe producten/ technieken aan ter vergoeding zonder consequent de verouderde producten/technieken te schrappen.

## Besparingsvoorstellen voor de ziekteverzekering

Wij zien mogelijkheden tot besparingen op onnodige uitgaven in volgende deelrubrieken:

- Revisie elektrofysiologie: EEG/EP – de rol van deze onderzoeken binnen de psychiatrie en de neurologie moet worden herzien in het kader van de KCE-studie en in overleg met de neurologen, neuropsychiaters en psychiaters.

*Vervolg volgende pagina*

- Medische beeldvorming (CT/MRI): o.a. hogere forfaitarisering met vergoeding van variabele kosten via opnameforfait. → **realisatie van besparing van 50Mio zoals opgenomen in budgetnota 2010.**
- Scintigrafie art. 18§2: revisie van zowel de verstrekkingen als de isotopen – verplichte registratie van o.a. de voorschrijver – invoer van relatieve verstrekkingen om vergoeding product aan type onderzoek te kunnen koppelen. In de budgettaire evolutie valt op dat de 3 sterkste stijgers de 3 hoogst vergoede prestaties zijn, terwijl de dalers de laagst vergoede prestaties betreffen. Deze nomenclatuur is bovendien helemaal niet doorzichtig (ondanks de duidelijke voorschrijfformulieren die op het terrein gebruikt worden), wat de controle van de correcte toepassing zo goed als onmogelijk maakt.
- Revisie van de nomenclatuur van de prefab-orthesen met:
  - een schrapping van de softe orthesen waarvoor géén reële therapeutische meerwaarde is aangetoond en
  - koppelen van producten aan specifieke nomenclatuurcodes om onterechte vergoedingen tegen te gaan.
- Budget-overheveling van de klassieke kompressen en windels (crêpe en cambricq windels ) vanuit de magistrale bereidingen naar de TRDMVM ten voordele van de therapeutische verbandmiddelen.

Een bijzonder aandachtspunt blijft **de strijd tegen de georganiseerde fraude in hoofde van de verstrekkers**. Cf het dossier van de outliers “tandartsen” die door de combinatie van de derdebetalersregeling, de niet-inning van het persoonlijk aandeel en de aanrekening van vooral dure verstrekkingen het solidair systeem van de ziekteverzekering uitmelken en misbruiken. Daarom pleit MLOZ voor het principe van verplichte inning van het persoonlijk aandeel en een uitzondering hierop via sociale vangnetten in functie van het statuut van de rechthebbende (ook het statuut chronische zieke).

## **Besparingsvoorstellen voor de patiënt**

---

- Vergoeding van de verstrekkingen door geconventioneerde verstrekkers aan een hogere terugbetalingsbasis zodat het aandeel van de patiënt in het totaal van het honorarium vermindert. Dit voorstel kan worden gecombineerd met de reflectie omtrent de plafonnering van de persoonlijke aandelen in de sector van de tandheelkunde (bv. dossier paradontologisch mondonderzoek met honorarium van 101€ en persoonlijk aandeel van 16€) - in de medische nomenclatuur is het persoonlijk aandeel begrensd.
- Het gebruik van het unieke patiëntendossier om onnodige en repetitieve onderzoeken te voorkomen.
- Systematische registratie van het persoonlijk aandeel en het supplement ten laste van de rechthebbende teneinde financiële toegankelijkheid te evalueren en beleidsvoorstellen te kunnen doen.
- Kwalitatieve VERNIEUWENDE verstrekkingen voorrang geven in de terugbetaling. Prijsvermindering of schrappen uit de lijst van verouderde producten zodat er marge komt om de nieuwe betere producten voor de patiënten aan een toegankelijke prijs ter beschikking te stellen.

Regina De Paepe en Chris Monten  
Evelyn Macken en Claire Huyghebaert