

Betaalbare gezondheidszorg?

- De evolutie van het gezondheidszorgbudget
- Noodzaak tot besparingen
- Denkpistes voor besparingen
- Besluit

De Belg is tevreden met de aangeboden gezondheidszorg. Vooral de toegankelijkheid en keuzevrijheid van het systeem worden gesmaakt. Samen met het onderwijsstelsel wordt de gezondheidszorg vaak gezien als een sterk punt van ons land en een troef voor het investeringsklimaat. Bij dit laatste denken we bijvoorbeeld aan de concurrentie-index van het *World Economic Forum*, die de meest competitieve landen rangschikt. Onze 19^e plaats is mede te danken aan de goede gezondheidszorg, die tegelijkertijd een zeer grote sector van onze economie vormt. Ruim tien procent van onze welvaart wordt er aan besteed, een percentage dat de jongste decennia pijlsnel de hoogte is ingegaan. Het belang zal enkel nog maar toenemen.

De gezondheid van de gezondheidszorg is een thema dat ons allen aanbelangt. Velen maken zich terecht zorgen over de sterk oplopende kosten. Een jaarlijkse budgettoename van 4,5% bovenop de inflatie brengt de duurzaamheid en het collectieve karakter van het systeem in gevaar. Indien we een betaalbare gezondheidszorg voor iedereen willen behouden, moet de kostenefficiëntie merkkelijk beter. Dit is evenwel niet onmogelijk. Tijdens een reeks gesprekken met waarnemers werden tal van pistes voor verbetering aangebracht.¹ In wat volgt kaderen we deze ideeën tegen de achtergrond van het huidige systeem.

1. De evolutie van het gezondheidszorgbudget

1.1. De gezondheidszorg in België

Uit internationale enquêtes blijkt dat Belgen tevreden zijn met de aangeboden gezondheidszorg. In een recente Europese peiling komt ons land bijvoorbeeld op de tweede plaats, na Oostenrijk (Anderson et al., 2009). Vooral de brede toegankelijkheid en de keuzevrijheid worden geprezen. Hierbij passen twee bedenkingen. Allereerst scoort ons land een stuk minder goed als het op objectieve parameters aankomt. De Wereldgezondheidsorganisatie houdt statistieken bij omtrent de kwaliteit van de gezondheidszorg, waarbij België op een 21^e plaats komt. In de *European Health Consumer Index*, die een gelijkaardige en meer recente rangschikking voor Europese landen bijhoudt, komt ons land op de elfde plaats: niet uitermate slecht, maar zeker niet bij de topgroep (Björnberg et al, 2010). Daarnaast valt ook op dat onze zorg relatief veel kost. In 2007 ging 10,2 procent van het Belgische BBP naar gezondheidszorg. Dit is het op drie na hoogste cijfer in Europa en een stuk meer dan het OESO-gemiddelde van 8,9 procent.

De kosten gingen het laatste decennium pijlsnel de hoogte in. In 2008 lag de gemiddelde uitgave per persoon op 3.254 euro, ruim anderhalf maal hoger dan in 2001. Tussen 1990 en 2008 namen de gezondheidskosten jaarlijks gemiddeld toe met ruim 6 procent, veel sterker dan de groei van het BBP, ook wanneer rekening wordt gehouden met de inflatie. Ook in relatieve termen is deze stijging indrukwekkend te noemen. In 1990 namen gezondheidsgerelateerde kosten nog 7,4 procent van het

¹ We bedanken, Norbert Blanckaert, Jan Callebaut, Hugo Casteleyn, Maggie De Block, Jos Kessenne, Guido Van Oevelen, Erik Schokkaert en Pascal Verdonck voor hun waardevolle input bij de totstandkoming van deze nota.

iStockphoto.com/Beyza Sultan Durma



Auteur:

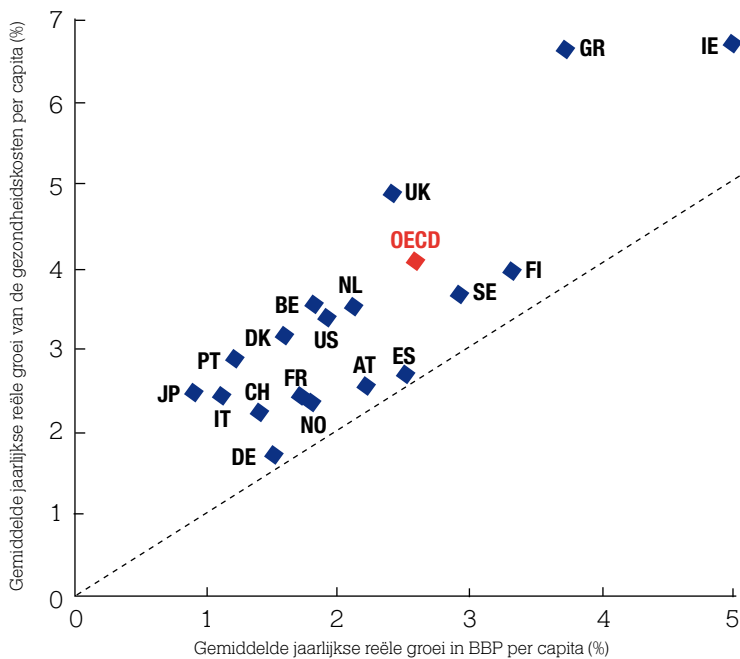
Kris Boschmans

Redactieadres:

Sneeuwbeslaan 20 - 2610 Wilrijk
Tel.: 03 829 25 06
Fax: 03 829 25 22
E-mail: vkw.metena@vkw.be
www.vkwmetena.be

Verantwoordelijke uitgever:

VKW Denktank



Figuur 1:
Gezondheidskosten stijgen sneller dan het inkomen

Bron: OECD, 2009

BBP in beslag, 17 jaar later ligt dit percentage al op 10,2. Terwijl de ziekteverzekering in 1978 verantwoordelijk was voor een kwart van het budget van de sociale zekerheid, is dit dertig jaar later opgelopen tot 35 procent.

1.2. Vergelijkbare evolutie in het buitenland

Zowat elk geïndustrialiseerd land kampt met een gelijkaardige problematiek. Vrijwel overal zijn de kosten voor gezondheidszorg sterker toegenomen dan de economische groei. In sommige landen, zoals Ierland en Griekenland, namen de reële gezondheidskosten elk jaar toe met percentages van meer dan 6 procent (zie figuur 1).

België is dan ook niet het enige land waar de oplopende gezondheidskosten de beleidsvoerders zorgen baren. Recent nog heeft de Duitse overheid de bijdragen voor de patiënt verhoogd en maatregelen genomen om 3,5 miljard euro te besparen binnen de gezondheidszorg. In de VS wordt 'Obamacare' fel gecontesteerd, onder meer door vraagtekens rond het kostenplaatje. In Nederland is het gezondheidszorgbudget een heikel punt binnen de formatie-

onderhandeling. De oorzaken van de stijgende gezondheidskosten zijn dan ook gelijkaardig in de meeste landen.

1.3 Technologie belangrijker dan vergrijzing

De vergrijzing oefent een impact uit op de gezondheidszorg. De consumptie van gezondheidszorg neemt namelijk toe met de leeftijd. 75-plussers hebben dubbel zo veel contact met hun huisarts,

belanden veel frequenter in het ziekenhuis, blijven daar ook gemiddeld twee maal zo lang en consumeren veel meer geneesmiddelen dan de gemiddelde bevolking (zie tabel 1).

Aangezien de grootste afnemers van gezondheidszorg ook de sterkst groeiende groep is binnen de bevolking, ligt het verband tussen de vergrijzing en de gezondheidszorgfactuur voor de hand. De Hoge Raad van Financiën verwacht dat de kosten binnen de gezondheidszorg de komende jaren alleen al door de vergrijzing significant zullen stijgen.

Maar vergrijzing is zeker niet de enige factor en volgens sommige bronnen wordt ze zelfs overschat. Een studie van ING relativeert de impact van de vergrijzing omdat mensen niet alleen ouder worden maar ook langer gezond blijven. De kosten nemen dus niet zo zeer toe maar worden gewoon met de leeftijd uitgesteld. En de cijfers bewijzen dit. Het Federaal Planbureau becijferde dat ook na het wegfilteren van demografische factoren, de gezondheidskosten de afgelopen veertig jaar 1,7 keer sneller zijn toegenomen dan het BBP.

De voornaamste oorzaak van de kostentoeename situeert zich dus elders. Allerhande technologische ontwikkelingen leiden niet enkel tot een betere, maar ook tot een steeds duurdere gezondheidszorg. Talrijke ziekten en aandoeningen worden momenteel beter behandeld dan enkele decennia geleden. De kostprijs

Leeftijdsgroepen	Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar en per persoon	Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames op 100 personen	Gemiddelde duur van de ziekenhuisopname (in dagen)	Percentage van de personen die voorgeschreven geneesmiddelen hebben genomen (op jaarbasis)
15-24 jaar	2,7	7,2	7,3	29,8
25-34 jaar	3,2	14,8	7,1	38,0
35-44 jaar	3,3	9,6	4,8	41,1
45-54 jaar	4,6	13,9	7,2	56,4
55-64 jaar	5,8	20,3	6,2	75,0
65-74 jaar	7,5	21,7	8,5	86,4
+ 75 jaar	11,1	27,6	10,9	94,2

Tabel 1:
Leeftijd en consumptie van de gezondheidszorg.

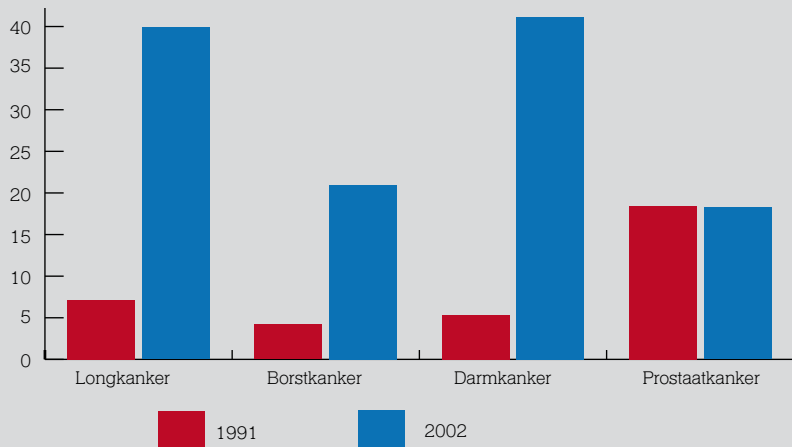
Bron: Peers, 2010

Kankerbehandeling: beter en duurder

Nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde zijn voor een groot stuk verantwoordelijk voor de oplopende kosten. Kankerbehandeling illustreert dit treffend. Samen met hart- en vaatziekten is kanker de meest courante doodsoorzaak in de meeste ontwikkelde landen. In 2006 zijn in totaal 57.702 nieuwe diagnoses van kanker vastgesteld in ons land, gemiddeld meer dan 150 per dag (Kankerregister). Zowel inzake preventie als behandeling van kankerpatiënten is er veel vooruitgang geboekt. De kostprijs van deze behandelingen loopt evenwel vaak sterk op.

Tot 1996 was 'fluorouracil/leucovorin' het enige beschikbare geneesmiddel in de Verenigde Staten tegen darmkanker. De kostprijs van dit middel voor een zesmaandelijks behandeling bedraagt 96 dollar. Een nieuwe generatie van geneesmiddelen levert betere resultaten, weliswaar aan een prijs tussen de 20.000 en 50.000 dollar voor een behandeling (Meropol en Schulman, 2007). Deze situatie is verre van uniek. 'Glivec' en 'Trisenox', twee geneesmiddelen die (ondermeer) gebruikt worden tegen bepaalde vormen van leukemie, kosten respectievelijk 36.000 en 37.500 euro per jaar per patiënt. Voor 'Revlimid', een geneesmiddel ter bestrijding van multiple myeloma, loopt de kostprijs op tot 60.000 euro per jaar (Rommel, Vlaamse Liga Tegen Kanker, 2009).

Dit verklaart waarom de gemiddelde kostprijs voor de behandeling van kankerpatiënten de jongste jaren sterk de hoogte is ingegaan. Figuur 2 geeft de evolutie weer voor de gemiddelde kost van een kankerbehandeling in de Verenigde Staten tussen 1991 en 2002, waarbij de cijfers gecorrigeerd zijn voor inflatie.



Figuur 2: Gemiddelde kosten voor kankerbehandeling (in 1.000 dollar, inflatiegezuiverd)

Bron: Warren et al., 2008

als de prijs van medische zorgen zijn met andere woorden voortdurend de hoogte in gegaan.

2. Noodzaak tot besparingen

De komende jaren staat ons land voor een immense saneringsopdracht. Die valt moeilijk te realiseren indien de kosten binnen de gezondheidszorg jaar na jaar fors blijven stijgen. Momenteel wordt gebruik gemaakt van een expliciete groeinorm, waarbij de kosten jaarlijks met 4,5 procent bovenop de inflatie mogen toenemen. Het Rekenhof hekelt deze groeinorm in ongebruikelijk sterke taal, omdat hij niet bepaald aanzet tot voorzichtige uitgaven of een kostenbewust beleid. De norm bemoeilijkt een strikte opvolging van de kosten en er wordt te veel geappelleerd aan de individuele verantwoordelijkheid van relevante actoren (ziekenhuizen, dokters, verzekeringsmaatschappijen,...) om de uitgaven in toom te houden. Bovendien is de groeinorm verworden tot een fetisj dat een heldere discussie over ons gezondheidszorgsysteem eerder in de weg staat dan bevordert.

Een eenvoudige simulatie op basis van gegevens van de Vergrijzingscommissie geeft de noodzaak van besparingen duidelijk weer. Indien de totale gezondheidskosten van de overheid en de gebruiker de historische trend volgen van de jongste decennia, zal de gezondheidszorg in combinatie met de extra vergrijzingskosten tegen 2015 al ruim 12,6 procent opsouperen van onze nationale welvaart. In 2050 zou dit zelfs oplopen tot bijna een kwart van het BBP.² Opnieuw valt overigens op dat de vergrijzingskost niet de belangrijkste factor van de kostenontsporing is (zie figuur 3).

Opnieuw volgt België hiermee een wereldwijde trend. PriceWaterHouseCoopers verwacht bijvoorbeeld dat gezondheidskosten zullen verdrievoudigen

² De onderliggende assumptie is dat de economie jaarlijks met 1,8 procent groeit, wat vrij optimistisch is. Bovendien wordt, naar analogie van de Vergrijzingscommissie, verondersteld dat de gezondheidskosten minder snel stijgen dan 4,5 procent bovenop inflatie.

steeg echter mee, zoals bijgevoegd kaderstuk aantoont. Verder zijn een groot aantal ingrepen momenteel veel meer in zwang dan een tiental jaren geleden.

Dit geldt bijvoorbeeld voor ingrepen in de mondheekunde en cataractchirurgie (ter behandeling van de vertroebeling van de ooglenzen). Zowel de consumptie

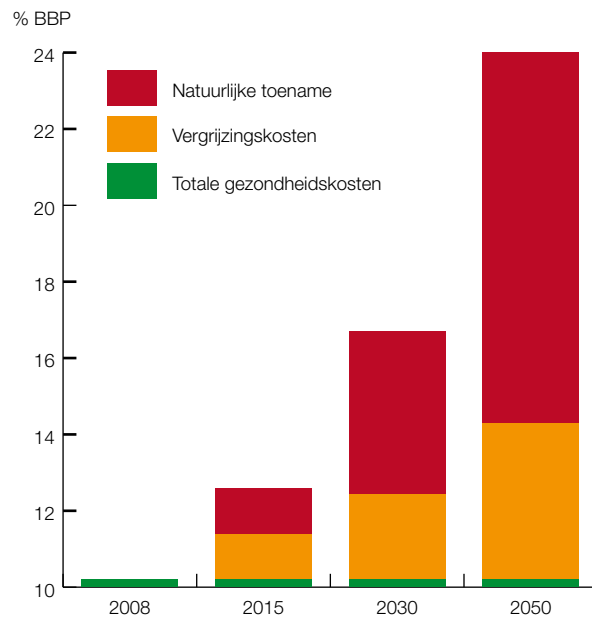
tussen 2002 en 2020. Binnen de groep van OESO-landen zou de gezondheidskost gemiddeld zestien procent van het BBP uitmaken tegen 2020. Een dergelijke groei is evenwel volstrekt onhoudbaar voor de overheidsfinanciën zonder de factuur door te schuiven naar de patiënt (zie bijgevoegd kaderstuk). Dit is geen nieuwe boodschap. Al sinds de jaren '80 bewijzen politieke partijen en programma's regelmatig lippendienst aan een meer kostenefficiënte gezondheidszorg.

Nochtans zijn de kosten enkel blijven stijgen. Dit illustreert dat het verre van eenvoudig is om de kosten binnen de gezondheidszorg onder controle te houden, laat staan te drukken. Desondanks doen een aantal concrete voorstellen de ronde, voornamelijk voor de ziekenhuissector. In wat volgt gaan we daar dieper op in. We willen daarbij benadrukken dat de opgenomen voorstellen zeker niet exhaustief zijn. We willen vooraf ook stellen dat er op bepaalde vlakken al vooruitgang werd geboekt, zoals bijvoorbeeld inzake preventie, maar ook hier is er zeker nog marge voor verbetering. Een punt waar we niet dieper op ingaan, is de introductie van extra concurrentie in de ziekenzorg, bijvoorbeeld door een grotere rol voor de ziekenfondsen.

3. Denkpistes voor besparingen

3.1. Rationeler aankoopgedrag van geneesmiddelen en aanverwanten

Een eerste mogelijke kostenpost waarop kan worden bespaard, is de aankoop van geneesmiddelen en aanverwanten. De Christelijke Mutualiteit (CM) becijferde recent dat er 140 miljoen euro besparing mogelijk is indien enkel de goedkoopste (maar kwalitatief evenwaardige) cholesterolremmers zouden worden voorgeschreven. Cholesterolremmers maken afgerond tien procent uit van het ambulante geneesmiddelenbudget, dat op zijn beurt bijna tien procent van het budget voor gezondheidszorg voor zijn rekening neemt. Het moge duidelijk zijn dat een striktere regelgeving voor goedkopere voorschriften besparingen mogelijk maakt die de kwaliteit van de zorg on-



Figuur 3: Prognose van de gezondheidszorgkosten (als percentage van het BBP)

Bron: Vergrijzingscommissie, 2010, eigen berekeningen

aangeroerd laten. Ook voor andere courante geneesmiddelen, zoals pijnstillers of maagzuurtabletten, kan een systeem van openbare aanbestedingen sterk kostenbesparend zijn, argumenteert Jos

Kesenne, stafmedewerker van de CM. Desondanks blijven dergelijke discussies moeilijk en kunnen ze niet los worden gezien van de onderzoeksinspanningen van de farmaceutische industrie.

Gezondheidskosten in België: Niet enkel gedragen door de overheid

Zoals eerder vermeld, kost de gezondheidszorg België jaarlijks ruim 10 procent van het BBP. Dit bedrag omvat zowel overheidsuitgaven (vooral van het RIZIV) als privé-uitgaven. De bijdragen van de patiënt zijn de voorbije jaren voortdurend gestegen en bedragen momenteel ruim een kwart van de gezondheidskosten (Assuralia, 2010).

Vooral chronisch zieken lopen gevaar om in de armoede te belanden omwille van hun gezondheidsfactuur. Een grootschalig onderzoek van de Christelijke Mutualiteiten toont aan dat één op de vier Belgische gezinnen getroffen wordt door een langdurige ziekte. Onder hen heeft één derde financiële problemen, waardoor vaak schulden aangegaan worden en behandelingen uitgesteld (Avalosse et al, 2009). Volgens de Gezondheidsenquête spendeert een doorsnee gezin gemiddeld 125 euro per maand aan gezondheidszorgen, zonder eventuele terugbetalingen weliswaar. Dit bedrag past voor ruim een derde van de ondervraagde huishoudens moeilijk tot zeer moeilijk binnen het budget (Demarest et al, 2010). Hoewel de focus van deze beleidsnota ligt op de kosten voor de overheden en sociale zekerheid, mag de factuur voor de betrokkenen niet uit het oog verloren worden.

Te lage prijzen voor geneesmiddelen zijn immers niet bevorderlijk voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen.

Los van de discussie omtrent het bevorderen van merkloze of generieke geneesmiddelen, bestaan er eveneens grote prijsverschillen voor medische producten van hetzelfde merk (geneesmiddelen, maar ook zaken als tubes, baxters of katheders) afhankelijk van de bron en het aankoopvolume. De prijstransparantie is soms ver te zoeken. Een rationeler en gezamenlijk aankoopbeleid kan de factuur mee helpen drukken. Volgens Guido Van Oevelen, voorzitter van Zorgnet Vlaanderen, kunnen groepsaankopen op niveau van een ziekenhuis zeer voordelig uitvallen. Openbare aanbesteding op niveau van ziekenhuisassociaties of de Vlaamse of Belgische overheid zou dus nog grotere besparingen met zich meebrengen. Bovendien worden er te veel geneesmiddelen voorgeschreven, vooral binnen de ambulante zorg. Dat brengt ons bij een tweede luik van besparingsmogelijkheden.

3.2. Verminder de overconsumptie

Niet alleen worden er te veel geneesmiddelen voorgeschreven, er vinden heel wat onderzoeken en medische prestaties plaats waarvan het nut twijfelachtig is. Volgens een recent en geruchtmakend onderzoek, gepubliceerd in het vakblad 'De Specialisten,' wordt bijna één op de vier specialisten 'onder druk gezet' door hun ziekenhuis om volstrekt onnodige onderzoeken uit te voeren. Bloedanalyses en scans spannen de kroon. Een RIZIV-nota van 2010 becijferde dat Belgen gemiddeld drie maal zo vaak worden bestraald als Nederlanders, hoewel aangetoond is dat bestralingen een gezondheidsrisico inhouden. De overconsumptie binnen de Belgische ziekenzorg is dan ook een wijdverbreid fenomeen. Of het nu handelt om een veralgemeende preventieve doorlichting voor borstkanker voor vrouwen onder de 50 jaar (die meer schade dan voordelen oplevert volgens het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)), het enorme aantal uitstrijkjes door gynaecologen, de inname van antidepressiva of allerhande onderzoeken op terminale patiënten die de resterende

levensduur vaak eerder verzwaren dan verlichten; er vindt heel wat medische dienstverlening plaats waarvan het nut zeer twijfelachtig is.

De huidige financiering voor ziekenhuizen is hier grotendeels verantwoordelijk voor. Inhoudingen op de artsenhonoraria en de vergoedingen voor medisch-technische dienstverlening zijn momenteel ongeveer verantwoordelijk voor 40 à 45 procent van het ziekenhuisbudget. Voor elke uitgevoerde medische prestatie ontvangen ziekenhuizen en de arts zelf een vergoeding. Meer prestaties betekenen meer inkomsten, wat aanzet tot overconsumptie. Deze inkomsten worden gebruikt om de algemene ziekenhuiswerking te financieren.

3.3. Herziening van de ziekenhuisfinanciering

Niet elke medische prestatie wordt evenredig vergoed. De nomenclatuur voor geneeskundige ingrepen is een gecodeerde lijst van medische prestaties die vergoed worden door het RIZIV.

Er bestaat een brede consensus onder gezondheidsexperts dat deze nomenclatuur aan een grondige herziening toe is. Sommige prestaties, vooral de 'medische spitstechnologie,' worden correct tot riant vergoed, terwijl andere ondergefinancierd worden. Zo zijn medische prestaties van hartspecialisten, nefrologen, klinisch biologen of radiologen over het algemeen veel winstgevender dan het werk van geriateren, oncologen, kinderartsen, hematologen, pneumologen of endocrinologen.

Naast onnodige ingrepen, leidt de huidige financiering aldus ook tot een vertekening van het medische aanbod. Het rendeert meer om een afdeling radiologie uit te bouwen dan zwaar te investeren in een geriatrische afdeling. Hoewel ziekenhuizen in de eerste plaats het welzijn van de patiënt voor ogen hebben, blijft het een ongezonde situatie dat sommige diensten moeten overleven middels kruissubsidies van meer winstgevende activiteiten. Eén en ander verklaart bijvoorbeeld waarom er 29 hartcentra zijn in ons land en slechts dertien in Nederland, terwijl er een zwaar en chronisch tekort bestaat aan kinderpsy-

chiaters of pediaters verbonden aan een ziekenhuis.

Een grondige aanpassing van de ziekenhuisfinanciering dringt zich dus op. Op zijn minst zou de nomenclatuur aangepast moeten worden zodat de tussenkomst van het RIZIV beter overeenkomt met de werkelijke kost van een ingreep. De nadruk op prestaties waar veel medische apparatuur voor nodig is, bijvoorbeeld medische beeldvorming of bloedonderzoek, moet verdwijnen. Hierdoor zou het probleem van de overconsumptie al ten dele aangepakt worden. Bovendien dienen een aantal verouderde onderzoeken en prestaties afgeschaft te worden. Hun nut is achterhaald maar soms worden ze volgens Maggie De Block, gezondheidsspecialiste van de Open VLD en huisarts, toch uit de kast gehaald om de kas te stijven. De nomenclatuur is sinds jaar en dag uitgebreid, maar niet uitgezuiverd, zo hekelt ook de Commissie voor Begrotingscontrole van de Ziekteverzekering.

Een meer verregaande aanpassing van de ziekenhuisfinanciering valt evenwel te prefereren. Een logisch alternatief voor de prestatiefinanciering is om over te gaan tot een forfaitisering, waarbij een medische behandeling vergoed wordt volgens een gemiddelde kostprijs. De idee is dat ziekenhuizen gemiddeld genomen correct vergoed zullen worden voor een bepaalde behandeling. Vooral voor courante ingrepen zoals het plaatsen van een kunstheup, kan de gemiddelde kostprijs vlot geschat worden.

Het grote voordeel van deze financieringsvorm is de kostenefficiëntie, omdat onnuttige prestaties grotendeels zullen uitblijven. (KCE, 2010a). Een extra scan of diagnostisch onderzoek zal enkel nog uitgevoerd worden indien het nut duidelijk is. Het risico is evenwel dat ziekenhuizen zouden worden aangezet om vooral patiënten met een relatief 'eenvoudige' pathologie aan te trekken. Er zou in dat geval een onderaanbod van medische prestaties en zorg kunnen ontstaan. Het eerste kan opgevangen worden door de financiering afhankelijk te maken van de pathologie van de patiënt, zoals overigens al het geval is in de meeste Europese landen. Gecomplieerde aandoeningen waar allerhande

dure testen en ingrepen nodig en nuttig zijn, kunnen op meer financiering rekenen. Een kwaliteitscontrole, bijvoorbeeld door de invoering van klinische richtlijnen of een accreditatie van kwaliteitslabels, kan het gevaar op een gebrekkige dienstverlening dan weer tegengaan (zie hiervoor deel 3.6).

Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelt in samenwerking met het UZ Leuven dat een pathologiefinanciering, waarbij afhankelijk van het ziektebeeld een vast bedrag wordt uitgekeerd voor elke behandeling, perfect haalbaar is in ons land. We pleiten dan ook voor een financiering in deze richting, samen met een correcte vergoeding van de algemene werking van het ziekenhuiswezen. Door stelselmatig meer en meer behandelingen forfaitair te vergoeden, eventueel via proefprojecten, kan een dergelijke financiering geleidelijk aan worden ingevoerd.

3.4. Bevorder samenwerking tussen ziekenhuizen

De medische wereld specialiseert zich in toenemende mate. Voor sommige ingrepen zijn zware investeringen in apparatuur en personeel noodzakelijk.

Deze investeringen renderen meer indien er 'grote volumes' worden gerealiseerd. Ze hoeven dus niet in elke provincie stad beschikbaar te zijn. Los van de kostenefficiëntie kan specialisatie ook een gezondheidswinst opleveren. De kwaliteit van een uitgevoerde ingreep hangt immers af van de ervaring van de betrokken gezondheidswerkers. Er moet een bepaald minimum aan prestaties uitgevoerd worden om de kwaliteit te verzekeren, wat momenteel niet altijd het geval is. Opnieuw verwijzen we naar de 29 hartcentra die ons land telt. 'Coronaire bypasschirurgie' is een relatief courante ingreep, maar niet zonder risico. Het sterftecijfer bij de zestien centra die deze ingreep jaarlijks minstens 200 keer uitvoeren, ligt op drie procent. Bij de resterende dertien centra, waar dit minimum niet gehaald wordt, ligt het sterftecijfer boven de vijf procent (KCE, 2009). Meer en meer ziekenhuizen hebben reeds een fusie achter de rug of gingen samenwerkingsverbanden aan. Toch

bestaan er nog steeds mogelijkheden om het aanbod van ziekenhuizen beter op elkaar af te stemmen. Door meer samen te werken, ook over de verschillende zuilen heen, vallen heel wat efficiëntiewinsten te behalen volgens Guido Van Oevelen, voorzitter van Zorgnet Vlaanderen. Indien niet elk ziekenhuis zich specialiseert in 'high tech', zou dit de overheid heel wat geld uitsparen.

Een aanpassing van de financieringsregels zou ook op dit terrein behulpzaam kunnen zijn. We nemen het Sint-Blasius in Dendermonde als voorbeeld. Dit ziekenhuis vormt samen met het Onze-Lieve-Vrouw-Ziekenhuis in Aalst en het AZ Zusters van Barmhartigheid te Ronse een groepering. Door de verregaande samenwerking kan elk ziekenhuis zich specialiseren. Sint-Blasius in Dendermonde zet bijvoorbeeld zwaar in op daghospitalisatie. *'We kiezen er bewust voor om geen hartchirurgie of radiotherapie aan te bieden en veel patiënten met een gecompliceerde pathologie door te verwijzen naar Aalst, zo'n 17 kilometer verderop'*, verklaart Hugo Casteleyn, algemeen directeur van Sint-Blasius. Omdat de huidige financieringsregels zeer technische prestaties overmatig belonen, loont deze strategie financieel nochtans niet, aldus Casteleyn.

Dit is de omgekeerde wereld. Terwijl dergelijke samenwerkingsverbanden de dienstverlening ten goede komen en de belastingsbetaler jaarlijks veel geld besparen, worden ze door het systeem bestraft. Eigenlijk zouden ze aangemoedigd moeten worden.

3.5. Moedig zorgtrajecten aan

Ziekenhuizen zijn niet de enige zorgverstrekkers. Huisartsen, thuisverzorgers, bejaardentehuizen, kinesisten en dergelijke meer bieden eveneens zorgen aan, soms aan een lagere kostprijs en met meer comfort voor de betrokkenen. Nochtans bestaat er relatief weinig samenwerking tussen de verschillende ketens van de ziekenzorg. Zo is er onvoldoende informatiedoorstroming en overleg tussen ziekenhuizen, huisartsen en andere actoren binnen de ziekenzorg. Onderzoeken uitgevoerd in

opdracht van een huisarts worden al te vaak opnieuw uitgevoerd als de patiënt in het ziekenhuis belandt. Omgekeerd zouden huisartsen een snelle en uniforme toegang moeten krijgen tot het verloop van het zorgproces in het ziekenhuis van hun patiënten. De voorgeschreven medicatie door de huisarts kan eveneens sterk verschillen van de medicatie in het ziekenhuis.

We geven een paar voorbeelden die het belang van een geïntegreerde gezondheidszorg beklemtonen. Nierdialyses kunnen plaatsvinden in het ziekenhuis of bij de patiënt thuis. Laatstgenoemde methode is goedkoper en in veel gevallen ook gebruiksvriendelijker voor de patiënt. Desondanks vinden de meeste dialysebehandelingen plaats in het ziekenhuis. Ziekenhuisdialyse is in het huidige systeem dan ook financieel interessanter voor zowel artsen als ziekenhuizen (KCE, 2010b). Een gelijkaardig verhaal gaat op voor diabetespatiënten. Diabetes is een chronische ziekte waar één op tien Belgen aan lijdt en die een enorme financiële impact heeft het gezondheidszorgbudget. Zonder goede behandeling en opvolging van de patiënt leidt suikerziekte snel tot allereerste complicaties. De opvolging gaat ook verder dan het controleren van de bloedsuiker. Er zijn namelijk andere risicofactoren, zoals overgewicht of hoge cholesterolwaarden. Diabetes vergt een multidisciplinaire samenwerking, waarin de rol van de huisarts idealiter centraal staat. Hier kunnen nog heel wat inspanningen geleverd worden, in het belang van zowel de patiënt als de belastingsbetaler (KCE, 2006).

Niet toevallig heeft men voor zowel diabetici als patiënten met nierinsufficiëntie zogenaamde zorgtrajecten uitgewerkt, waarbij de overheid een multidisciplinaire aanpak en samenwerking aanmoedigt. Deze zorgtrajecten kennen echter een gemengd succes en zouden verder uitgewerkt moeten worden³. Ook een uitbreiding van deze zorgtrajecten naar chronische aandoeningen met gelijkaar-

³ Vooral het zorgtraject diabetes kent vooral nog veel minder succes dan verhoopt, zo blijkt uit cijfers van de mutualiteiten. Bovendien valt op dat er grote regionale verschillen bestaan.

dige uitdagingen, zoals osteoporose of astma, ligt voor de hand. Maar opnieuw schiet de huidige nomenclatuur, met zijn sterke nadruk op techniciteit en korte termijn ingrepen, tekort.

3.6. Voer meer (kwaliteits)controle en accreditatie in

Keuzevrijheid van de patiënt en therapeutische vrijheid staan centraal in onze gezondheidszorg. Dit heeft onmiskenbaar voordelen, zoals tot uiting komt in de goede evaluatie van onze zorg, maar er is ook een keerzijde. Er bestaat veel variatie tussen ziekenhuizen en andere medische zorgverstrekkers in behandelingen, voorgeschreven medicijnen en diagnostische testen voor patiënten met eenzelfde pathologie. Sommige ziekenhuizen nemen bijvoorbeeld meer maatregelen tegen de ziekenhuisbacterie dan andere, sommige huisartsen schrijven meer antibiotica of antidepressiva voor dan anderen, terwijl sommige specialisten dan weer zuiniger zijn in het afnemen van allerhande diagnostische testen dan hun collega's.

Deze variatie moet teruggebracht kunnen worden op basis van objectieve, wetenschappelijke normen. De overheid kan hier opnieuw toe bijdragen door financiële stimuli. Bij nierfaling bijvoorbeeld, passen sommige centra systematisch de duurste techniek toe, terwijl andere centra in meer dan de helft van de gevallen voor goedkopere oplossingen opteren (Corens, 2007). Een verminderde terugbetaling van de eerste groep behoort dan ook tot de mogelijkheden. We doen vier concrete suggesties.

Accreditatie: In tegenstelling tot de meeste Europese landen bestaat er in ons land geen accreditatiesysteem voor ziekenhuizen. Accreditatie houdt in dat de zorgkwaliteit binnen ziekenhuizen systematisch gemeten wordt op basis van 'peer reviews'. Deze meting kan rekening houden met zowel objectieve parameters van organisatorische en klinische aard (zoals het aantal heropnames, het aantal ziekenhuisinfecties of de gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf) als met het subjectieve oordeel van de patiënt. Hierdoor kunnen zorginstellingen

zich positioneren en zwakke punten gericht aanpakken. Deze rapporten kunnen eventueel, in navolging van Frankrijk, publiek beschikbaar gesteld worden. Dit zet ziekenhuizen sterk aan om hogere kwaliteitsnormen na te streven. Gelijkaardig hiermee zijn kwaliteitslabels of keurmerken zoals het welbekende ISO (nog) niet ingeburgerd in België.

Evidence based medicine, waarbij men zo veel mogelijk rekening houdt met (inter)nationale wetenschappelijke data, moet aangemoedigd worden. Men zou ook meer informatie omtrent *good medical practices* kunnen verspreiden, wat het mogelijk moet maken dat zorgverstrekkers zich (internationaal) positioneren. Grote en systematische afwijkingen van deze internationale klinische richtlijnen kunnen ontmoedigd en eventueel geëncouraged worden (Corens, 2007).

Voorschrijfgedrag: Een kleine minderheid van de huisartsen schrijft veel meer medicatie voor dan gemiddeld. Deze groep zou strenger gecontroleerd kunnen worden, argumenteert Erik Schokkaert, professor gezondheidseconomie aan de Universiteit Leuven. Indien het voorschrijfgedrag niet afdoende verklaard kan worden, kunnen er financiële repercussies volgen. In het algemeen leidt profielanalyse, waarbij het voorschrijfgedrag vergeleken wordt met internationaal aanvaarde richtlijnen, tot een meer rationeel voorschrijfgedrag.

De controles door de adviserende geneesheren zijn momenteel niet altijd even doelgericht. Maggie De Block verwijst naar patiënten met een verlamming waarbij wordt nagegaan of de verlamming nog aanwezig is. Naar analogie met de belastingsdienst, waar 'verdachte dossiers' veel frequenter tegen het licht worden gehouden, zou er in deze veel gerichter gezocht kunnen worden naar misbruiken.

3.7. Investeer in informatica

Het kan misschien vreemd klinken dat we pleiten voor extra uitgaven om de

kosten te drukken, maar volgens prof. Pascal Verdonck kan elke geïnvesteerde euro in ICT in de ziekenhuissector renderen. 'De informatisering binnen de gezondheidszorg verloopt traag vergeleken met andere sectoren', aldus Verdonck.

Een elektronisch medisch dossier waarbij elke zorgverstrekker het medisch verleden van een patiënt makkelijk kan opvragen, zou de informatiedoorstroming binnen de gezondheidssector immens verbeteren. Om zorgtrajecten optimaal uit te bouwen, moet elke stap van een zorgtraject elektronisch geregistreerd en centraal opgeslagen worden. Administratieve vereenvoudiging hangt eveneens sterk samen met informatisering. Het systeem van kleeftbriefjes zoals gebruikt door mutualiteiten is voorbijgestreefd en aan herziening toe.⁴ Elektronische agenda's of inchecksystemen zijn eerder uitzondering dan regel. Voor de verspreiding en toepassing van *evidence based medicine* en de positionering van de eigen prestaties, zijn ICT-toepassingen eveneens onontbeerlijk.

4. Besluit

Er wordt in ons land wel degelijk vooruitgang geboekt. Zo worden er momenteel al inspanningen geleverd om de medische overconsumptie tegen te gaan. Het antibioticagebruik is hierdoor sterk gedaald ten opzichte van tien jaar geleden. Generische middelen worden gepromoot. Talrijke ziekenhuizen gingen fusies of samenwerkingsverbanden aan met sectorgenoten. Zorgtrajecten worden uitgewerkt. De idee van accreditering vindt meer ingang, terwijl de groeinorm meer en meer in vraag wordt gesteld. Verder moet ook onderstreept worden dat vrijwel alle landen te kampen hebben met stijgende ziekenzorgkosten en dat het niet eenvoudig is om de trend te keren.

⁴ De jongste jaren vindt informatisering wel degelijk ingang binnen de gezondheidszorg. Via mycarenet.be bijvoorbeeld is een en ander al gerealiseerd en wordt het binnenkort bijvoorbeeld mogelijk om de terugbetaling van een huisartsenbezoek elektronisch terug te vorderen bij de ziekenkas. Dit neemt niet weg dat er nog verdere inspanningen nodig zijn.

Desondanks zijn extra inspanningen nodig om deze positieve evoluties in een stroomversnelling te brengen. De huidige budgettaire toestand laat weinig andere keuzes. Zoals we argumenteren in deze beleidsnota, zijn er nog voldoende efficiëntiewinsten mogelijk (en al jarenlang bekend bij de specialisten in het vakgebied) zonder dat dit de kwaliteit of toegankelijkheid van onze gezondheidszorg aantast. Eerder integendeel: de Commissie voor Begrotingscontrole van de Ziekteverzekering becijferde onlangs dat er op vrijwel pijnloze manier twee miljard euro bespaard kan worden binnen de ziekteverzekering. Het wordt de hoogste tijd dat deze en andere besparingen effectief gerealiseerd worden.

Medische doorbraken en technologische ontwikkelingen zullen de kosten van onze gezondheidszorg onvermijdelijk verder opdrijven. Onze overheid is niet in staat om een al te sterke stijging van de gezondheidszorgkosten op te vangen zonder de al te hoge belastingen op ondermeer arbeid verder te verhogen of andere (sociale) uitgaven te verlagen. Een verdere toename van eigen bijdragen, waarbij bepaalde dure behandelingen bijvoorbeeld niet langer worden terugbetaald door het RIZIV, leidt dan weer onvermijdelijk tot een afkalving van de kwaliteit, meer ongelijkheid en meer armoede bij chronisch zieken. Een aantal pijnlijke keuzes omtrent de toegankelijkheid en het collectieve karakter van onze gezondheidszorg zijn onvermijdelijk in de toekomst. Door nu doortastend te besparen op terreinen die de patiënt niet treffen, kunnen we veel pijnlijker ingrepen zo lang mogelijk uitstellen.

Bibliografie

ANDERSON, R., MIKULIC, B., VERMEYLEN, G., et al., (2009), Second European Quality of Life Survey., Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Online op: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>

ASSURALIA, (2010), De nationale uitgaven in de gezondheidszorg, 7e editie, *Assurinfo*, nr.11, 18 maart.

AVALOSSE, H., VANCORENLAND, S., MERTENS, R., (2009), Chronisch zieken in België: Impact op de financiële situatie van de huishoudens, *CM-Information*, Brussel: Christelijke Mutualiteiten, juli.

BJÖRNBERG, A., GAROFFE, B.C., LINDBLAD, S., (2010), Euro health consumer index 2010., Brussel: Health Consumer Powerhouse.

CORENS, D., (2007), Belgium: Health system review, *Health systems in transition*, Vol. 9, nr 2., Genève: World Health Organization.

DEMAREST, S., HESSE, E., DRIESKENS, S. et al., (2008), Gezondheidsenquête, België 2008, Rapport 4: Gezondheid en samenleving., Brussel: Wetenschappelijk instituut volksgezondheid.

DEXIA, (2008), Nieuwe sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen in België (Persbericht), Brussel: Dexia, 4 november.

KCE, (2006), De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg, KCE reports 27A., Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

KCE, (2009), Mogelijke impact van aantal ingrepen van chirurg of ziekenhuis op resultaten bij hart- en kankeroperaties, KCE reports 113A., Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

KCE, (2010), Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen, KCE reports 121A., Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

KCE, (2010), Dialyse thuis of in het ziekenhuis: wie kiest?, KCE reports 124A., Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

KCE, (2010), Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem, KCE

reports 128A., Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

MEROPOL, N.J., SCHULMAN, K.A., (2007), Cost of cancer care: Issues and implications., *Journal of Clinical Oncology*, vol.25, nr 2, 2 januari. Alexandria: JCO.

PRICEWATERHOUSECOOPERS, (2005), Healthcast 2020, bouwen aan een duurzaam zorgstelsel., Amsterdam: PriceWaterhouseCoopers, Online op: <http://www.pwc.com/nl/nl/publicaties/healthcast-2020-bouwen-aan-een-duurzaam-zorgstelsel.jhtml>

WARREN, J.L., YABROFF, R.K., MEEKINS, A., et al., (2008), Evaluation of trends in the cost of initial cancer treatment., *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, vol. 100, 10 juni, pp. 888-897, Bethesda, Maryland: JNCI.