

De centen van de gezondheidszorg

Geen tijd voor capriolen

Deel 1 “De vraag is niet of we moeten besparen op ons gezondheidsbudget, maar wel hoe we onze middelen zo doelmatig mogelijk kunnen inzetten”, stelt Dirk Ramaekers, directeur van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in het eerste deel van een reeks over de centen van de gezondheidszorg.

Tekst Ria Goris | Illustratie Mieke Lamiroy | Foto Cia Jansen

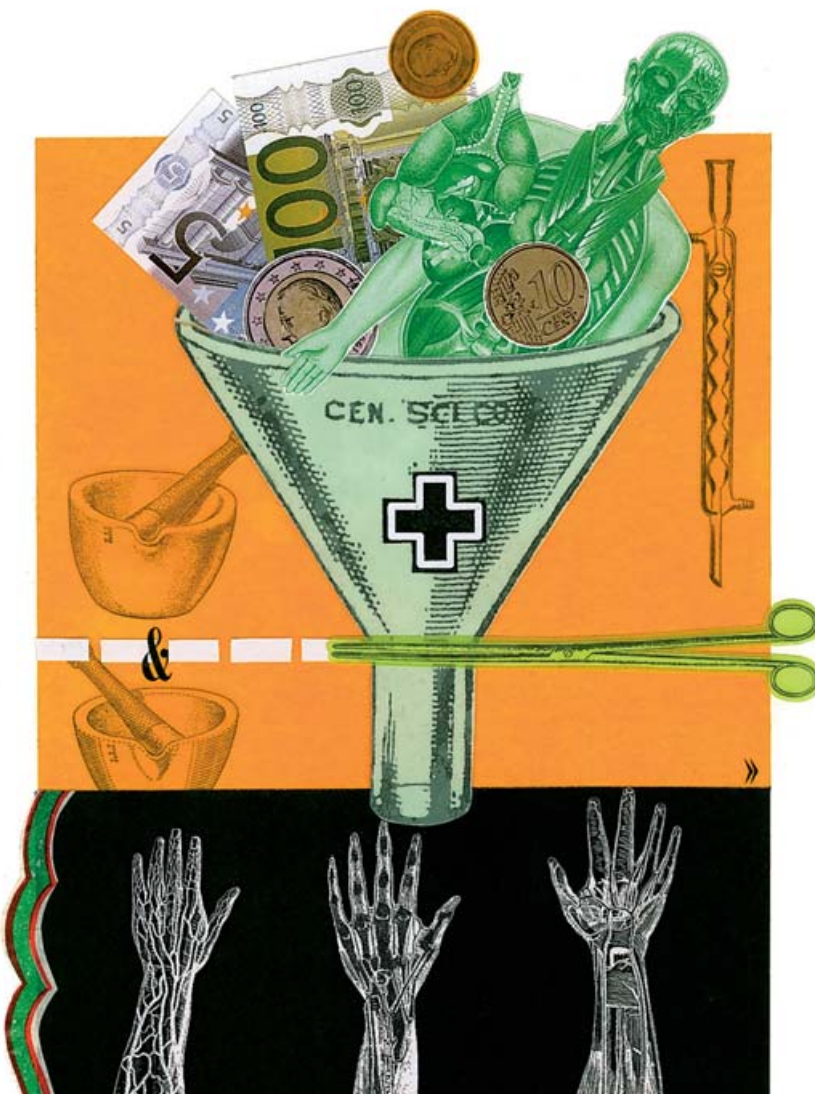
Regelmatig rijst de vraag of België zich kan permitteren om, bovenop de indexaanpassing, het budget voor gezondheidszorg elk jaar met 4,5% te laten groeien. Deze groeinorm wordt ook tijdens de regering-Leterme I gehanteerd. Vorig jaar kondigde de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzeke-

ring (RIZIV) tevreden aan dat er een budgetoverschot was. De Vlaamse Regering stortte ongeveer 130 miljoen euro in het Toekomstfonds. Is dit goed beheer, of gewoon niet verantwoord in een tijd dat de burger steeds dieper in zijn eigen portemonnee moet tasten om mee te betalen voor zorg? Moeten we de groeinorm aanpassen, of die juist inzetten om meer zorg terug te betalen aan mensen?

HET HOOFD ERBIJ HOUDEN

Sinds zes jaar kent ons land, zoals onze buurlanden, een kenniscentrum dat de therapeutische effectiviteit van bepaalde behandelingen en hun impact op het gezondheidsbudget onderzoekt. Geen studies die (mee) gesponsord zijn door de industrie, zoals zo vaak het geval is, wel rapporten die nationaal en internationaal onderzoeken wat werkt, en wat al dan niet zijn prijs waard is. ‘Evidence based medicine’ heet dat. Dirk Ramaekers: “We bekijken wat echt een meerwaarde biedt voor patiënten, gebaseerd op feitelijk onderzoek. De tijd is voorbij dat we over de werkzaamheid van medische interventies beslisten louter op basis van opinies van experts.”

Het gebeurt nog steeds dat nieuwe ingrepen al gelanceerd worden in artsenkabinetten en ziekenhuizen, met veel steun van industriële lobbygroepen en een te kleine wetenschappelijke basis. Dat was onlangs het geval met de zogenaamde carotisstents, implantaten die via een incisie in de liesstreek ingebracht werden in de halsslagader van patiënten om halsslagadervernauwing tegen te gaan. De nieuwe ingreep werd al snel uitgevoerd in meerdere ziekenhuizen. Een volgende stap was het indienen bij het RIZIV van een dossier voor terugbetaling. Maar uit een rapport van het KCE over alle beschikbare klinische studies bleek dat een stent slechtere resultaten gaf voor de meeste patiënten dan de klassieke behandeling. Door de beslissing om deze dure nieuwe interventie niet terug te betalen, heeft het RIZIV wellicht miljoe-



nen euro's bespaard. Evidence based medicine is vaak goed voor de patiënt, en soms ook voor de staatskas. Nu het budget onder druk staat, is dat laatste geen luxe, maar een must. De medisch-technologische mogelijkheden breiden voortdurend uit, terwijl het budget beperkt is. Het RIZIV toont zich alvast geïnteresseerd in bevindingen van het kenniscentrum.

MAG HET IETS MEER?

De centen goed besteden aan de meest effectieve behandelingen is één kwestie, maar hoe zit het met de gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg? Houdt onze solidaire, laagdrempelige gezondheidszorg stand of wordt ze verdrukt door een toenemende commercialisering? Dure hospitalisatieverzekeringen oogsten kritiek van burgers, consumentenorganisaties en beleidsmakers. Hoge artsenhonoraria en supplementen zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor het stijgende aandeel van de burger in de zorgkost. Ruim een kwart van alle gezondheidsuitgaven is tegenwoordig voor rekening van de patiënt. Dat aandeel neemt nog toe.

Je kan op verschillende manieren naar deze evolutie kijken. De ene strekking gaat als volgt: 'We moeten de privémarkt regulariseren, zodat de premies voor iedereen toegankelijk blijven. Of we moeten gewoon ons collectieve, solidaire zorgverzekeringssysteem weer versterken, zodat we geen geneeskunde op twee snelheden toelaten.' De meer liberale strekking zegt: 'Het surplus dat de rijkere betalen, houdt de gezondheidszorg voor de anderen toegankelijk.' Volgens die laatste visie is het geoorloofd de zogenaamde 'tweede pijler' in de gezondheidszorg uit te bouwen: het systeem van privéverzekeringen.



Dirk Ramaekers (directeur KCE): "Over de werkzaamheid van medische interventies beslissen we niet langer louter op basis van opinies van experts."

In dat systeem zijn jonge, gezonde mensen welkom. Wie echter iets mankeert, wordt uitgesloten of moet gepeperde premies neertellen. De overheid moet dan vooral de sociaal-economisch zwakkere groep beschermen, bijvoorbeeld door de maximumfactuur en een verminderd remgeld. De verzekeringssector zou graag hebben dat die trend zich doorzet. Privéverzekeringen werden jaren geleden als overbodig beschouwd, waarom lijken ze dan nu zo onmisbaar? Er is medisch zoveel mogelijk dat de

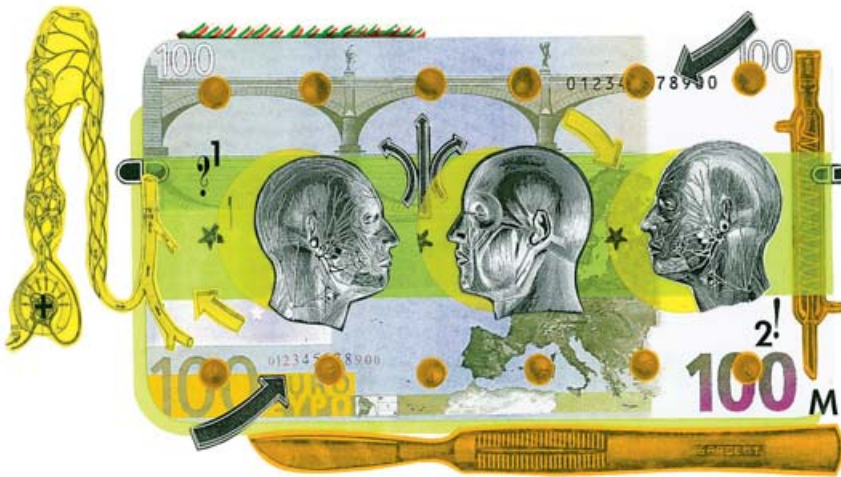
"Het gebeurt nog steeds dat nieuwe ingrepen gelanceerd worden met veel steun van industriële lobbygroepen en met een te kleine wetenschappelijke basis."

WEINIG LANGETERMIJNPLANNING, VEEL OVERLEG

Hoe gaat het in Nederland in zijn werk? Daar beginnen ze met een commissie; in het geval van de gezondheidszorg is dat de commissie-Dekker. Die doktert een plan uit. vervolgens haalt de overheid de gangbare wijze van werken overhoop, en laat privé- en overheidsspelers op de gezondheidsmarkt fusioneren. Of dat ook een verbetering inhoudt, is nog niet duidelijk. Nederland gaat door een gigantische experimenteerfase en andere landen kijken geboeid toe.

België pakt het anders aan: we overleggen met alle belangrijke spelers over hoe onze gezondheidszorg bewaard kan blijven of verbeteren. Die belangrijke spelers zijn onder meer de mutualiteiten, vertegenwoordigers van verschillende partijen, ministeries, overheidsorganen zoals het RIZIV, beroepsverenigingen, verzorgingsinstellingen, apothekers en de farma-industrie. Vaak ontmoeten

dezelfde mensen elkaar in de diverse overlegorganen over gezondheidszorg. Wie van post verandert, komt dezelfde mensen wel weer tegen op een ander overlegplatform. Ons kent ons, en dat helpt om beslissingen te nemen en compromissen te sluiten. Maar kritiek op de gebrekkige invulling van iemands verantwoordelijkheid blijft daarom vaak binnenskamers. Niemand begrijpt hoe het mogelijk is dat sommige, voornamelijk in het Brusselse gelegen, ziekenhuizen soms een viervoud van de supplementen aanrekenen die andere ziekenhuizen opgeven. Niemand voelt zich geroepen hiertegen actie te ondernemen. Niemand begrijpt waarom mutualiteiten, die naar eigen zeggen ledendiensten bieden, hun leden niet beter informeren over puike en minder puike artsen- en ziekenhuispraktijken. De lieve vrede houdt onze overlegcultuur gaande, al is de transparantie zoek voor de burger.



overheid op termijn niet anders kan dan keuzes maken in wat er wordt terugbetaald. Dirk Ramaekers maakt een onderscheid tussen cure (behandeling), care (zorg) en comfort. “Die twee eerste aspecten horen thuis in een collectief, solidair verzekeringssysteem. Zo werkt het nog altijd in ons land. Onder comfort versta ik zaken als esthetische plastische chirurgie en esthetische orthodontie, en ook betere logistieke faciliteiten, zoals een eenpersoonskamer met

“De overheid doet haar best om gezondheidszorg laagdrempelig en betaalbaar te houden, maar ze bereikt lang niet alle mensen.

De armste burgers hebben duidelijk andere zorgen dan een uitstrijkje.”

koelkast. Hier mag de markt spelen, als de eerste twee, meer essentiële aspecten gevrijwaard blijven. Maar de grote uitdaging in onze gezondheidszorg

is dat sommige mensen meer een beroep doen op cure en care dan nodig, terwijl anderen niet tijdig naar de dokter gaan. Neem nu het klassieke uitstrijkje voor vrouwen. Meer dan de helft van de vrouwen laat dit vaker dan nodig nemen. Vier op tien vrouwen doen het echter nooit of praktisch nooit. Daar maak ik me zorgen om. De overheid doet haar best om gezondheidszorg laagdrempelig en betaalbaar te houden, maar ze bereikt lang niet alle mensen. De armste burgers hebben duidelijk andere zorgen dan een uitstrijkje.”

BLIJVEN LIJMEN

Naast de inspanningen om ook die zwakkere groep te bereiken, ziet Ramaekers drie grote uitdagingen voor onze gezondheidszorg en haar budget: de vergrijzing vergroot de behoefte aan zorg, de medisch-technologische revolutie zal meer dure interventies voortbrengen en beleidsmakers moeten moeilijke beslissingen nemen over terugbetalingen. Hoe deze

PREVENTIE SLECHT VOOR DE STAATSPORTEMONNEE?

Hoe efficiënter we aan gezondheidspreventie doen, hoe langer we leven, hoe meer we kosten aan de staat. Dat is natuurlijk een cynische kanttekening. In de praktijk valt het met de druk van de vergrijzing op onze gezondheidskas nogal mee, stellen experts als de Leuvense gezondheidseconoom Eric Schokkaert, voorzitter Marc Moens van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten en het voormalig hoofd van de ACV-studiedienst Gilbert De Swert. Het is het laatste levensjaar dat het duurste is, of iemand nu op 45-jarige of op 80-jarige leeftijd overlijdt. Voor de gezondheidskas maakt een jaartje meer of minder niet noodzakelijk veel verschil. Die uitdaging is vooral in de pensioenkas voelbaar. Maar als we alle menselijke ongemakken en slijtageverschijnselen willen wegnemen met nieuwe technologische interventies, zal de kost oplopen. Daarbij helpt het natuurlijk wel dat we onszelf zolang mogelijk gezond houden. Ramaekers wijst op obesitas als een steeds grotere belasting voor onze volksgezondheid. Gezonder eten en meer bewegen is de boodschap, maar hoe krijgen we die boodschap verkocht.

GEZONDHEIDSZORG IN CIJFERS

- Van de 19,6 miljard euro vorig jaar voorzien voor gezondheidszorg, werd 18,9 miljard besteed. Voor 2008 kreeg gezondheidszorg 800 miljoen euro meer (na indexering). 472 miljoen euro hiervan gaat naar de dekking van kleine risico's voor zelfstandigen. 380 miljoen euro bleef vooralsnog onbestemd. Het valt wel op dat het kankerplan van federaal minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx rekent op 380 miljoen euro (gespreid over drie jaar).
- Gezondheidszorg is een stijgende post. In 1996 goed voor 8,3% van het BNP, in 2005 was dat al 10,3%. Het leeuwendeel van het budget gaat naar artsenhonoraria (30%), naar ziekenhuisopnames (20%) en naar geneesmiddelen (18%).
- Ook in de gezinsportemonnee is de gezondheidszorg steeds voelbaarder. In 1978 ging 3,3% van de uitgaven naar gezondheid. In 2004 was dat gestegen tot 4,7%. De Belg betaalt zowat een kwart van al zijn gezondheidskosten uit eigen zak, een aandeel dat nog stijgt.
- Qua ziektebeelden lijdt de Belg vooral, in volgorde van voorkomen, aan hart- en vaatziekten (hoge bloeddruk, cholesterol), aandoeningen van het zenuwstelsel (depressie), maag- en darmkwalen, kanker, en klachten over het ademhalingsstelsel.

vragen gekanaliseerd moeten worden – via een sterk collectief systeem of via de uitbouw van ‘de tweede pijler’ – ligt voorlopig niet vast. Intussen neemt de privatisering toe.

► *Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum*