

Betaalbare gezondheidszorg voor iedereen.

*→ Dat
onderstrepen
we!*

12 werken voor een betere sociale zekerheid

We mogen trots zijn op onze Belgische sociale zekerheid als een systeem van structurele solidariteit. De hoge kwaliteit van onze gezondheidszorg en tevredenheid over de eigen gezondheid onder onze burgers vallen niet te negeren^[1].

Zelfgenoegzaamheid is echter uit den boze, investeringen in de sociale zekerheid blijven nodig. Op enkele vlakken is er ruimte voor verbetering. Rechtse krachten en andere tegenstanders van het huidige gezondheidssysteem aan de ene kant en aan de andere kant externe evoluties, zoals schaarste van de medische beroepsgroepen en monetaire politiek van Europa, zetten het model onder druk.

Solidaris heeft een selectie gemaakt uit de vele uitdagingen en mogelijke verbeterpunten voor de sociale zekerheid. We schuiven 12 werken naar voren als agenda voor de volgende legislaturen op het Europese, federale en Vlaamse niveau.

Dit betekent niet dat andere werven of verbeterpunten aan onze aandacht ontsnappen.

EUROPEES

- 1 Blijf investeren in onderzoek en vraag **rechtvaardige prijzen** voor geneesmiddelen [PAGINA 6]
- 2 Bescherm patiënten met een sterk **wettelijk kader** tegen misbruik bij artificiële intelligentie en genetisch onderzoek [PAGINA 8]
- 3 Laat **milieu en klimaat** hand in hand gaan met sociale rechtvaardigheid [PAGINA 11]

FEDERAAL

- 4 Maak budget vrij voor **investering én innovatie** [PAGINA 14]
- 5 Plaats de **patiënt** centraal [PAGINA 16]
- 6 Los de wachttijden op en zorg voor **voldoende zorgverleners** [PAGINA 18]
- 7 Maak **supplementen overbodig** en werk met vaste tarieven [PAGINA 21]
- 8 Geef de zwaksten de **sterkste bescherming** [PAGINA 25]
- 9 Werk verschillen tussen **alleenstaanden en samenwonenden** weg [PAGINA 27]

VLAAMS

- 10 Investeer op alle niveaus in **mentale gezondheid** [PAGINA 28]
- 11 Garandeer budgetten voor alle personen met een **handicap** [PAGINA 31]
- 12 Geef ouderen échte **keuzevrijheid** [PAGINA 33]

Om aan deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden, hanteren we 2 uitgangspunten. Die moeten ertoe leiden dat mensen zo lang mogelijk gezond blijven en dat zieke mensen tijdens hun genezings- of ziekteproces ondersteund en behandeld worden.

- 1 De **gezondheidsongelijkheid aanpakken** door te kiezen voor **gezondheidsbeleid in alle beleidsdomeinen**.

Investeren in betaalbare en kwaliteitsvolle huisvesting, het afdwingen van een doordachte ruimtelijke ordening, kwalitatief en hoogstaand onderwijs aanbieden voor iedereen, toegankelijk en beschikbaar openbaar vervoer organiseren, het bevorderen van werkbaar werk... Al die zaken maken het mogelijk de bestaande ongelijkheden zo vroeg mogelijk aan te pakken, maar ook om de kansen op gezondheid voor iedereen meer gelijk te trekken.

- 2 Voor wie ziek of (tijdelijk) arbeidsongeschikt wordt, hebben we nood aan een **betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg**, maar ook aan **menswaardige ziekte- en invaliditeitsuitkeringen**.

We moeten het model dat dit perspectief biedt met het oog op verbetering aanpassen, maar zeker ook blijven ondersteunen: **solidariteit en efficiëntie lopen daarbij hand in hand**.

Solidaris pleit voor een **sterke, solidaire sociale zekerheid die op voldoende zekere en duurzame wijze gefinancierd** wordt. Het beheer, de organisatie en de beschermingsmaatregelen bevinden zich op het federale niveau, waar de solidariteit georganiseerd wordt.

Voor de bevoegdheden die geregionaliseerd zijn, vragen wij dat de deelstaten hun (financiële) verantwoordelijkheid opnemen. Dat is vandaag niet altijd het geval. Een financiering van het niet-dringende ziekenvervoer voor kwetsbare patiënten, zoals nierdialysepatiënten en kankerpatiënten, is in Vlaanderen bijvoorbeeld onbestaande; ook al is het een Vlaamse bevoegdheid.

Bovendien dienen de regio's er ook voor te zorgen dat de wettelijk toegewezen rechten gegarandeerd worden. Ook hier is er werk aan de winkel. Personen met een handicap moeten ondanks het feit ze in aanmerking komen voor noodzakelijke ondersteuning, lang wachten op een tussenkomst. Een gesloten financiering geeft valse hoop, een open end financiering geeft rechtszekerheid

De absolute noodzaak van meer preventie

Solidaris volgt het steeds luider klinkende pleidooi voor een verhoging van de investeringen **in preventie**. Dit is voor ons een fundamenteel onderdeel van een **gezondheidsbeleid in alle domeinen**. De investeringen in preventie moeten omhoog.

In België ligt de vermijdbare sterfte op jongere leeftijd, soms ook het aantal **verloren levensjaren** genoemd, véél hoger dan in andere West-Europese landen. Per 100 000 inwoners gaan meer dan 4000 levensjaren verloren. Dat zijn er 20 % meer dan in Nederland en 40 % meer dan in Luxemburg. De vermijdbare kostprijs voor samenleving, economie en families is gigantisch.

De Wereldgezondheidsorganisatie raadt aan om 5 % van het gezondheidsbudget te reserveren voor initiatieven van preventie. Dat streefcijfer ligt erg ver van de Belgische realiteit: de uitgaven voor preventie bedragen slechts 1,6 % van alle uitgaven voor gezondheidszorg^{[2][3][4]}. Daarmee scoren we een pak lager dan het EU-gemiddelde van 2,9 %.

Investeringen kunnen de kwaliteit van onze preventieve geneeskunde sterk doen toenemen. Zo is ons vaccinatiebeleid niet slecht, maar kan het met de juiste investeringen een pak verbeterd worden. Iedere geïnvesteerde euro in vaccinatie brengt twee keer meer op dan de kosten voor behandelingen achteraf. Vaccineren is geen kostenpost. Niet alleen de niet uitgegeven euro's aan vermeden ziektes maar ook de geboekte gezondheidswinst zorgt ervoor dat vaccineren een netto-opbrengst wordt.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering geeft in 2024 ruim 42 miljard euro uit. Met een klein deel daarvan kunnen we alle Belgen vaccineren met alle beschikbare vaccins!

Een voorbeeld? HPV leidt per jaar in ons land tot meer dan 1000 kankers; zowel baarmoederhalskanker, orale kanker als anale kanker. De screening, diagnose en behandeling kosten ons meer dan 100 miljoen euro per jaar.

Voor 2 miljoen euro kunnen we de komende 6 jaar jongeren tot 26 jaar die in het recente verleden uit de boot vielen van de HPV-vaccinatieprogramma's alsnog vaccineren. De opbrengst van die inspanning, ligt veel hoger dan de initiële investering.

De 12 werken van Solidaris



[2] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics
 [3] https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2019-11/joint-report_be_en.pdf
 [4] https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2019-11/joint-report_be_en.pdf

Europa

Op het Europese niveau moeten de uitdagingen worden aangepakt waaraan de lidstaten individueel, slechts beperkt het hoofd kunnen bieden. **Solidaris schuift 3 werken voor het Europese niveau naar voren.**

WERK 1

Blijf investeren in onderzoek en vraag rechtvaardige prijzen voor geneesmiddelen

De farmaceutische sector werkt hoofdzakelijk volgens een commerciële logica. Voor de Europese burgers brengt dit twee grote problemen met zich mee.

Ten eerste richten commerciële spelers hun onderzoek en ontwikkeling hoofdzakelijk op diagnostische tools en medicatie waarvoor hetzij de afzetmarkt voldoende groot is, dan wel een hoge prijs de kleinere afzetmarkt compenseert. Daarbij hangt de potentiële winstmarge nauw samen met de prijzen die een land kan (en wil) betalen.

Dat heeft een grote impact op personen die lijden aan zeldzame ziekten^[5]. Dat zijn ziektes die minder dan 1 op de 2000 personen treffen. Zij vallen door de commerciële logica uit de boot of riskeren een prijs te moeten betalen die niet in verhouding staat tot de therapeutische meerwaarde of ontwikkelingskosten.

Voor minder dan 6 % van de meer dan 6000 bekende zeldzame ziekten bestaat een doeltreffend geneesmiddel. De diagnose verloopt ook vaak moeilijk: gemiddeld moet wie een zeldzame ziekte heeft 4,9 jaar wachten op een correcte diagnose.

*Voor amper 6 % van de ruim
6000 bekende zeldzame ziekten bestaat
een doeltreffend geneesmiddel*

Ten tweede hangt tegenwoordig de prijszetting in een hoofdzakelijk commerciële logica niet zuiver af van de productiekosten en therapeutische meerwaarde van een geneesmiddel. De zogenaamde willingness to pay of betalingsbereidheid van het doelpubliek weegt steeds meer door. Een goedkoop te produceren geneesmiddel waarvan de onderzoeks- en innovatiekosten al lang zijn terugverdiend kan op die manier nog altijd bijzonder duur aan de man gebracht worden.



*kost een behandeling met Zolgenma.
Dat middel tegen de zeldzame spierziekte spinale musculaire
atrofie (SMA) raakte in 2019 bekend door een massale
geldinzamelactie voor baby Pia.*

Oplossingen.

Solidaris vraagt van de Europese Unie dat zij **inzet op onderzoek en ontwikkeling naar en van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten. Een blijvende investering in het European Partnership on Rare Diseases** en een duidelijke strategie, vormen daarvoor best de basis. Niet alleen via een gezamenlijke aanbesteding voor de aankoop van geneesmiddelen zodra die beschikbaar zijn, maar ook voor de ontwikkeling ervan.

Deze investeringen maken het mogelijk om te voorzien in:

- ① betaalbare (vroeg)detectie van zeldzame ziekten
- ② de snellere ontwikkeling van geneesmiddelen
- ③ het betaalbaar houden van deze geneesmiddelen

Het wordt ook het hoog tijd dat men op het Europese niveau gebruik maakt van het **Fair Price Model dat de International Association of Mutual Benefit Societies (AIM)** ontwikkelde voor het bepalen van een rechtvaardige prijs voor geneesmiddelen. Over- en superwinsten renderen voor de commerciële aandeelhouders, laat ze ook renderen voor de zieken.

**1 MILJARD
EURO
BESPAREN**

besparen op wat we in de ziekteverzekering uitgeven aan geneesmiddelen? Dat is perfect mogelijk met ons prijsmodel voor rechtvaardiger geneesmiddelenprijzen.

WERK 2

Bescherm patiënten met een sterk wettelijk kader tegen misbruik bij artificiële intelligentie en genetisch onderzoek

Solidaris is een koele minnaar van de nieuwe, hoogtechnologische mogelijkheden van moleculaire geneeskunde en artificiële intelligentie in de gezondheidszorg.

We bejubelen aan de ene kant het potentieel om de levenskwaliteit van de Europeanen drastisch te verhogen. Aan de andere kant roepen wij op tot de ontwikkeling van een **Europees beschermingskader** dat voor nieuwe ethische vraagstukken een antwoord biedt. Denk bijvoorbeeld aan privacybescherming, geïnformeerde toestemming, aansprakelijkheidsvraagstukken, keuzevrijheid, financiële toegankelijkheid...

We zijn enthousiast over de mogelijkheid om via artificiële intelligentie de kostenefficiëntie van publieke gezondheidsvoorziening te verhogen, maar zijn beducht voor **mogelijke scheefftrekkingen als gevolg van ontwerpfouten in zulke AI-systemen**, een te weinig kritische aanname van de resultaten of onduidelijkheden over wélke data met elkaar in verband worden gebracht of de kwaliteit van de met elkaar in verband gebrachte datasets.

Genetische of moleculaire geneeskunde brengt hoop en opent mogelijkheden voor talrijke behandelingen die vroeger ondenkbaar waren. Het inzetten van het menselijk genoom mag aan de andere kant niet commercieel gebruikt of misbruikt worden om toegang te verkrijgen of te verlenen tot verzekeringsproducten, een job, een woning... **Het recht om niet te weten moet een basisrecht blijven.**

Solidaris vraagt op het Europese niveau **een duidelijk wettelijk kader** voor de toepassing van moleculaire geneeskunde en artificiële intelligentie. Wij vragen dat Europa zich buigt over **aansprakelijkheidsvraagstukken** bij deze toepassingen.



De kansen van A.I. en moleculaire geneeskunde

Het enthousiasme op het Europese beleidsniveau is heel groot wanneer het over de toepassing van artificiële intelligentie (AI) op data gaat. De evolutie van top-down naar bottom-up systemen is daarin een belangrijke factor. Waar we in de bekendste computersystemen enkele regels zouden invoeren die door het systeem zeer snel en accuraat kunnen worden toegepast, werkt AI vandaag veelal via bottom-up of machine learning. Dat betekent dat het systeem zelf patronen zal leren herkennen in de data waarmee je het voedt.

De hoge kwaliteit van hun data-infrastructuur en gegevensbescherming maakt van de EU-lidstaten een gedroomde proeftuin voor de digitale industrie^[6]. Ook voor de Europese burger zijn er mogelijkheden: betere gezondheidszorg, veiligere wagens en andere transportmogelijkheden, betere en meer duurzame gebruiksproducten...

De toepassing van artificiële intelligentie kan de administratiekosten van publieke dienstverlening reduceren. En de Commissie ziet in de toepassing van AI ook mogelijkheden om haar andere programma's, zoals de EU Green Deal, efficiënter uit te rollen en te monitoren.

Ook in de geneeskunde ligt een enorm potentieel voor het gebruik van artificiële intelligentie. Zo bestaan er vandaag toepassingen die nog beter dan ervaren dermatologen in staat zouden zijn om kwaadaardige gezwellen op de huid te herkennen^[7]!

Tegelijkertijd moeten we ons bewust zijn van specifieke **uitdagingen verbonden aan de opkomst van artificiële intelligentie**. Zo kan een AI-systeem gebaseerd zijn op data van slechte kwaliteit, is het niet altijd duidelijk welke data wel/niet (mogen) worden meegenomen in het systeem of kan het systeem de vertekende visie van de ontwikkelaar reproduceren. Soms kunnen deze problemen verholpen worden door voldoende kritisch menselijk toezicht op de ingevoerde data, werking van het systeem, en de producten van AI.

In medische toepassingen van AI spelen zulke vraagstukken een belangrijke rol. Zo weten we bijvoorbeeld dat het dragen van BRCA1/2 genmutaties een verhoogd risico op kanker met zich meebrengt. Er zijn vandaag manieren om deze mutaties te detecteren en individuen (of hele families) inzicht te geven in wat je hun genetisch risico zou kunnen noemen^[8]. Of je dergelijke screening zou moeten overwegen en wat je met de eventuele resultaten moet doen, zijn belangrijke vraagstukken die je vandaag onder begeleiding van een gespecialiseerd arts en/of medisch team behandelt. In geen geval kan de efficiëntielogica van AI-systemen naar zulke vraagstukken worden doorgetrokken.

[6] Artificial intelligence: threats and opportunities | News | European Parliament (europa.eu)

[7] New AI software achieves 100% detection rate for melanoma (news-medical.net) ; Artificial Intelligence & Melanoma Detection: Closing the Gaps - Melanoma Research Alliance (curemelanoma.org)

[8] BRCA1 en BRCA2 genetische test | UZ Leuven

Het is niet wenselijk dat de keuze om een test voor genetische dispositie te ondergaan, afhangt van een AI-systeem dat je familiale medische geschiedenis gebruikt, en al zeker niet zonder dat je daar zelf van op de hoogte zou zijn.

Het is ook niet de bedoeling dat een AI-systeem jou advies geeft over je verdere levenskeuzes (of je bijvoorbeeld zou kiezen voor preventieve ingrepen en of je een kinderwens in vervulling wil zien gaan) indien zou blijken dat je drager bent van zo'n mutatie^[9]. Artificiële Intelligentie houdt niet altijd voldoende rekening met de complexe afwegingen die mensen maken wanneer het op ethische kwesties aankomt^[10]. Ook hier is het belangrijk dat een medisch specialist betrokken wordt bij communicatie over dit type van risico's^[11].

Het Europese parlement heeft in juni 2023 een Artificiële Intelligentie Akte (AIA; Artificial Intelligence Act) geïntroduceerd^[12]. De AIA poogt de toepassing van AI-systemen in de Europese unie zo veilig, transparant, traceerbaar, non-discriminatoire en ecologisch mogelijk te doen verlopen. Zo bepaalt dit regelgevend kader ook dat je als mens altijd moet weten dat je interageert met een AI- systeem.

Door de producent van producten of diensten die op basis van artificiële intelligentie tot stand komen en die op commerciële wijze worden ingezet of aangeboden, verantwoordelijk te stellen voor het gebruik ervan, wordt het kwaliteitskarakter van deze producten en diensten dwingend.

[9] Surbone, A. (2011). Social and ethical implications of BRCA testing. *Annals of Oncology*, 22, i60-i66.

[10] Rowley, E. (2007). On doing 'being ordinary': women's accounts of BRCA testing and maternal responsibility. *New Genetics and Society*, 26(3), 241-250.

[11] Young, A. L., Butow, P. N., Tucker, K. M., Wakefield, C. E., Healey, E., & Williams, R. (2020). When to break the news and whose responsibility is it? A cross-sectional qualitative study of health professionals' views regarding disclosure of BRCA genetic cancer risk. *BMJ open*, 10(2), e033127.

[12] EU AI Act: first regulation on artificial intelligence | News | European Parliament (europa.eu); Artificial intelligence act (europa.eu)

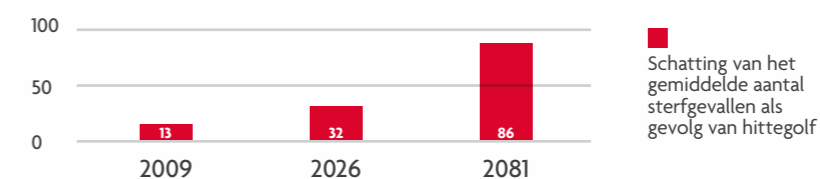
WERK 3

Laat milieu en klimaat hand in hand gaan met sociale rechtvaardigheid

Pandemieën, de klimaatverandering en natuurrampen, onvoldoende gewaarborgde of precare toegang tot gezonde voeding en de ecologische transitie zetten de gezondheid van de (wereld)bevolking onder toenemende druk. De meest kwetsbaren worden vaak het hardst getroffen door deze structurele schokken. Ze zijn dikwijls en soms letterlijk het kind van de rekening.

Klimaatkwesties, geopolitieke evoluties en sociaaleconomische ongelijkheden kunnen niet los van elkaar aangepakt worden. Zij staan ook niet los van elkaar, maar vormen een wederzijds versterkend verband.

In Antwerpen maken stijgende temperaturen extra slachtoffers

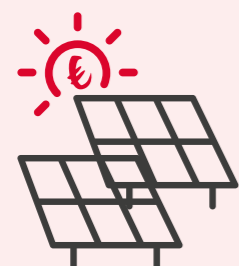


Bron: Heat and mortality in the city of Antwerp (Sanchez et al., 2018)

Zolang we er niet in slagen om op grote schaal meer duurzame energiebronnen te ontwikkelen, blijven we in grote mate afhankelijk van fossiele brandstoffen en kernenergie. Als de prijzen van energie stijgen, zoals in 2023 onder invloed van het militaire conflict in Oekraïne gebeurde, dan zijn het de sociaaleconomisch zwakkere inwoners die het snelst en noodgedwongen besparen op hun verwarming. Deze mensen kunnen zo worden blootgesteld aan suboptimale en soms schadelijke levensomstandigheden. Dat heeft zowel impact op het eigen immuunsysteem als op de ontwikkeling van vocht- en schimmelproblemen bij lage temperaturen^[13].

Een duurzame, sociaal rechtvaardige ecologische transitie is noodzakelijk voor de publieke gezondheid.

[13] 'Leven in een koude woning heeft impact op onze gezondheid' (knack.be)



Een studie van de KULeuven bracht al in 2016 in kaart hoe subsidies voor zonnepanelen voornamelijk aansloeg bij de **hogere inkomens**. Plaatsen waar het gemiddelde inkomen 10% hoger lag, werden 16 % meer zonnepanelen geïnstalleerd. Klimaatbeleid is altijd ook sociaal beleid. De verplichting om onze woningen energiezuiniger te maken de komende jaren, zet verhoudingsgewijs wie het niet breed heeft harder onder druk.

Tegelijk dient er zich een **ecologische transitie aan in onze eigen gezondheidszorg**. We moeten daar zoveel mogelijk investeren in duurzame architectuur, groene energiebronnen en in de toegankelijkheid. Dat laatste kan bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat ziekenhuizen vlot bereikbaar zijn met het openbaar vervoer).

Solidaris pleit voor een geïntegreerde en systematische aanpak van de ecologische crisis, met aandacht voor de **relatie tussen ecologie en de publieke gezondheidszorg**.

Europa moet erop inzetten om de klimaatcrisis zoveel mogelijk in te dammen en te bestrijden zoveel mogelijk duurzame levenskeuzes bij de Europese burger te faciliteren; en de lidstaten steunen in de strijd tegen internationale, commerciële actoren die de milieunormen met de voeten treden.

Om te vermijden dat we in de toekomst steeds vaker met klimaatrampen zoals de overstromingen in de zomer van 2021 geconfronteerd zullen worden, moet er binnen de Europese unie blijvend worden ingezet op het **terugdringen van klimaatverontreiniging en het stimuleren van een ecologische transitie via de European Green Deal**^[14].

Een onderdeel daarvan is het stimuleren van klimaatneutrale levenskeuzes bij de Europese bevolking. Dat kan door te investeren in een **sterk openbaar vervoernetwerk voor Europese nationale en internationale verplaatsingen**.

Wat ondersteuning van de lidstaten betreft denken wij bijvoorbeeld aan **het op Europees niveau berechten van bedrijven die zich aan bewuste milieuverontreiniging bezondigen op het Europese grondgebied**. Het PFAS-dossier in de omgeving van de Antwerpse haven toonde onlangs aan dat onze gezondheid aangetast kan worden door externe milieufactoren en dat mensen beschermd moeten worden tegen schadelijke blootstellingen. Individuele lidstaten kunnen bedrijven zoals 3M in België^[15] of Chemours in Nederland^[16] wel ter verantwoording roepen, maar botsen daarbij op een schaalverschil. Deze bedrijven werken op een globale schaal^[17], **nationale wetgeving stopt aan de landsgrenzen. Vervuiling, jammer genoeg, stopt daar niet**.

3M

2000 euro moet chemiebedrijf 3M betalen aan een gezin uit Zwijndrecht. Die schadevergoeding legde een Antwerpse rechtbank op na een klacht van het bewuste gezin. In het bloed van de ouders en hun 2 kinderen werden abnormaal hoge hoeveelheden PFAS aangetroffen. Het lijkt niet veel, maar het is noodzakelijk dat vervuilende industrie ook moet betalen voor de gezondheidsschade die ze veroorzaakt.

Solidaris vraagt dat het Europees Hof op vraag van de lidstaten afdwingbare uitspraken kan doen over de vergoeding van kosten door de schade van milieuverontreiniging en de **potentiële gezondheidskosten verbonden aan de verontreiniging**, en de te zetten stappen over het ongedaan maken – of zoveel mogelijk herstellen – van de schade.

[15] 3M moet gezin uit Zwijndrecht schadevergoeding betalen voor PFAS-vervuiling: "Belangrijk precedent" | VRT NWS: nieuws

[16] Chemours moet PFAS opruimen. Zwaar vervuilde tuinen gaan waarschijnlijk op de schop - Nederlands Dagblad. De kwaliteitskrant van christelijk Nederland; Rechter: Chemours en DuPont aansprakelijk voor PFAS-schade vorige eeuw | Binnenland | Telegraaf.nl

[17] 3M treft miljardenschikking voor PFAS-zaken in de Verenigde Staten | VRT NWS: nieuws

Federaal

WERK 4

Maak budget vrij voor investering én innovatie

De uittredende federale regering stapte af van de idee dat de sociale zekerheid een uitgavenpost is waarop bespaard moet worden. Daarom trok ze de zogenaamde groeinorm op van 1,5 naar 2,5 %. Die groeinorm is de procentuele groeimarge van het gezondheidszorgbudget om nieuwe initiatieven te organiseren bovenop de indexering.

Die hogere groeinorm was meer dan noodzakelijk om de besparingen van de regering-Michel te compenseren. Het werk is echter allesbehalve af en de gezondheidszorg heeft ook vandaag nood aan voldoende middelen om het systeem betaalbaar te houden en de innovatieve zorgtrends te kunnen implementeren.

Het huidige budget volstaat niet om de huidige beschermingsmaatregelen en terugbetalingskaders te waarborgen. De wereld verandert voortdurend en onze sociale zekerheid moet rekening kunnen houden met innovatieve technologie en externe schokken. Er moet voldoende marge zijn om te kunnen bijsturen en uit te breiden waar nodig en mogelijk.

In 2021 publiceerde het Federale Kenniscentrum (KCE) een rapport over de financiële duurzaamheid van de Belgische gezondheidszorg^[18].

In België groeien, net als in de meeste OESO-landen, de uitgaven voor gezondheidszorg sneller dan het bruto binnenlands product (bbp). De belangrijkste redenen daarvoor zijn de hoge kostprijs van **nieuwe medisch-technologische toepassingen, hogere kwaliteitseisen door de bevolking, en de toegenomen zorgvereisten die gepaard gaan met de vergrijzing.**

Concreet beliepen de publieke gezondheidsuitgaven in 2019 37,2 miljard euro of 7,9 % van het bbp. Dat aandeel zal vermoedelijk oplopen tot 10 % tegen 2040. Opgesplitst naar zorgtype verwacht men een stijging van 6,4% naar 7,8% van het bbp voor acute zorgen en van 1,4% naar 2,3% van het bbp voor langdurige zorg.

Het toepassen van een voldoende grote budgettaire marge is niet zomaar een wensdroom van de actoren in de ziekteverzekering en in de gezondheidszorg. Het is een reële nood! **Solidaris vraagt de volgende federale regering dan ook om de jaarlijkse groeinorm van het gezondheidszorgbudget naar 3% te brengen.**

[18] Evaluatie van de duurzaamheid van het Belgische (fgov.be)

Innovatie en uitbreiding van het terugbetalingspakket?

Onze Belgische sociale zekerheid dekt heel wat van de kosten verbonden aan medische ingrepen. Maar het kan gebeuren dat bepaalde ingrepen, medicatie of hulpmiddelen (nog) niet in het terugbetalingspakket^[19] opgenomen zijn. Dat kan concreet gaan om nieuwe technologie die nog niet vergoed wordt. Denk aan 3D-modellering voor chirurgie, nieuwe chirurgische technieken, robot-geassisteerde ingrepen...

De kosten voor de patiënt variëren dan van een paar euro tot vele duizenden euro's.

Voor dit type kosten voor patiënten bestaan geen beschermingsmechanismen, en ze worden ook niet gedekt door de aanvullende verzekering. Ook private verzekeraars betalen deze bedragen niet terug omdat er geen ZIV-tussenkomst is.

Innovatie is uiteraard van alle tijden en er zullen altijd nieuwe medische therapieën en technologieën gecreëerd worden die niet binnen het huidige terugbetalingspakket vallen. Als we deze nieuwe technieken willen laten toepassen en dus een up-to-date medische praktijk in ons land willen, dan volstaat het niet om te investeren in een status quo.

Innoveren vereist investeren.

Een voorbeeld van dit type niet-vergoedbare verstrekking is de REZUM-stoomtherapie voor mannen geconfronteerd met toenemende urinaire klachten als gevolg van een goedaardige vergroting van de prostaat. Op termijn kan dit leiden tot een overdruk en schade ter hoogte van de blaas en nieren.

Met de REZUM-stoomtherapie^[20], ontwikkeld door het Amerikaanse bedrijf Boston Scientific, wordt de prostaataangroei verschrompeld via een stoom-toedieningsinstrument dat samen met een endoscopische lens in het urinekanaal wordt ingebracht. Vervolgens dient men gericht stoomenergie toe in het goedaardig gezwel. Terwijl de behandeling voor goedaardige vergroting van de prostaat wel wordt gedekt door de ziekteverzekering kost het eenmalig te gebruiken stoom-toedieningsinstrument – het zogeheten stoompistool – 1500 euro. Dit bedrag wordt rechtstreeks aan de patiënt aangerekend.

[19] Belgen betalen vandaag nog steeds ongeveer 20% van de zorgkosten uit eigen bijdragen. Deze 20% omvat de bekende remgelden, supplementen en de (nog) niet vergoed(bar)e verstrekkingen, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

[20] REZUM Stoom Therapie | ASZ

WERK 5

Plaats de patiënt centraal

Solidaris pleit voor een gezondheidszorg die de patiënt centraal stelt. Het streefdoel is om de zorg te bieden op het niveau waar ze het meeste nodig is: basiszorg zo dicht mogelijk bij de patiënt en gespecialiseerde zorg geconcentreerd in specifieke centra, lager in aantal maar goed gespreid over het Belgische grondgebied.

De uittreedende regering heeft een aantal belangrijke initiatieven opgestart om de zorg dicht bij de patiënt te brengen. Bijvoorbeeld door te voorzien in het outreachend werk van Community Health Workers en de ontwikkeling van de New Deal, als financiering voor de huisartspraktijk, maar het werk is lang niet af.

Solidaris vraagt van de volgende federale regering een doorgedreven inzet om de evolutie richting geïntegreerde zorg in concrete acties te vertalen.

Op 8 november 2023 raakten de betrokken ministers op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het eens over het **Interfederaal Plan Geïntegreerde zorg**. Dat plan beschrijft concrete, structurele samenwerkingsafspraken om te komen tot een meer geïntegreerde zorg. Solidaris vraagt om de gemaakte afspraken zo snel mogelijk in concrete acties om te zetten. De inzet op het uitdenken en ontwikkelen van sectoroverschrijdende zorgtrajecten moet geïntensifieerd worden (i.e., de transversale initiatieven).

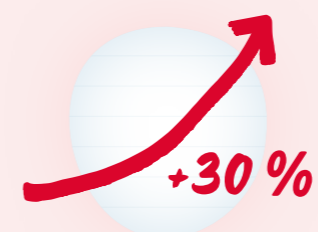
Een hart voor geïntegreerde zorg

Het belang van geïntegreerde zorg? Wie in Dendermonde een beroerte kreeg, weet wat dat betekent. Zo'n patiënt heeft heel wat zorg nodig. Terwijl die in het AZ Sint-Blasius vroeger verspreid zat over diverse departementen, werken die nu samen in een multidisciplinaire stroke unit. De patiënten worden er alleen maar beter van.



Er moet zo snel mogelijk vanuit de pilootprojecten zorgpad perinatale zorg, zorg voor kwetsbare personen en obesitas bij kinderen en jongeren duidelijkheid komen over het governance model, het organisatie model, het financieringsmodel, de organisatiestructuren, het gewenste niveau van dienstverlening en de bescherming van de patiënten. Het is voor Solidaris essentieel om de stem van de patiënt te horen binnen geïntegreerde en meer gedecentraliseerde zorg.

Wat het hervormingsplan van de organisatie en financiering van het Belgische ziekenhuislandschap betreft staan we achter het principe van **nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig**.



30 % meer kans dat je je borstkankerbehandeling niet overleeft in een ziekenhuis dat niet erkend is als borstkliniek. We moeten strenger toezien op de criteria, maar er ook over waken dat er altijd een erkend ziekenhuis in de buurt is..

Dit hervormingspakket dient te worden verdergezet. Maar we mogen niet uit het oog verliezen dat deze hervorming de ervaring van de Belgische patiënt dient te verbeteren. Cliëntgerichtheid in de Belgische ziekenhuizen moet een richtinggevend principe zijn en blijven.

Een buffer tegen gezondheidsongelijkheid

Een Community Health Worker (CHW) kreeg de vraag om de tandproblemen van de elfjarige zoon van een Griekse vrouw aan te pakken. De vrouw had net haar verblijfsvergunning gekregen, was weg bij haar man en had geen huisarts en tandarts. Deze vrouw en zoon waren met hun verzekeraar bij het ziekenfonds in orde. De communicatie was moeilijk want de vrouw sprak naast Grieks geen andere taal. De CHW maakte een afspraak met de specialist en begeleidde deze vrouw 2 keer. Nadien kon deze vrouw dit alleen aan. Er volgden nog 9 bezoeken aan de tandarts waarvan de vrouw er 7 alleen met succes heeft kunnen afwerken. De zoon bloeide helemaal open nadat zijn tanden werden aangepakt, durfde opnieuw lachen en vond zijn zelfrespect en zelfvertrouwen terug.

WERK 6

Los de wachttijden op en zorg voor voldoende zorgverleners

Als we de patiënt centraal stellen kunnen we niet om de vaststelling dat niet iedereen met een zorgvraag overal, altijd of snel genoeg een geconventioneerde zorgverlener vindt.



Steeds vaker duiken signalen op over personeelstekorten in de zorg- en welzijnssector. Lokaal kunnen deze tekorten nog uitgesprokener zijn. Zo stijgt de laatste jaren het aantal steden en gemeenten dat als huisartsarm^[21] (i.e. minder dan 9 huisartsen per 10.000 inwoners) geklasseerd wordt.

Het is niet vanzelfsprekend om deze beweging zomaar om te draaien. Immers, huisartsarme gemeenten zijn voor startende artsen minder aantrekkelijk omdat zij zich moeten verwachten aan een extra zware caseload. Zo dreigt er een vicieuze cirkel te ontstaan die niet zo makkelijk te doorbreken is.

Momenteel is **schaarste het centrale probleem in de gezondheidszorg**. Ze veroorzaakt een spiraal van prijsverhogingen en tariefonzekerheid, kwaliteitsverlies en onbeschikbaarheid van zorg. De vraag is groter dan het aanbod, prijzen en honoraria stijgen, deconventionering neemt toe, dan volgt een verschuiving van patiënten naar geconventioneerden, wat opnieuw schaarste voor deze groep veroorzaakt en de tarieven weer opdrijft.

[21] Aantal "huisartsarme" gemeentes stabiliseert voor het eerst - Zorg en Gezondheid (zorg-en-gezondheid.be); Drie op de vier gemeenten zijn "arm aan huisartsen", maar hoe problematisch is dat? En zijn er oplossingen? | VRT NWS: nieuws

Het perverse effect van gedeeltelijke conventionering

Wie een controle voor huidkanker wil boeken bij een dermatoloog doet dat best lang op voorhand. De wachttijd loopt al snel van enkele maanden tot bijna een jaar op. Voor een behandeling tegen rimpels met botox-inspuitingen kan een afspraak vaak veel sneller. Misschien een extreem voorbeeld, maar dat er ruis zit op de verhouding tussen vraag en aanbod in de zorg valt niet meer te ontkennen.

Solidaris vraagt dat de volgende **federale regering** inzet op **3 fronten om de geografische toegankelijkheid van onze gezondheidszorg te stimuleren**.

- ① **Maak werk in de zorg en welzijnssector aantrekkelijker** door in te zetten op duurzamere arbeidscontracten, door de administratieve belasting te verminderen, doordachte zorgsubstitutie door te voeren en in te zetten op kwaliteitsvolle opleidingen voor nieuwe zorgberoepen zoals bijvoorbeeld mondhygiënist, zorgkundigen en praktijkverpleegkundigen. Hetzelfde geldt voor coördinerende functies zoals casemanagement.
- ② Een grotere **instroom van huisartsen en tandartsen**. Dat is nodig om aan de hoge en allicht snel stijgende zorgvraag tegemoet te kunnen komen. Werken in (tand)artsarme steden en gemeenten dient te worden gestimuleerd met incentives of desnoods via vestigingsregels.
- ③ Het **verhogen van het aandeel geconventioneerde zorgverleners**. Geconventioneerde zorgverleners, houden zich aan de afgesproken tarieven. Concreet is het nodig om met een gespreide inspanning zorgverleners te sensibiliseren over de merites van het conventiesysteem. Ook het sociaal statuut verbonden aan conventionering aantrekkelijker maken is een optie, evenals de (financiële) aantrekkelijkheid op te voeren naarmate men geconventioneerd blijft voor een langere periode.

Een doorn in het oog van Solidaris blijft ook het systeem van de partiële conventionering. Zeker in haar huidige vorm laat deze gedeeltelijke conventionering de burger quasi alleen in de poging na te gaan of de zorgverlener de geconventioneerde tarieven zal toepassen. Het systeem werkt ook cherrypicking in de hand en laat al te vaak aan de zorgverlener over of hij al dan niet de conventietarieven zal respecteren tijdens een specifiek consult. Dit systeem heeft voor ons in zijn huidige versie geen plaats in onze sociale zekerheid.

Zorgsubstitutie, taakdelegatie en taakhervdeling

De jongste jaren komt het huisartsentekort met de regelmaat van de klok aan de oppervlakte in het maatschappelijke debat over de organisatie van onze gezondheidszorg^[22].

Als deel van de verklaring verwijzen velen naar de arbeidsomstandigheden van de actieve artsen. Zij worden geconfronteerd met een hoge zorglast en administratieve belasting, terwijl de socioculturele ommezwaai naar een toegenomen aandacht voor de balans tussen werk en privéleven ook binnen de huisartsgeneeskundige sector haar opgang gemaakt heeft.

Wat de zorglast betreft staat het buiten kijf dat de corona-epidemie en de al langer bekende trends van vergrijzing, meer chronische aandoeningen en meer complexe zorgvragen, de gemiddeld beschikbare tijd per consultatie drastisch hebben ingeperkt.

Daar komt bij dat verhoogde administratieve belasting, onder andere door toegenomen digitalisering, en toename aan papierwerk met betrekking tot afwezigheidsbrieven, quarantaineattesten en testvoorschriften de jongste jaren een behoorlijke hap uit de beschikbare tijd van de arts genomen hebben.

Solidaris is daarom een uitgesproken voorstander van het **reduceren van de administratieve belasting** – onder andere door het ziektebriefje voor één dag afwezigheid af te schaffen^[23] - en een doordachte taakdelegatie waar mogelijk.

Wat **taakdelegatie** betreft is Solidaris al lang pleitbezorger voor^[24] de beslissing van minister Frank Vandenbroucke (Vooruit) om aan de Belgische apothekers een meer ondersteunende rol ten opzichte van de huisartsen toe te kennen. Dat gebeurde door hen toe te staan vaccinaties uit te voeren, in eerste instantie voor Covid^[25], en sinds kort ook voor de seizoensgriep^[26].

Voor ons is het allerbelangrijkste dat Belgische rechthebbenden op een zo laagdrempelig en kwaliteitsvol mogelijke manier de nodige vaccins kunnen krijgen. Zo verhogen we de dekkingsgraad onder onze bevolking, reduceren we de belasting van één specifieke groep zorgverleners én verminderen we de zorglast in de eerste lijn. Die dreigt anders bij een lage vaccinatiegraad het slachtoffer te worden van overbelasting. De Belgische rechthebbende heeft geen boodschap aan een turf war of bevoegdheidsstrijd tussen artsen en apothekers.

[22] Tekort aan huisartsen blijft toenemen | VRT NWS: nieuws, Onkelinx wil quota op huisartsen afschaffen | VRT NWS: nieuws, "Geen oplossing voor tekort aan huisartsen" | VRT NWS: nieuws, Helft Vlaamse gemeenten heeft tekort aan huisartsen | VRT NWS: nieuws, Steeds meer Vlaamse gemeenten hebben te weinig huisartsen | VRT NWS: nieuws, Veel Belgische gemeenten kampen met huisartsentekort ondanks hogere instroom | VRT NWS: nieuws
 [23] Afschaffing van ziektebriefje voor één dag leidt niet tot meer ziektedagen bij ambtenaren, integendeel | VRT NWS: nieuws; Wordt afschaffing ziektebriefje voor één dag uitgebreid naar drie dagen? | VRT NWS: nieuws
 [24] Persbericht – Griepvaccin zetten moet eenvoudiger – Socialistische Mutualiteiten (solidaris-vlaanderen.be)
 [25] Paul Callewaert over de eerste lijn en veelzijdigheid van apothekers | Vlaams Apothekers Netwerk
 [26] Solidaris steunt uitbreiding rol apothekers en verpleegkundigen bij griepvaccinatie - Medi-Sfeer

WERK 7

Maak supplementen overbodig en werk met vaste tarieven

Niet alleen een ongelijk verdeelde toegang tot zorgverleners veroorzaakt gezondheidsongelijkheid. We moeten vaststellen dat er vandaag nog steeds mensen zorg uitstellen op basis van financiële overwegingen. Wie het minder breed heeft verkeert bovendien vaker in mindere gezondheid dan mensen met een hoger inkomen. Dat leidt tot een dubbel nadeel: meer zorg nodig, maar minder middelen om die zorg ook te kunnen vragen. Dat moet veranderen.

Gezondheidsongelijkheid is geen mythe

In 2022 heeft 1 % van onze volwassen bevolking zorg uit- of afgesteld om financiële redenen^[27]. Bovendien, zo rapporteert het KCE^[28] in een samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie, zijn het veelal de armste huishoudens die het vaakst met zeer hoge uitgaven geconfronteerd worden. Hoe lager het inkomen, hoe meer kans op een slechte gezondheid.

Zo zien we dat in het laagste inkomenskwintiel (i.e., de laagste 20 %) ongeveer 57 % een goede tot zeer goede gezondheid rapporteert. In het hoogste inkomenskwintiel (i.e., de hoogste 20 %) ligt dat aandeel op 88,7 %. De meer gegoeden onder ons hebben dus een hogere kans tevreden te zijn over hun gezondheid en levensverwachting^[29].

Naast die ook elders vastgestelde inkomensongelijkheid^[30], blijkt ook het opleidingsniveau in belangrijke mate de gezondheid van het individu en gezondheid op populatieniveau beïnvloeden. Hoe hoger het opleidingsniveau^[31] en hoe hoger het inkomen, hoe beter de gezondheid^[32].

Die ongelijkheden zijn al vanaf de kindertijd waar te nemen. Een eigen studie bij Vlaamse leden van Solidaris tussen 0 en 17 jaar^[33] toont onder meer aan dat, "kinderen in armere huishoudens (met verhoogde tegemoetkoming) over het algemeen iets slechter scoren op de verschillende indicatoren dan kinderen in rijkere huishoudens (zonder verhoogde tegemoetkoming) [...] Zo nemen kinderen met verhoogde tegemoetkoming (VT) opvallend meer antidepressiva of antipsychotica dan kinderen zonder VT, brengen ze vaker een bezoek aan de spoeddienst, en worden ze frequenter opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis."

[27] https://indicators.be/nl/i/G01_PHC/Uitstel_of_afstel_van_medische_zorg_om_financi%C3%ABle_redenen#:~:text=In%202022%20heeft%200%2C9,dat%20cijfer%20dalen%20naar%20nul.

[28] Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium (who.int)

[29] OECD Statistics

[30] Detollenaere, J., Desmarest, A. S., Boeckxstaens, P., & Willems, S. (2018). The link between income inequality and health in Europe, adding strength dimensions of primary care to the equation. *Social Science & Medicine*, 201, 103-110.

[31] Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of health & illness*, 30(4), 565-582.

[32] Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems | en | OECD

[33] Microsoft Word - Studierapport sociale ongelijkheden in gezondheid bij jongeren december 2019.docx (solidaris-vlaanderen.be) : p. 3

Solidaris vraagt dat de volgende **federale regering** inzet op **5 fronten om de financiële toegankelijkheid** van onze Belgische gezondheidszorg te stimuleren:

- ① Maak de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling op termijn mogelijk bij alle zorgberoepen. Die regeling neemt duidelijk belangrijke drempels om zorg te vragen weg. Tegelijk moeten we de fraudegevoeligheid durven te benoemen én aanpakken. Solidaris vraagt daarom tegelijk de op- en uitbouw van controlemaatregelen opdat deze mogelijkheid, waarbij de patiënt enkel het remgeld zelf betaalt, correct wordt aangewend en niet wordt misbruikt.
- ② Collectiviseer de hospitalisatieverzekering. Deze facultatieve verzekeringen zijn ongelijk verdeeld, hebben een inflatoir karakter en zijn in termen van administratiekosten minder efficiënt dan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Hospitalisatieverzekering moet overbodig worden

Naast de verplichte ziekteverzekering dekken heel wat Belgen zich vandaag in tegen hoog oplopende kosten door een **hospitalisatieverzekering of een andere facultatieve polis** af te sluiten. De vandaag 9 miljoen in omloop zijnde hospitalisatiepolissen zijn echter niet gelijk verdeeld over de Belgen. Een aantal Belgen is niet verzekerd, een groot aantal is oververzekerd.

Zulke polissen hebben bovendien een **inflatoir karakter** gezien de schroom om hoge supplementen aan te rekenen wordt verholpen door de idee dat de verzekering die toch voor haar rekening neemt. Het gevolg? De supplementen stijgen, de premies stijgen, en de verzekerde betaalt de rekening. Als de kleine lettertjes van de polis stellen tot 100 procent van de wettelijke tarieven te dekken blijft de patiënt on(der)beschermd tegen stijgende supplementen.

In termen van **administratiekosten** zijn private verzekeringen **minder efficiënt dan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering**. De administratiekosten (beheer en commissielonen) bedragen voor de private verzekeraars gemiddeld ruim 22 % van de uitgaven. Dit staat in contrast met de administratiekosten die we kennen in de verplichte ziekteverzekering (4,5 % in totaal; verdeeld over ziekenfondsen (3,97%) en 0,5 % RIZIV).

Op 100 euro gaat in de verplichte ziekteverzekering ruim 95 euro naar zorg. Bij de hospitalisatieverzekering slechts 71 euro. Als medebeheerder van de ziekteverzekering moeten we ons dan ook openlijk afvragen of ze wel voldoende en/of de juiste vormen van gezondheidszorgen omvat.

Solidaris zou de hospitalisatieverzekering liever zien verworden tot een overbodige polis. Er gaat veel geld rond in deze facultatieve verzekering, maar de dekkinggraad is allesbehalve gelijk. Indien we de hospitalisatieverzekeringen

zouden integreren in de wettelijke ziekteverzekering zouden we alle Belgen beter kunnen verzekeren, de ziekenhuizen en zorgverstrekkers op een betere en gelijkmatige manier kunnen vergoeden en een recurrente **efficiëntiewinst van minstens 340 miljoen euro** kunnen overhouden voor nieuwe investeringen in de ziekteverzekering.

Als we bovendien rekening houden met de overgedragen reserves van de verzekeringen van de ziekenfondsen en de vergrijzingsreserves van de privéverzekeraars, ten belope van samen minimaal 2,5 miljard euro, zouden we nogmaals een eenmalige injectie van 1 miljard euro kunnen doen en jaarlijks een 45 miljoen kunnen vrijmaken via beleggingsopbrengsten (1,5 miljard euro aan 3 %).

Wanneer men deze ingrepen gepaard laat gaan met de toepassing van een teruggedraaide taks-shift, waarbij men een deel (0,5% – 1%) van de loonindex eenmalig structureel zou toekennen aan de Sociale Zekerheid, levert dat meer dan voldoende budgetten om onze gezondheidszorg toegankelijk te houden en kwaliteitsvol aan te bieden inclusief innovatieve evoluties.

- ③ **Bouw het gebruik van supplementen af** en maak ze op termijn overbodig voor noodzakelijke en nuttige gezondheidszorg. Voor comfortzorg zouden supplementen nog toegestaan kunnen worden.

Geprivatiseerde geneeskunde kan niet vanuit een solidaire ziekteverzekering gefinancierd worden. Zeker voor personen met een statuut verhoogde tegemoetkoming moeten er dringend garanties komen op een supplementvrije zorgvoorziening.

- ④ Solidaris stelt voor om de maximaal aanrekenbare tarieven **automatisch op het niveau van de geconventioneerde tarieven** te brengen zodra het aandeel geconventioneerde zorgverleners binnen een zorgberoep onder 60 % duikt.

Dat is in feite een brede interpretatie van Art. 50, §1 van de Ziekteverzekeringwet. Dat artikel bepaalt dat de Koning, in de praktijk de bevoegde minister, de **maximaal aanrekenbare honoraria** kan vaststellen in afwezigheid van een rechtsgeldig akkoord tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen. Deze bepaling moet de bevolking beschermen tegen een ongecontroleerde prijszetting door zorgverleners in afwezigheid van een tarievenakkoord of conventie.

Voor Solidaris kan dit beschermingsmechanisme echter ook worden ingezet ten dienste van de bevolking als er te weinig artsen aansluiten bij het tarievenakkoord. Vandaag hangt de toepassing ervan te veel af van de politieke bereidheid van de bevoegde minister en is ze te eng gericht op de context waarin nationale overeenkomsten worden afgesloten.

- 5 Zet in op de verplichting om waar mogelijk (bv. niet bij spoedopnamen) te voorzien in een **voorafgaandelijke kostenraming voor geneeskundige verzorging**. Bouw maatregelen in die de afwijking van deze kostenraming bij facturatie zoveel mogelijk inperken.

De Ziekenhuisbarometer^[34]

Jaarlijks komt het Intermutualistisch Agentschap met een studie over de ziekenhuis-kosten voor de Belgische patiënten. Die recentste Ziekenhuisbarometer dateert van vorige zomer en steunt op cijfermateriaal uit 2021.

In totaal factureerden ziekenhuizen in 2021 voor 1,32 miljard euro gefactureerd aan patiënten. Dat ging om klassieke ziekenhuisverblijven en dagopnames in zowel algemene als universitaire ziekenhuizen.

Iets minder dan een derde van dit bedrag (410 miljoen euro) is het klassieke remgeld. Ruim twee derde (911 miljoen euro) zijn dus bijkomende kosten ten laste van de patiënt. Dat gaat om supplementen of niet-vergoedbare betalingen. Het merendeel (598 miljoen euro) hiervan bestaat uit ereloon-supplementen op artsenhonoraria voor verblijven in eenpersoonskamers.

De voorspelbaarheid van het eigen aandeel voor patiënten bleek ook in 2021 een probleem. Wat men als supplement bij een hospitalisatie in een eenpersoonskamer moet betalen is in de regel onbegrensd en varieert van 100-300% afhankelijk van het ziekenhuis. Het is bovendien onduidelijk op welke honoraria de supplementen worden aangerekend. Zelfs binnen eenzelfde ziekenhuis kunnen de kosten sterk verschillen.

WERK 8

Geef de zwaksten de sterkste bescherming

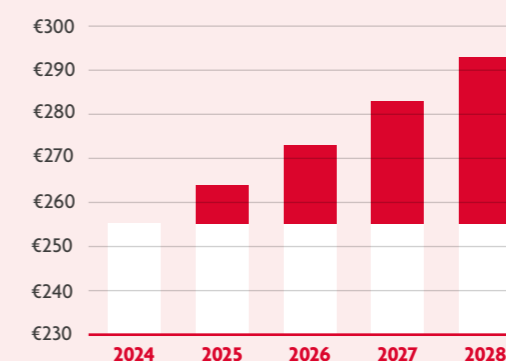
Terwijl er in de eerste plaats gestreefd moet worden naar een zo toegankelijk mogelijke basiszorg voor iedereen, mogen we niet vergeten dat de zwaksten onder ons extra beschermingsmaatregelen nodig hebben.

Voor wie het financieel het moeilijkst heeft, vraagt Solidariz de bestaande beschermingsmaatregelen te versterken.

De maximumfactuur legt afhankelijk van het inkomen het maximumbedrag vast dat een patiënt jaarlijks uit eigen portemonnee moet betalen. Wij vragen, ten eerste, dat de **automatische indexering van de plafonds voor de maximumfactuur permanent wordt geblokkeerd**. De beslissing van minister Frank Vandenbroucke om die plafonds eind 2022 eenmalig te bevriezen viel toe te juichen, maar we zijn voorstander om die maatregel te herhalen.

Het remgeldplafond van de maximumfactuur wordt normaal automatisch geïndexeerd. Als we dat de komende jaren niet doen, sparen de mensen met de laagste inkomens 10 % van hun gezondheidsfactuur uit.

Evolutie jaarlijkse remgeldplafonds (groei bbp 1,5 % en inflatie 2 %)



Het toekennen van het recht op verhoogde tegemoetkoming moet worden geautomatiseerd. Zowat 45 % van de 18- tot 64-jarigen en ongeveer 24 % van de 65-plussers die er op basis van een beperkt inkomen mogelijk recht op hebben, nemen dit recht niet op^[35].

De ziekenhuisopname voor een heupprothese kost een patiënt in een tweepersonskamer 551 euro, maar als hij recht heeft op verhoogde tegemoetkoming daalt zijn eigen bijdrage tot 435 euro.

Solidaris pleit dan ook voor een proactieve rechtentoekenning. Er worden vandaag belangrijke stappen gezet in die richting. Zo keurde het Verzekeringscomité op 13 november 2023 een ontwerp van Koninklijk Besluit goed dat voorziet in een vereenvoudigde procedure voor de toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming voor personen in collectieve schuldenregeling én de ambtshalve toekenning van het recht voor alleenstaande werkloze personen (tenminste 3 maanden), arbeidsongeschikte personen (tenminste 3 maanden) en invaliden.

Zo'n initiatief vergroot voor circa 30.000 gezinnen de toegankelijkheid van de zorg en heeft **op financieel vlak vaak een enorm positief effect terwijl het ons als samenleving bijna niets kost**^[36]!

Door deze mensen proactief een recht toe te kennen (dat zij in andere omstandigheden mogelijk niet zouden aanvragen) behoeden we hen voor zorguitstel en het mogelijk erger worden van medische problemen.

Solidaris vraagt verder te gaan met zulke initiatieven en aan de kwetsbaren onder ons de ondersteuning te geven waar zij recht op hebben zonder dat zij daar zelf naar op zoek moeten gaan.

[36] De impact werd geschat tussen de 1 en de 2 miljoen euro. Dat klinkt veel op het eerste zicht, maar binnen een budget van de gezondheidszorg van zo'n 37 miljard euro is de budgettaire weerslag beperkt te noemen.

WERK 9

Werk de verschillen tussen alleenstaanden en samenwonende weg

We moeten vaststellen dat onze uitkeringsstelsels onvoldoende zijn afgestemd op de manier waarop onze samenleving evolueert en is opgebouwd. De grootte van je uitkering hangt nog steeds van je gezinssituatie af. Daarbij geldt een klassiek, enkelvoudig kostwinnersmodel als de goudstandaard.

Men gaat er nog steeds van uit dat wie op hetzelfde adres woont en een uitkering nodig heeft, mag rekenen op de financiële steun van huisgenoten. De uitkeringen voor mensen met een statuut 'samenwonende' liggen met andere woorden lager dan voor mensen met het statuut van alleenstaande.

Toch kun je niet alle samenwonende personen als één gezin beschouwen waar een lagere uitkering gecompenseerd wordt door de inkomsten van de medebewoners of kostwinner.

Stijgende huurprijzen, een huizenmarkt onder druk, nieuw samengestelde gezinnen, de vraag om inzet op informele zorgverlening voor hulpbehoevende familieleden... dit alles zorgt voor een veranderde invulling van de redenen waarom mensen samenwonen.

De wetgever heeft dit trouwens al erkend. Wie nu samenwoont kan, als zij kunnen aantonen dat er geen andere financiële voordelen zijn naast het delen van je adres, toch als alleenstaande geklasseerd worden.

Solidaris ondersteunt daarom de campagne 'Stop het statuut samenwonende'^[37]. Wij vragen van de volgende regering dat zij de uitkeringsgerechtigdheid en grootte van de uitkeringen op onze hedendaagse samenleving afstemt.

[37] Thuispagina - Cohabitant-e (stop-statut-cohabitant.be)

Interfederaal

WERK 10

Investeer op alle niveaus in mentale gezondheid

Sinds de 6e staatshervorming zijn sommige vraagstukken in de Belgische gezondheidszorg niet zomaar federaal dan wel een deelstaatbevoegdheid. Sommige kunnen enkel worden opgelost via intensieve samenwerking en protocolakkoorden tussen deelstaten en de federale staat. De geestelijke gezondheidszorgvoorziening is daar een duidelijk voorbeeld van.

Jammer genoeg is de Belgische geestelijke gezondheidszorg vandaag onvoldoende performant. Zorgvragen blijven te vaak onbeantwoord. We leggen collectief te veel nadruk op medicatie die problemen indamt, te weinig op behandelingen die problemen kunnen verhelpen.

Dat betekent niet dat er geen positieve evoluties zijn. De uittredende federale regering maakte werk van een mentaliteitsomslag in de manier waarop zorg in de geestelijke gezondheid van burgers wordt georganiseerd. Nooit eerder is zo zwaar geïnvesteerd in geestelijke gezondheidszorg. En dat is ook nodig, want nooit eerder waren de mentale problemen in een samenleving zo groot. Zowel bij volwassenen als bij jongeren.



19 jaar. Dat is de mediaan voor de leeftijd waarop psychische stoornissen beginnen. Ze ontwikkelen zich dus eerder vroeg dan later in ons leven. En dus moeten we de preventie van psychische problemen in eerste instantie richten op kinderen en jongeren.

Bron. Public Health Monitor 2023, Zorgnet-Icuro

Solidaris vraagt dat de federale en deelstaatregeringen nauw samenwerken om de innovatieve projecten in de eerstelijns en gespecialiseerde psychologische gezondheidszorg te evalueren, bij te sturen waar nodig en ze structureel te verankeren in de Belgische ziekteverzekering.

Specifiek vragen wij **maatregelen om de geestelijke gezondheidszorg van onze kinderen en jongeren te ondersteunen**. Een eerste stap is al gezet in de ELP-projecten, waar de remgelden voor deze doelgroepen onder meer op aandringen van de mutualiteiten werden afgeschaft.

Niets belangrijker dan mentale gezondheid jongeren

De conventie eerstelijns psychologische zorgen is een belangrijke eerste stap. Toch zien we dat er extra inspanningen nodig zijn om de mentale gezondheid van specifieke, kwetsbare doelgroepen, zoals kinderen en jongeren, te stimuleren^[38].

In de recentelijk verschenen preventiebarometer van Sciensano^[39] maakten maar liefst 3 op de 10 Belgen melding van een slechte geestelijke gezondheid. Onder de 18-34-jarigen had maar liefst 1 op de 8 een lage levenstevredenheid. Die score is niet alleen intrinsiek alarmerend. Ze ligt ook significant hoger dan het aandeel personen met lage tevredenheid in de leeftijdsgroep van 45 tot 74.

Wij vragen dat er prioritair wordt ingezet op die groepen die momenteel niet (tijdig) behandeld worden (de zogenaamde unmet need), met specifieke aandacht voor kinderen en jongeren.

De preventiebarometer van Sciensano heeft uitgewezen dat een kleine 90 % van de 18-24-jarigen heil ziet in een vak over mentale gezondheid op school. Bij de andere leeftijdsgroepen ligt dat aandeel zelfs (tot ver) boven de 90 %. Wij roepen de Vlaamse overheid dan ook op om in te zetten op de vorming over en de ondersteuning van geestelijke gezondheid. Dat kan in schoolcontexten en andere omgevingen die vaak door kinderen en jongeren worden bezocht. Denk aan naschoolse (sport)activiteiten, speelpleinwerkingen of de jeugdbibliotheek...

[38] Is er meer nodig voor de geestelijke gezondheidszorg van jongeren? Absoluut (demorgen.be); Frank Vandebroucke antwoordt jeugdpsychiater Sofie: 'Jij weigert de stilstand en de hopeloosheid, en daarin vinden we elkaar' (demorgen.be)

[39] Preventiebarometer: Geestelijke gezondheid | sciensano.be

Vlaams

Terwijl op het federale niveau de Verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, met haar herverdeling op basis van het dubbele solidariteitsprincipe (horizontale herverdeling door ongelijke blootstelling aan risico's te compenseren en verticale herverdeling door de sterkste schouders de zwaarste lasten te doen dragen), moeten we vaststellen dat de Vlaamse Sociale Bescherming veeleer een one-fits-all model is. Er is geen sprake van herverdeling tussen de verschillende inkomensklassen. Men probeert wel iets te doen aan de ongelijk verdeelde gezondheidsrisico's maar vergeet de centrale rol van sociale ongelijkheid in de verdeling van die risico's. **Solidaris pleit daarom voor een aan het inkomen gekoppelde bijdrage.**

Een tweede overkoepelende eis voor het Vlaamse niveau is, net zoals we vragen van het federale niveau, te zorgen voor een automatische rechtentoekenning op het Vlaamse en gemeentelijke niveau, bijvoorbeeld tussen de **Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)**, het mantelzorgstatuut en gemeentelijke initiatieven als de gemeentelijke mantelzorgpremie.

Een derde vraag aan het Vlaamse beleid is om de voordelen en tegemoetkomingen VSB systematisch te koppelen aan de levensduurte en ze aan te passen aan de **index**. Tot vandaag geeft de Vlaamse overheid niet thuis op onze vraag. Bovendien blijven we voorstander van het invoeren van een **maximumfactuur** in de Vlaamse Sociale Bescherming.

Tot slot eisen we van Vlaanderen dat, net zoals dat het geval is op federaal niveau, de tegemoetkomingen van de Vlaamse Sociale bescherming gegarandeerd zijn wanneer het risico en/of aan de voorwaarden voor deze tegemoetkoming is voldaan. **Stop de gesloten enveloppefinanciering** en garandeer de rechten van de Vlaming. De wachtlijsten zullen krimpen.

WERK 11

Garandeer budgetten voor alle personen met een handicap

De ingevoerde **persoonsvolgende financiering (PVF)** is een belangrijke stap om de zelfstandigheid van personen met een handicap te stimuleren^[40]. Maar de complexiteit is te groot. Er is onduidelijkheid over wie recht heeft op welk type ondersteuning, de grootteorde ervan, hoe het budget aan te vragen, en welke andere financieringsbronnen behouden kunnen blijven als iemand aanspraak maakt op een onderdeel van de PVF.

Solidaris vraagt zich hierbij af of het wel altijd de personen met een handicap zijn die ten volle van het voordeel genieten, dan wel de slimmere tussenpersonen die aan die complexiteit verdienen?

Solidaris vraagt dat de Vlaamse overheid inzet op een laagdrempelige instap in het PVF-traject door de invoer van een inclusieve oriëntatiefase.



3 TOT 15 JAAR Zo lang moeten mensen met een handicap **wachten op hun persoonsvolgend budget.**

De besteding van het budget moet een pak eenvoudiger. Solidaris vraagt dat de PVB-budgetten berekend worden in euro's en niet in punten. Vandaag kan een persoon met een handicap kiezen of het PVB in cash, dan wel met vouchers wordt uitgekeerd^[41]. Wie kiest voor cash krijgt minder euro's per zorgpunt en beperkte middelen voor een persoonlijke assistent (bijstand) die in heel wat gevallen nodig is om keuzes te maken in de modaliteiten waarbinnen het budget besteed kan worden, de gemaakte kosten te verantwoorden, en voor de ondersteuning van de uitkering van het PVB via voorschotten.

Wie kiest voor een voucher is minder vrij in de keuzes over hoe het bedrag te besteden omdat de vouchers enkel inzetbaar zijn in de zorgvoorzieningen van het VAPH. De zekerheid dat het geld goed besteed is, neemt wel toe.

[40] Onder de PVF vallen het Persoons-Volgend Budget (PVB; i.e. een budget dat personen met een handicap via het VAPH kunnen aanvragen om aan te wenden voor de financiering van persoonlijke assistentie), de Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH, de ondersteuning tegen voordelig tarief waarvoor men geen goedkeuring van het VAPH nodig heeft) en het Persoonlijke Assistentie Budget (PAB; voor assistentie voor minderjarige kinderen thuis of op school). Het persoonsvolgend budget is enkel aan te vragen door meerderjarigen met een handicap voor wie de kosten niet te dekken zijn o.b.v. het Basisondersteuningsbudget (BOB) en de ondersteuning van de RTH.

[41] Er is ook een combinatie mogelijk.

Solidaris ziet een belangrijke rol weggelegd voor de mutualiteiten om tariefafspraken te maken met zorgvoorzieningen in de sector. Als de tarieven gelijk zijn kan het onevenwicht tussen vouchers en cash bij de uitbetaling van het zorgbudget deels gecompenseerd worden.

Bovendien is het voor Solidaris onaanvaardbaar dat budgettaire beperkingen bepalen dat mensen moeten wachten op zorg en ondersteuning om te kunnen deelnemen aan de samenleving. Vandaag staan er meer dan 16.000 mensen op de wachtlijst voor een (extra) persoonsvolgend budget (PVB). Een andere grote groep mensen staat op de wachtlijst voor RTH of reguliere diensten^[42]. **Wij pleiten voor het omvormen van de PVF naar een open end financiering opdat het budget de noden volgen kan.**

Onaanvaardbare wachtlijsten

Vlaanderen verloor in 2023 een rechtszaak over het halveren van het budget van personen met een handicap. Het is voor Solidaris onaanvaardbaar dat vandaag 16.000 mensen op de wachtlijst staan voor extra persoonsvolgend budget, maar die broodnodige centen maar niet krijgen.

WERK 12

Geef ouderen échte keuzevrijheid

Onze Belgische bevolking wordt steeds ouder^[43]. De gemiddelde levensverwachting ligt bij ons boven het Europese gemiddelde^[44]. Tegelijkertijd leven Belgen boven de 65 jaar bovengemiddeld vaak met twee of meer **chronische ziekten**.

De zorgvraag van onze ouderen groeit dus zowel in absolute termen als in complexiteit.

Solidaris vraagt dat de Vlaamse overheid ouderen zo goed en zo lang mogelijk ondersteunt in het behoud van hun zelfstandigheid. Zo vragen wij onder meer te investeren in **de ondersteuning van informele zorgverleners, valpreventie en het tegengaan van vereenzaming bij onze oudere bevolking**. Ouderenzorg is geen keuze tussen woonzorgcentra of thuisblijven met mantelzorg, **de toekomst is aan tussenvormen en combinaties**.

Ook in de meer klassieke preventiemethoden zijn investeringen noodzakelijk. De **vaccinatie tegen longontsteking**, de pneumokokkenprik, dient voor mensen ouder dan 65 te worden opgenomen in de regionale vaccinatieprogramma's.

In de **residentiële ouderenzorg** zijn legislatieve en financiële inspanningen nodig. Het baart ernstige zorgen dat de residentiële ouderenzorg, een sector die toenemende privatisering kent, steeds vaker wordt geconfronteerd met schandalen. **Solidaris vraagt van de Vlaamse overheid dat zij inzet op een verbod op het doorsluizen van publieke middelen naar private aandeelhouders, op een plafonnering van de factuur die aan rechthebbenden gepresenteerd wordt en op de garantie op betaalbare basisvoorzieningen voor de oudere bevolking.**

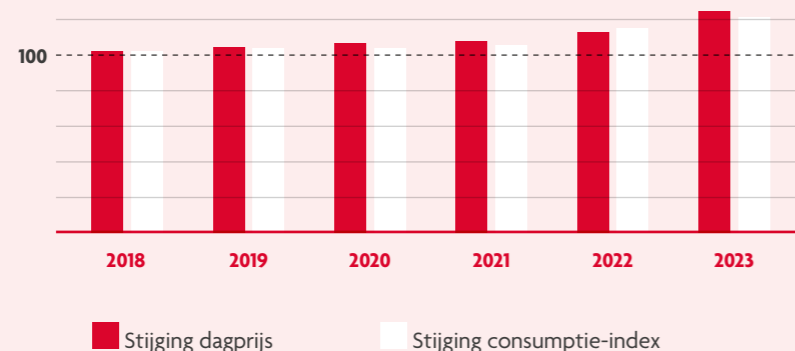
70,15 euro per dag 70,15 euro per dag of meer dan 2100 per maand. Zoveel moest een bewoner van een woonzorgcentrum in 2023 op tafel leggen. Dat was 9,97 % meer dan een jaar eerder, terwijl de consumptieindex slechts met 5,2 % steeg

Wie het wenst kan in duurdere en luxueuzere voorzieningen verblijven. Een deel van de via deze voorzieningen behaalde inkomsten dient te worden geïnvesteerd in een minimaal aandeel basiskamers binnen een woonzorgcentrum (WZC). Bovendien blijven we voorstander van het invoeren van een maximumfactuur.

[43] Sterftetafels en levensverwachting | Statbel (fgov.be)

[44] Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle | READ online (oecd-ilibrary.org)

Stijgende dagprijzen (referentie 2017 - 100)



De wens van de patiënt over het **gekozen levenseinde** moet worden gerespecteerd. Het recht op zelfbeschikking bij het bepalen van het levenseinde dient gevrijwaard te worden. De euthanasiewetgeving is een recht dat door en binnen elke zorgvoorziening stipt gerespecteerd én gefaciliteerd dient te worden. Een **aanpassing van de euthanasiewet** voor 'mensen met een verworven wilsonbekwaamheid' moet ten gronde geëvalueerd worden.

Menswaardige zorg betekent bovendien onverminderd investeren in het bestaande **aanbod van palliatieve zorg**, werk maken van voorafgaande zorgplanning en het ontwikkelen van projecten die oplossingen bieden voor patiënten met een niet-terminale maar ongeneeslijke aandoening, met extra aandacht voor kwetsbare groepen.

Conclusies

We mogen best trots zijn op onze sociale zekerheid en onze ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Ze behoedt heel wat Belgen voor hoog oplopende kosten en beschermt hen bij tegenslagen via een systeem van structurele solidariteit. En toch is er nog heel wat werk aan de winkel.

Solidaris maakte een selectie uit de vele uitdagingen en mogelijke verbeterpunten. We schuiven 12 werken naar voren voor de volgende legislaturen op het Europese, Federale en Vlaamse niveau.

Europees

- ① Blijf investeren in onderzoek en vraag rechtvaardige prijzen voor geneesmiddelen
- ② Bescherm patiënten met een sterk wettelijk kader tegen misbruik bij artificiële intelligentie en genetisch onderzoek
- ③ Laat milieu en klimaat hand in hand gaan met sociale rechtvaardigheid

Federaal

- ④ Maak budget vrij voor investering én innovatie
- ⑤ Plaats de patiënt centraal
- ⑥ Los de wachttijden op en zorg voor voldoende zorgverleners
- ⑦ Maak supplementen overbodig en werk met vaste tarieven
- ⑧ Geef de zwaksten de sterkste bescherming
- ⑨ Werk verschillen tussen alleenstaanden en samenwonenden weg

Vlaams

- ⑩ Investeer op alle niveaus in mentale gezondheid
- ⑪ Garandeer budgetten voor alle personen met een handicap
- ⑫ Geef ouderen échte keuzevrijheid



**Iedereen
mee.**

www.solidaris.be

