



Nieuwsbrief

20-08-2014

Welke besparingen komen er aan in de gezondheidszorg ?

Vorig jaar gaven de Belgen 38,8 miljard euro uit aan medische zorg, wat neerkomt op **10,5 %** van het **bruto binnenlands product** (BBP). Hoewel patiënten meer dan 10 miljard uit eigen zak betalen, neemt de ziekteverzekering nog altijd het gros van die factuur voor haar rekening. In de overheidsbegroting van 2013 bedroeg het RIZIV-budget 26,7 miljard euro. Tien jaar geleden was dat amper 18,3 miljard.

Het Belgische gezondheidssysteem wordt wereldwijd als zeer goed beschouwd - en terecht omwille van de grote toegankelijkheid en de kwaliteit van het harde werk van alle gezondheidswerkers. Op al die vlakken scoren we beter dan andere landen zoals Nederland of Engeland.

Maar mogelijk is men de fundamenteën van ons systeem geleidelijk aan het uithollen. De kosten van de gezondheidszorg groeien namelijk al jaren sneller dan de economie. Als dat zo blijft, dreigt op termijn bijna een kwart van het BBP naar de zorg te gaan. Men moet op zoek naar een manier om het budget onder controle te houden zonder de toegankelijkheid, de kwaliteit en de ruimte voor innovatie aan te tasten, en dat is verre van een eenvoudige opdracht.

De vergrijzing en de technologische innovaties in de geneeskunde gelden als de belangrijkste oorzaken van de snel stijgende zorgfactuur. Tegelijk kampt de ziekteverzekering met verspillingen, aldus de denktank Itinera .

Een nog strengere groeinorm

De nieuwe federale regering moet op zoek naar 17 tot 18 miljard euro aan besparingen, onvermijdelijk komt daarbij de ziekteverzekering in het vizier. Voor de verkiezingen wilde Open Vld 3,4 miljard besparen in de zorg. De partij was daarin ambitieuzer dan N-VA (2,1 miljard) en CD&V (1 miljard).

Nu de regeringsonderhandelingen lopen, klinken de experts van de onderhandelende partijen wat gematigder. Ze halen aan dat Frankrijk, Nederland, Duitsland, maar ook landen als Oostenrijk, Zwitserland of Canada meer uitgeven aan gezondheidszorg. De kwestie is nu vooral hoe groot het aandeel van de besparingen in de zorg in het totale besparingsplan moet zijn, en hoe de onderhandelaars die saneringen over de komende vijf jaar verdelen.

Ter informatie hieronder een overzicht van de uitgaven voor gezondheidszorg in % van het BBP voor 15 landen, de kostprijs per inwoner in 2012, en de gemiddelde levensverwachting (2011) in dalende rangorde voor elk van die landen. (Bron OESO)

	% van BBP	Kosten per inwoner (€)	levensverwachting
Zwitserland	11,4%	4598	82,8
Japan	10,3%	2755	82,7
Italië	9,2 %	2423	82,3
Frankrijk	11,6%	3437	82,2
Zweden	9,6 %	3099	81,9
Canada	10,9%	3474	81,5
Noorwegen	9,3 %	4635	81,4
Nederland	11,8%	3849	81,3
VK	9,3 %	2483	81,0
Duitsland	11,3%	3632	80,8
België	10,9%	3336	80,7
Finland	9,1 %	2687	80,6
VS	16,9%	6602	78,7
Turkije	5,4 %	743	74,6
Mexico	6,2 %	791	74,2

Tabel : uitgaven voor gezondheidszorg in % van het BBP, kosten per inwoner (2012), gemiddelde levensverwachting (2011).

Vermoedelijk komt een flink deel van de besparingen (2,5 miljard euro) **van een verstrenging en bevrozing van de groeिनorm**, en ook **de financiering van de ziekenhuizen zal worden hervormd**.

De groeिनorm is de meeruitgave die de ziekteverzekering zich mag veroorloven bovenop de inflatie. Toen wijlen Jean-Luc Dehaene (CD&V) minister van Sociale Zaken was, bedroeg die groeimarge 1,5 procent. Onder Frank Vandenbroucke (sp.a) en nadien onder de PS-ministers Rudi Demotte en Laurette Onkelinx steeg die norm tot 4,5 procent. De regering Di Rupo heeft het percentage vorig jaar beperkt tot 2 procent, en voor dit jaar tot 3 procent. Een centrumrechtse regering zal wellicht de norm op **1,5 procent** bevrozen.

Als de groeinorm de komende jaren op 1,5 % blijft, behaalt men tegen 2019 een recurrente besparing van 3 miljard euro.

Het bijstellen van de groeinorm is een politieke beslissing, die nauwelijks raakt aan de fundamentele van de Belgische gezondheidszorg, aldus sommige adviseurs. Zij menen dat het beter is eerst te besparen zonder aan het systeem te raken, en te onderzoeken waar later duurzame, fundamentele hervormingen nodig zijn. Op die manier blijven alle actoren aan boord van het overlegmodel waarop de Belgische ziekteverzekering (voorlopig nog) steunt: de akkoorden (artsen, tandartsen) en conventies (waar Axxon zich nu vragen begint over te stellen, cfr. het schrijven aan de Overeenkomstencommissie).

Slimme besparingen, gecombineerd met gerichte structurele hervormingen vanaf de start van de legislatuur, moeten maken dat de groeinorm duurzaam wordt verankerd. Bovendien is er behoefte aan meer efficiëntie om de kwaliteit te verbeteren.

Experts pleiten er al langer voor om aan de fundamentele van de ziekteverzekering te sleutelen. Men denkt dan in de eerste plaats aan een herziening van het betaalsysteem voor ziekenhuizen en artsen, de hervorming van de nomenclatuur en de kostenefficiëntie. Zo pleitte gezondheidseconoom (met L.O.-roots) Lieven Annemans er in februari jl. nog voor om alle verspilling uit het systeem te weren. Dat zou meer middelen vrijmaken en de gezondheidszorg doelmatiger maken.

Ook Itinera lijstte al enkele keren op wat er moet veranderen om te komen tot een doelgerichte ziekteverzekering. In 2013 zette de denktank voor 283 miljoen aan besparingen op een rij. Het ging daarbij om quickwins, maar volgens anderen zijn langetermijnbesparingen ook mogelijk. De OESO schat de verspilling in onze ziekteverzekering op 5 tot 15 procent ?! Als dat cijfer klopt, is het wellicht mogelijk om 10 procent verspilling weg te snijden via responsabilisering. Dat komt in theorie neer op een besparingsmarge van een slordige 2,7 miljard euro, aldus al die wijze adviseurs.

De kinesitheriesector ? Nog spieren, geen vet meer.

Veel extra middelen via de wettelijke groeinorm heeft onze sector kinesitherie in 12 jaar niet gezien. De indexmassa (jaarlijkse evolutie van de gezondheidsindex) kon men ons niet ontfutselen, want die geldt voor alle zorgverstrekkers en wordt op uniforme wijze berekend. Maar in al die jaren is er **veel meer geld gependend aan verlaging van het remgeld** voor de patiënt dan aan verhoging van onze honoraria, onder niet aflatende druk van de ziekenfondsen.

Besparen deden we in 2013 zoals alle andere zorgverleners, voor een bedrag van **8,573 miljoen euro**. Zoals blijkt uit onze jongste barometer (barometer kinesitherie 2013) hebben de collega's die nog **huisbezoeken** willen verrichten **70% van deze som opgehoest**

(cfr. KRM-Nieuwsbrief 17-12-2012), en zijn de afgeschafte kleine nummertjes - voorspelbaar- ingevuld door prestaties met een minimumduur van 20 minuten, die met meer dan 10 % stegen.

Maar bovendien is er **in 2013 minder uitgegeven aan kinesitherapie dan begroot door het RIZIV** en is op die manier **0,73% van het voorziene budget extra bespaard, hetzij 4,770 miljoen euro**, die teruggevloeid zijn naar de bodemloze put van het algemeen RIZIV-budget.

Dit was nochtans een mooi **startkapitaal** geweest **voor een accrediteringstoelage in 2014** of een stuk **herwaardering van de verplaatsingskosten** bij huisbezoek... maar dat deze middelen daarvoor aangewend zouden kunnen worden heeft men niet ingeschreven in de lopende overeenkomst.

Wel staat er in vermeld dat de Overeenkomstencommissie zich ertoe verbindt om de 703.000 euro die men denkt te besparen door de **gecontesteerde outliersregeling** (zie KRM-nieuwsbrief 31-03-2014) te gebruiken binnen het budget kinesitherapie om nieuwe initiatieven te kunnen financieren.

Belangrijke vraag : hoe zal Axxon aantonen dat die besparing daadwerkelijk gerealiseerd is door de getroffen maatregel en niet door een dalende consumptie of andere exogene factor bv., en aldus vermijden dat eventuele minderuitgaven terugvloeien naar de grote RIZIV-pot, zoals gebeurd is met de 4,770 miljoen in 2013?

Het volstaat om de evolutie van de diverse deelbudgetten naast elkaar te leggen, om vast te stellen dat -via de groeinorm- het RIZIV in samenspraak met de ziekenfondsen jaarlijks een flink extra budget kon toewijzen aan een aantal projecten/paradepaardjes van de voogdijminister, die zo haar politieke achterban royaal bediende (sectoriële uitgaven 2001-2011).

Men blijkt al 6 jaar geen geld te hebben voor accreditering van kinesitherapeuten, of een billijke verplaatsingsvergoeding en een behoorlijk sociaal statuut, naast zovele andere niet ingevulde punten uit het meerjarenplan zoals opgenomen in de overeenkomst sinds 2009, en opnieuw op papier gezet voor 2013-2014. Op geen enkel van deze 8 punten is er trouwens tot op vandaag concrete vooruitgang geboekt.

Onze sector zou een boost krijgen indien het RIZIV **éénmalig 0,002 % van zijn jaarlijks budget** zou investeren in de kinesitherapie, bovenop de gezondheidsindex, maar gezien de plannen voor de komende 5 jaar zal dit **wellicht een vrome wens** blijven.

Wij vrezen dat er tot 2016 geen enkele stap vooruit zal kunnen worden gezet. Elk nieuw initiatief in onze sector moet hopen op extra geld (naast de indexmassa) om het te realiseren. Wij beschikken in onze nomenclatuur namelijk niet over een waaier van (fors vergoede) technische prestaties (artsen, tandartsen,...) of systematisch te hoog ingeschaalde

zorgforfaits (verpleegkundigen, ...) waarmee men elk jaar wat kan schuiven om nieuwe initiatieven te financieren of bestaande uit te breiden.

Dat is nu eenmaal ons groot probleem: we kunnen enkel rekenen op onszelf, d.w.z. snoeien in onze honoraria om nieuwe zaken mogelijk te maken binnen ons eigen budget, hetzij voor onszelf, hetzij voor de therapeutische noden van patiënten. Je kan een citroen maar één keer uitpersen, en dat is al gebeurd in 2002-2003.

Onze sector doet al lang aan **efficiëntiewinst**: het gemiddeld aantal prestaties per patiënt daalde van 26 in 2002 naar 20 in 2012. Er worden dus jaar na jaar **meer patiënten** verzorgd met kinesitherapie **in alsmaar minder zittingen**, dus met een goedkopere factuur voor het RIZIV. De totale consumptiestijging is kleiner dan 1 % de laatste 7 jaar.

Ik heb nog nooit **concreet** gelezen in publicaties van Annemansen en Itinera's **waar en hoe** de kinesitherapie-sector nog verder zou kunnen besparen, tenzij we in de spieren gaan snijden.

Het budget van de karretjes Hendriks die we dagelijks zien rondtoeren, was in 2012 reeds **groter dan het hele kinesitherapiebudget**. Misschien kan de beroepsvereniging de nieuwe regering voorstellen om al die rolstoelpatiënten te vervoeren naar de dichtstbijzijnde, degelijk uitgeruste eerstelijnspraktijk om daar verzorgd te worden tegen prijzen die een fractie zijn van wat in de revalidatiecentra wordt aangerekend.

Dat levert dubbele winst op: we moeten minder huisbezoeken afleggen voor 0,38 eurocent extra, en het RIZIV mag weldra een reeks revacentra sluiten.

Luk Dieleman

Voorzitter KRM

20-08-2014