

Vier jaar paars-groen in de gezondheidszorg

Sandra Derieuw & Hilde Van Winckel

Een balans opmaken van vier jaar paars-groen gezondheidszorgbeleid is niet eenvoudig. Een blik op de *website* van minister Vandenbroucke leert ons dat we hem in elk geval niet kunnen verwijten te hebben stilgezeten. Zijn optreden was vaak krachtdadig, maar vooral meesterlijk naar buiten gebracht via diverse kanalen voor verscheidene doelgroepen.

Op het eerste gezicht heeft de regering tal van verdienstelijke pogingen ondernomen om ons systeem van sociale bescherming op vlak van gezondheidszorg in stand te houden. Het *item* stond hoog op de agenda. Gesteund door de gunstige economische conjunctuur de laatste jaren is de bevoegde minister erin geslaagd om gezondheidszorg tot één van de prioriteiten te maken.

Desondanks ligt er tussen de oneindige behoeften en de beschikbare financiële middelen steeds meer een niet te overbruggen afstand. Paars-groen kwam gedeeltelijk tegemoet aan de stijgende noden via een verhoging van het budget. Maar in de veelkleurige coalitie dienden vele verlanglijstjes met elkaar verzoend. De blauwe eis voor een belastingverlaging kreeg uiteindelijk een hogere prioriteit dan de eis om tegemoet te komen aan de toenemende noden in de gezondheidszorg of aan de precare inkomensituatie van invaliden.

Het evenwicht vinden tussen de noodzakelijke uitgaven voor het in stand houden van een sociale bescherming en de relatief beperkte middelen, is één van de uitdagingen waarvoor ook deze regering stond.

De twee invalshoeken van waaruit deze bijdrage enkele kritische kanttekeningen wenst te plaatsen bij vier jaar paars-groen beleid, zijn de belangrijkste maatregelen inzake kos-



Sandra Derieuw (links) en Hilde Van Winckel (rechts) werken allebei op de dienst Onderzoek & Ontwikkeling van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM).

tenbeheersing enerzijds en inzake betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg anderzijds. Dit zijn ook de twee belangrijkste invalswegen van het gevoerd beleid. Hier willen wij er nog een derde aan toevoegen: de besluitvorming en de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg.

Dit overzicht is dus allerm minst volledig. Meerdere belangrijke wijzigingen zoals de invoering van de wet op de patiëntenrechten, de hervormingen in de sector van de rust- en verzorgingstehuizen en in de eerstelijnszorg... worden hier onbesproken gelaten.

BETAALBAARHEID EN TOEGANKELIJKHEID VAN ZORG

Rode draad doorheen het beleid is het uitgangspunt dat de patiënt centraal staat. Maar wie is die patiënt? En is die er ook effectief beter van geworden?

Laten we enkele *items* van naderbij bekijken: de toegenomen selectiviteit, de maximumfactuur, de ereloonsupplementen en de sluipende privatisering van de gezondheidszorg.

Toegenomen selectiviteit

Het betreft hier een opvallend kenmerk van het gezondheidsbeleid tijdens de voorbije jaren. Selectief zijn in het vergoeden van zorg houdt in dat men specifieke maatregelen neemt om de zorg te sturen naar de meest kwetsbaren. Dit kan door selectief te zijn in het vergoeden van de zorg op basis van sociale situatie, inkomenssituatie of chronische ziekte. Selectiviteit lijkt het meest aangewezen als men met een gesloten budget de steeds toenemende behoeften inzake gezondheidszorg moet dekken.

Nochtans zijn er ook belangrijke nadelen aan verbonden. Om selectief te werk te gaan,

moet men vaak complexe regelingen op poten zetten. In het tijdperk van de informatica lijkt dit geen struikelblok meer, maar niets is minder waar. Het koppelen van terugbetalingen aan snel wijzigende gegevens inzake inkomen en gezinssamenstelling vergt ingewikkelde procedures van inkomensonderzoek, waarbij steeds weer mensen tussen de mazen van het net glippen.

Bijzonder Solidariteitsfonds

De minister van Sociale Zaken hield steeds de deur open voor talrijke patiëntengroeperingen, en dat siert hem. Dit leidde tot een aantal onmiddellijk tastbare verbeteringen voor groepen patiënten. Voorbeelden: de remgeldverlaging in de psychiatrie, de verhoging of uitbreiding van een aantal forfaitaire vergoedingen voor zorgafhankelijke personen (zorgforfait, incontinentieforfait), de betere terugbetaling van een aantal prestaties waaronder pruiken, brilglazen, tandprothesen...

Een samenhangend beleid mag echter niet gestoeld zijn op *ad hoc* maatregelen voor soms arbitrair afgebakende doelgroepen.

Een voorbeeld hiervan is ongetwijfeld de goed bedoelde, maar voor kritiek vatbare hervorming van het Bijzonder Solidariteitsfonds ten behoeve van chronisch zieke kinderen onder de zestien jaar. Zij komen in aanmerking voor een vergoeding van bepaalde medische kosten die niet zijn gedekt door de ziekteverzekering, voor zover zij ten minste 650 euro bedragen.

Hiermee wijkt men af van het gangbaar criterium dat het Bijzonder Solidariteitsfonds enkel een laatste vangnet is voor zeldzame aandoeningen. Onder meer kan een vergoeding worden gevraagd voor niet terugbetaalde medicatie tegen kanker, pijnstillende zalven enzomeer.

De bestaande lacunes in de ziekteverzekering worden dus gedekt voor een beperkte groep patiënten: min-zestienjarigen met meer dan 650 euro aan kosten. Deze twee criteria zijn arbitrair en roepen vragen op. Wat met een zeventienjarige? Wat met iemand die 600 euro aan uitgaven heeft? Wat met de kinderen die hoge gezondheidskosten hebben als gevolg van een verkeersongeval?

Er wordt bovendien voor de patiënten een loodzware procedure in het leven geroepen waarbij zij alle bewijsstukken moeten verzamelen en voorleggen aan het Bijzonder Solidariteitsfonds. De doelgroep is zelfs niet altijd op de hoogte van de geboden mogelijkheid.

De wetgever erkent dat de ziekteverzekering lacunes vertoont en verkiest die te corrigeren door een globale verrekening van uitgaven door het Bijzonder Solidariteitsfonds voor een segment van de bevolking veeleer dan door het opnemen van de prestaties voor iedereen in het pakket van verzekerde zorg.

Maximumfactuur (MAF)

In tegenstelling tot wat men ons vaak wil doen geloven, is de MAF niets nieuws onder de zon. Eigenlijk is ze een uitbreiding van de reeds onder de vorige regering ingevoerde sociale en fiscale franchise. De CM lag mee aan de wieg van deze systemen. Zij moesten de remgeldverhogingen in het kader van de besparingstreinen in 1994 temperen voor de zwakste groepen: bepaalde categorieën met een laag inkomen en/of hoge uitgaven voor gezondheidszorg. Zowel toen als nu worden eigen bijdragen geplafonneerd tot een

Derieuw & Van Winckel

Tal van remgeldverhogingen worden goedgepraat door te verwijzen naar de maximumfactuur. Hierdoor sluipt het 'bijstandselement' in de ziekteverzekering. ”

bepaald bedrag, waarboven geen eigen bijdrage meer verschuldigd is.

De belangrijkste verschilpunten met de sociale en fiscale franchise zijn de uitbreiding van de in aanmerking genomen kosten (ondermeer toevoeging van geneesmiddelen en hospitalisatiekosten) en het feit dat lage

(minder dan 13.956 euro per jaar) en bescheiden inkomens (minder dan 21.455 euro per jaar) die niet tot bepaalde sociale categorieën behoren onmiddellijk in het kalenderjaar de remgelden boven hun plafond terugbetaald krijgen door de ziekenfondsen. Voordien moesten ze twee jaar wachten op de belastingbrief voor een eventuele terugbetaling. Ook werd ook een extra bescherming voor zieke kinderen ingevoerd.

Deze verdere uitbouw van de remgeldplafonds om de financiële toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen, kunnen we enkel toejuichen. Principieel is de CM steeds vragende partij geweest voor een opname van geneesmiddelen in de MAF. Ook de invoering van een onmiddellijk toepasbaar remgeldplafond voor lagere inkomensgroepen is een verbetering van de sociale bescherming.

Toch enkele kritische kanttekeningen.

- De toevoeging van hospitalisatiekosten en geneesmiddelen aan de MAF ging gepaard met een verhoging van het plafondbedrag. Dit werd bijvoorbeeld voor de gezinnen met een inkomen tussen 21.000 en 28.000 euro opgetrokken van 750 euro tot 1.000 euro. Voor gezinnen met een inkomen tussen

28.000 euro en 35.000 euro werd de grens verhoogd van 1.000 naar 1.400 euro. Dit is vooral ten nadele van de groep patiënten die weinig of geen uitgaven hebben voor gezondheidszorg in het algemeen of voor geneesmiddelen in het bijzonder.

- Er blijven tal van kosten die niet terugbetaald zijn door de ziekteverzekering en dus ook niet opgenomen zijn in de MAF: D-geneesmiddelen (bijvoorbeeld pijnmedicatie), medische materialen, ereloon-supplementen, verzorgingsproducten, prothesen en implantaten die (nog) niet zijn opgenomen in de ziekteverzekering, vervoer in het raam van medische behandelingen enzoverder. Uiteraard is het onmogelijk om al deze kosten in de MAF op te nemen. Dat is niet het punt van kritiek. Wél de voorstellingswijze alsof de MAF de ultieme oplossing is van alle problemen inzake toegankelijkheid van zorg. Het gevaar dat hierin schuilt, willen we illustreren met het voorbeeld van de medische materialen.

Sinds geruime tijd klagen ziekenhuizen aan dat hun budget onvoldoende rekening houdt met de toegenomen kost van medische hulpmiddelen. Vaak gaat het om allerlei hechtingsmaterialen of endoscopische hulpmiddelen die toelaten om operaties op een voor de patiënt meer comfortabele manier uit te voeren en de ligduur te verkorten. Sommige ziekenhuizen schuiven de factuur voor deze materiaalkost door naar de patiënt. De oplossing die tijdens deze legislatuur naar voren is gekomen, bestaat enerzijds uit het opnemen van deze materialen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (de lijst met terugbetaalbare prestaties) maar dan met een remgeld van 90% en anderzijds uit het uitvaardigen van een lijst van materialen (bij het

schrijven van deze bijdrage was die nog niet gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*) die niet door de ligdagprijs zijn gedekt en dus volledig kunnen worden aangerekend aan de patiënt. De remgelden ten belope van 90% worden opgenomen in de MAF. Concreet betekent dit echter dat alle patiënten die niet daadwerkelijk kunnen genieten van de MAF, wel zullen aankijken tegen aanzienlijke kosten voor deze nieuwe materialen.

- Hiermee komen wij aan een derde en meer fundamentele kritiek op de MAF. Het risico is reëel dat men de MAF de komende periode zal

aanwenden als een oplossing voor allerlei kosten die men niet afdoende wil of kan terugbetalen in de verplichte ziekteverzekering. De binnen de MAF gehanteerde remgeldplafonds, bedoeld als een beschermend vangnet voor te hoge eigen bij-

dragen, dreigen steeds meer de norm te worden alsof het zou gaan om een aanvaardbaar bedrag aan eigen bijdrage voor gezondheidsuitgaven. Hierbij wordt rekening gehouden met de verschillende inkomens- en sociale categorieën. Deze verschuiving gebeurt zeer geleidelijk en is daarom weinig zichtbaar (zie verder). Tal van remgeldverhogingen worden goedgepraat door te verwijzen naar de MAF. Hierdoor sluipt het 'bijstandselement' in de ziekteverzekering.

Naast het hierboven geschetst probleem van de medische materialen, kan dit geïllustreerd worden met de recente maatregelen binnen de sector geneesmiddelen

In totaal werden besparingsmaatregelen genomen ten nadele van de patiënt ten belope van 86,1 miljoen euro. Daaronder bijvoorbeeld een verschuiving van een aantal geneesmiddelen naar een minder goed terugbetaalde categorie (van B naar C).

Derieuw & Van Winkel

Een herijking van de erelonen bleef ook onder paars-groen dode letter.

”

Deze remgeldverhogingen komen voor sommige groepen chronisch zieken hard aan. Dat deze kosten in de MAF worden opgenomen, brengt enkel soelaas voor de beperkte groep van patiënten die effectief hun remgeldplafond bereiken (ongeveer 10% van de verzekerden). Bovendien houdt dit

ook voor die 10% patiënten in dat zij reeds effectief een aanzienlijk bedrag aan remgelden hebben betaald. De lagere inkomensgroepen betalen 450 of 650 euro eigen bijdrage alvorens zij beschermd zijn door het remgeldplafond. Concreet betekent dit dat iemand met een uitkering van zo'n 6.500 euro per jaar ongeveer 7% van zijn of haar inkomen aan gezondheidszorg spendeert alvorens het plafond te bereiken.

Ook voor hogere inkomensgroepen ligt de lat binnen de fiscale MAF zeer hoog. Een tweeverdienersgezin met een inkomen van 51.658 euro of meer betaalt 2.500 euro uit eigen zak alvorens het plafond in werking treedt, met dan nog een vertraging in terugbetaling van twee jaar.

We willen niet het kind met het badwater weggooien. Wel zou er een grondige evaluatie moeten komen van de effecten van de MAF en dit zowel ten aanzien van degenen die er een beroep op konden doen als ten aanzien van degenen voor wie dit niet of slechts in zeer beperkte mate het geval is.

- Een laatste kanttekening bij de MAF. Als instrument van selectiviteit binnen de gezondheidszorg is de MAF zeer complex om uit te voeren. Minister Vandenbroucke geeft weinig gehoor aan bedenkingen in dit verband, ervan uitgaand dat de patiënt hier uiteindelijk geen nadeel van ervaart. Toch heeft complexiteit haar prijs.

Derieuw & Van Winckel

Een opvallend kenmerk van het gezondheidsbeleid gedurende de voorbije jaren is de toegenomen selectiviteit.

”

Men kan zich vragen stellen als een maatregel zo ingewikkeld wordt dat slechts enkele goed geïnformeerden precies weten hoe die in elkaar zit. Niet alleen leidt dit tot een democratisch deficit, ook is het gevaar groot dat enkel de best ingelichten er maximaal voordeel kunnen uit halen.

Ereloossupplementen

Het historisch overlegmodel tussen zorgverleners en ziekenfondsen met tariefovereenkomsten en -akkoorden heeft totnogtoe bijgedragen tot een ruime mate van tariefzekerheid voor de patiënt. De overeenkomsten en akkoorden houden in dat zorgverleners zich engageren om bepaalde maximumtarieven na te leven. Wie niet tot een akkoord of overeenkomst is toegetreden, kan meer vragen dan die tarieven. Deze meerkost, die de vorm aanneemt van ereloossupplementen, valt volledig ten laste van de patiënt en is bovendien niet opgenomen in de MAF.

Tijdens de legislatuur-Dehaene werd getracht om meer garanties op tariefzekerheid in te voeren door middel van een wettelijk kader. In een tweede fase versoepelde de regering-Dehaene deze wetgeving inzake ereloossupplementen. Men wou vermijden dat het wettelijk kader elke onderhandelingsmarge tussen geneesheren en ziekenfondsen zou teniet doen. Van zodra een akkoord in werking was getreden, werd de daarin opgenomen regeling inzake ereloossupplementen opnieuw de basis voor het al dan niet beperken ervan. Als er geen akkoord van kracht was, trad een wettelijk verbod op ereloossupplementen in werking op twee- en meerpersoonskamers.

De paars-groene regering heeft de regeling inzake ereloonsupplementen verder afgebouwd, in uitvoering van een compromis met de zorgverleners. Het verbod op ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers als er geen akkoord van kracht was, werd geschrapt. Wel is een wettelijke bescherming ingevoerd van een aantal sociale categorieën (WIGW's met verhoogde tegemoetkoming, chronisch zieken, rechthebbenden op het leefloon, tegemoetkoming voor gehandicapten of inkomensgarantie-uitkering voor ouderen...) waarvoor geen supplementen kunnen worden aangerekend in twee- en meerpersoonskamers.

Hoewel hierdoor terecht kansen werden gecreëerd voor het voortbestaan van het collectief overleg, illustreert de maatregel opnieuw de tendens tot selectiviteit. Een deel van het artsenkorps is voorstander van een tweedeling in de gezondheidszorg met beperkingen van ereloontarieven voor sociaal zwakkere categorieën enerzijds en vrije tariefbepaling voor de modale patiënt anderzijds. De sinds jaar en dag opgenomen clausule in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, op basis waarvan de tarieven volledig vrij zijn boven een bepaalde inkomensgrens, getuigt daarvan. Door een wettelijke bescherming te creëren voor enkele sociale categorieën, zet men een stapje in die richting. Het risico is niet denkbeeldig dat men hierdoor evolueert naar twee gezondheidszorgsystemen met verschillende snelheden, afhankelijk van de financiële draagkracht van de patiënt.

In de voorbije legislatuur kan men immers een aanzienlijke toename vaststellen van de ereloonsupplementen. Tussen 1999 en 2001

Derieuw & Van Winckel

Een voor de bevolking niet onmiddellijk zichtbare evolutie is ongetwijfeld de aantasting van het overlegmodel.

”

stegen ze met nominaal ongeveer 9,5%. Hier gaat het dan enkel om geregistreerde supplementen binnen de algemene ziekenhuizen. Echo's vanop het terrein wijzen uit dat ook het vragen van zwarte ereloonsupplementen toeneemt. In antwoord op een CM-bevraging in

september 2002 onder de CM-leden, verklaarde 14,4% gedurende het voorbije jaar er zelf of via de naaste omgeving mee geconfronteerd te zijn geweest.

Privatisering gezondheidszorg en Europese druk

Binnen deze bijdrage is het onmogelijk om uitvoerig en diepgaand in te gaan op het probleem van de toenemende druk tot privatisering binnen de gezondheidszorg. Eerst en vooral vereist dit een uitklaring van het begrip privatisering, dat vele ladingen dekt. De privatisering kan inhouden dat een toenemend aandeel in de ziektekosten ten laste wordt gelegd van de patiënt, die zich hiervoor privaat aanvullend kan verzekeren. Privatisering kan ook betrekking hebben op de toenemende rol van private, op winst gerichte ondernemingen in de gezondheidszorg. Denken we bijvoorbeeld aan de geneesmiddelensector die volledig op commerciële leest is geschoeid.

In dit artikel beperken we ons tot enkele vaststellingen over de toename van het aandeel van gezondheidsuitgaven dat hetzij door particulieren hetzij door de private verzekeringsondernemingen gedragen wordt.

Het is niet eenvoudig om een correct beeld te krijgen van de eigen bijdragen van de patiënt voor zijn of haar gezondheidszorg. Die zijn volgens berekeningen op basis van CM-gege-

vens (gestoeld op facturen voor de algemene ziekenhuizen) tussen 1999 en 2001 nominaal gestegen met 16%. Een globale opvolging van de eigen betalingen van de patiënt ontbreekt momenteel.

Een debat ten gronde over de eigen bijdragen voor de patiënt is meer dan aangewezen. In deze evenwichtsoefening dient gezocht naar een gezondheidszorg die op een aanvaardbare manier beslag legt op de collectieve middelen en tezelfdertijd maximaal de kosten van ziekte ten laste neemt in solidariteit, ongeacht inkomen of sociale status.

Als we kijken naar de ons omringende landen, is het betalen van een eigen bijdrage voor gezondheidszorg niet zo vanzelfsprekend. De CM heeft nooit bezwaar gehad tegen remgelden als instrument om een zeker kostenbewustzijn te creëren. Maar de CM is gekant tegen een sluipende privatisering door noodzakelijke kosten niet langer terug te betalen of de eigen bijdrage te verhogen.

De voorbije jaren merken we ook een toemend succes van de aanvullende private verzekeringen. Onder paars-groen werd een reeds aanwezige tendens enkel verdergezet. Voor individuele hospitalisatiecontracten steeg het bedrag aan geïnde premies van 107 miljoen euro in 1998 tot 137 miljoen euro in 2000. Ter vergelijking: in 1994 bedroeg dat amper 55 miljoen euro. De groei in de private hospitalisatieverzekeringen zet zich door.

De druk op onze sociale bescherming en de toenemende rol van de private sector is voor een stuk het gevolg van een groeiende invloed van Europa op dit terrein. Enerzijds is er de concurrentie tussen de landen op vlak

van loonkost, waardoor het steeds moeilijker wordt om de bijdragen te verhogen ten voordele van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg. Anderzijds is er de Europese druk om de *non-profit* te onderwerpen aan concurrentieregels zoals die ook gelden voor de commerciële organisaties.

De bevoegde minister was erg gevoelig voor de problematiek en heeft een aantal stappen ondernomen om op Europees vlak de sociale bescherming op de agenda te plaatsen. Vandenbroucke ijverde voor het opnemen van een sociale clausule in de Europese Conventie en pleitte herhaaldelijk voor het opnemen van sociale waarden en doelstellingen als tegenwicht tegen een al te eenzijdige economische invalshoek. In dat kader kante hij zich ook tegen het onderwerpen van de ziekenfondsen aan dezelfde mededingingslogica als private verzekeringsmaatschappijen op het vlak van aanvullende ziektekostenverzekeringen.

KOSTENBEHEERSING

Hoewel een objectieve meting van de behoeften ontbreekt, is duidelijk dat de toename van het budget niet volstaat om tegemoet te komen aan de steeds toenemende noden.

De laatste tien jaar kende men in de gezondheidszorg een uitgavenstijging van gemiddeld 4%, buiten inflatie. Tussen 1999 en 2001 stegen de uitgaven met gemiddeld 4,8% in reële termen. Dit is een doorzetting van de trend die zich de laatste tien jaar aftekent.

De paars-groene regering kon deze evolutie niet ombuigen. Het is trouwens zeer de vraag of welke regering dan ook in staat is een rem te zetten op de uitgavengroei zonder de toegankelijkheid van de zorg in gevaar te brengen.

Derieuw & Van Winckel

In tegenstelling tot wat men ons vaak wil doen geloven, is de maximumfactuur niets nieuws onder de zon.

”

gen. Dat de groeicijfer in de gezondheidszorg van 1,5% opgetrokken werd tot 2,5% getuigt reeds van enig realisme. Maar ook 2,5% is geen haalbare kaart als we rekening houden met bepaalde factoren die onvermijdelijk leiden tot een toename van de uitgaven: de vergrijzing, de technologische vernieuwingen in de gezondheidszorg, de hoge en weinig samendrukbare personeelskosten in de gezondheidszorg...

Responsabilisering en doelmatigheid waren de kernwoorden van paars-groen om de groei van het budget te beheersen. Beide zijn belangrijk. Minister Vandenbroucke heeft een welkome oefening gedaan in het verzoenen van een vrij liberale gezondheidszorg, waar zorgverleners de therapeutische vrijheid hoog in het vaandel voeren, met de noodzaak om sturend op te treden, teneinde de sociale dimensie van de gezondheidszorg te vrijwaren. Of hij hiermee geslaagd is in een operatie-kostenbeheersing is nog de vraag.

Responsabilisering van alle actoren en vooral het terugdringen van de grote verschillen tussen medische praktijken zijn wel noodzakelijk om de middelen zo optimaal mogelijk te besteden.

In wat volgt worden enkele van de maatregelen om de uitgaven onder controle te krijgen verder toegelicht.

Geneesmiddelen

Eén van de zorgkinderen in de ziekteverzekering is de sector van de geneesmiddelen die momenteel zo'n 17,5% van het budget voor gezondheidszorg inpalmt en bovendien één van de belangrijkste groeiposten is.

Vandenbroucke heeft geprobeerd de uitgaven voor geneesmiddelen onder controle te krijgen. Jammer genoeg werd hoofdzakelijk gekozen voor de meest zekere weg van besparingen die uiteindelijk neerkomt op een doorschuifoperatie van kosten naar de patiënt. De minister rechtvaardigde deze operatie door te verwijzen naar een noodzakelijke opname van nieuwe en dure geneesmiddelen in het pakket van de ziekteverzekering.

Derieuw & Van Winckel

Het is zeer de vraag of welke regering dan ook in staat is een rem te zetten op de uitgavengroei zonder de toegankelijkheid van de zorg in gevaar te brengen.

”

Hij voerde het principe in van de referentierugbetaling voor geneesmiddelen waarvan het

brevet verstreken is. Dit houdt in dat de terugbetaling losgekoppeld werd van de reële kostprijs van het product en gebaseerd op de kostprijs van het goedkoper (generisch) alternatief. Tot 31 mei 2001 gold een verminderd persoonlijk aandeel voor de generische geneesmiddelen. Dit bleek echter geen voldoende stimulans om van deze producten gebruik te maken. Daarom werd vanaf 1 juni 2001 voor sommige originele specialiteiten waarvoor een generisch alternatief op de markt is, een nieuwe basis van tegemoetkoming bepaald, die de kostprijs van het generisch product benadert. 'Generieken' moeten momenteel minstens 26% minder kosten dan de originele specialiteit.

Het verschil tussen deze nieuwe basis van tegemoetkoming en de publieksprijs (het 'bijkomend gedeelte') valt nu ten laste van de rechthebbende. Dit groter verschil moet iedereen er toe aanzetten zo veel mogelijk te kiezen voor generische geneesmiddelen.

Het succes van deze aanpak blijkt uit het feit dat in een aantal gevallen de farmaceutische bedrijven de prijs van de originele producten hebben laten zakken om te kunnen blijven concurreren met de generische.

Maar er zijn ook schaduwzijden aan deze aanpak.

- Ten eerste spitst de maatregel zich volledig toe op de oudere geneesmiddelen, terwijl vooral de kostprijs van nieuwe producten zorgen baart.
- Ten tweede zijn de financiële prikkels om goedkopere geneesmiddelen te gebruiken eenzijdig gelegd bij de patiënt, terwijl de arts een doorslaggevende rol speelt in de keuze van de producten. De apotheker heeft in België geen substitutierecht en vele geneesheren schrijven nog steeds duurdere merkproducten voor. Daardoor komt de kostprijs van de operatie voor een groot deel te liggen bij de patiënt.

Paars-groen heeft nog andere maatregelen genomen die leiden tot een hogere eigen bijdrage van de patiënt in de uitgaven voor geneesmiddelen. Bepaalde producten werden ondergebracht in een minder terugbetaalde categorie. Het remgeld voor grote verpakkingen ging naar omhoog.

In 2002 bedroegen de uitgaven voor geneesmiddelen meer dan 5 miljard euro. Slechts de helft hiervan wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, de andere helft betaalt de patiënt via het remgeld of niet-terugbetaalde geneesmiddelen.

Een fundamenteel ingrijpen in de sector vereist dat de pure commerciële logica bij de farmaceutische industrie een stuk doorbroken wordt. Hoewel niemand zal ontkennen dat de middelen hiertoe in de huidige context van globalisering niet voor de hand liggen, is er weinig vooruitgang te melden op dit vlak. Doorzichtigheid van de kosten op internationaal niveau is noodzakelijk. Amerikaanse farmaceutische firma's geven twee en halve

keer meer uit voor *marketing*, publiciteit en administratiekosten dan voor onderzoek en ontwikkeling. Ziekenhuizen en artsen worden overdonderd met *marketing*technieken die alom bekend zijn, maar waar niet makkelijk kan op ingegrepen worden. Het gaat dan vooral om het toekennen van financiële en andere voordelen (*software*, vakanties, uitrusting...) aan zorgverleners en ziekenhuizen die meewerken aan de laatste fasen van het testen van geneesmiddelen, het geven van eenzijdige informatie (lees: 'publiciteit') in artsenbladen, het optreden als sponsor bij congressen en patiëntenverenigingen enzovoort. De organisatie en subsidiëring van onafhankelijke informatie over geneesmiddelen aan gezondheidswerkers en publiek is te beperkt. Te weinig initiatieven werden genomen om het geneesmiddel opnieuw een plaats te geven binnen een logica van volksgezondheid ten dienste van de burgers, maar niemand zal ontkennen dat dit een werk van lange adem is.

Nieuwe ziekenhuisfinanciering

Het belangrijkste motief van de ingrijpende hervorming van de ziekenhuisfinanciering mag men geenszins herleiden tot het aspect kostenbeheersing. Het is ook niet onze bedoeling om stil te staan bij de hervorming op zich, hoe belangrijk en boeiend dit thema ook is. Wel willen wij hier een licht werpen op hoe paars-groen via een verregaande forfaitarisering controle wil krijgen over de uitgavengroei van intramurale zorg.

Eén van de resultaten van de nieuwe financiering is immers de evolutie van een 'open-end-financiering' naar een 'gesloten budget'. De nieuwe reglementering

Derieuw & Van Winckel

De CM is gekant tegen een sluipende privatisering door noodzakelijke kosten niet langer terug te betalen of de eigen bijdrage te verhogen.

”

bepaalt via ingewikkelde en moeilijk te interpreteren regels hoe het nationale budget verdeeld wordt over de verschillende ziekenhuizen en dit op basis van activiteit. Het uitgangspunt bij een gesloten budget is echter steeds dat wat ziekenhuis A meer ontvangt ten koste gaat van het budget van ziekenhuis B, C en D. Het nationale budget is vastgesteld op basis van historische gegevens die onvoldoende rekening houden met de werkelijkheid. Normen opgelegd door diverse overheden werden niet steeds vertaald in een verhoging van het budget. Dit is onder meer het geval voor de financiering van het verpleegkundig personeel, de normen die aanzetten tot eenmalig gebruik van medische materialen enzovoorts.

De structurele onderfinanciering zal de ziekenhuizen er steeds meer toe aanzetten om maximaal gebruik te maken van alternatieve financieringsbronnen: afdrachten op ereloon-supplementen, kamersupplementen, supplementen voor allerlei materialen...

Responsabiliseren van artsen en ziekenhuizen en terugdringen van praktijkvariabiliteit

Op 25 februari 2003 sprak minister Vandebroucke de cardiologen toe op een congres over kwaliteit en responsabilisering in de gezondheidszorg: "Eén van de taboes berustte op de grote, en niet altijd verantwoorde, praktijkverschillen die in ons land bestaan. Op zichzelf is het niet verrassend dat er verschillen bestaan in medische praktijken, ook in andere landen kent men dit fenomeen. Het is wel vreemd dat het debat daarover niet gevoerd zou worden."

Terecht heeft de minister inspanningen geleverd om tot meer standaardisatie te komen. Deze praktijkverschillen creëren immers vermoedens van overconsumptie en misbruik.

Elke maatregel die een antwoord kan bieden op de legitimiteitscrisis binnen de gezondheidszorg is meer dan welkom. Een schaduwzijde is uiteraard dat door steeds weer media-geniek te focussen op misbruik en overconsumptie, de legitimiteitscrisis ook werd versterkt.

Tezelfdertijd ontbrak de intellectuele eerlijkheid om toe te geven dat men de uitgavenstijging in de gezondheidszorg niet kan tegenhouden door enkele maatregelen om misbruiken tegen te gaan.

Om de praktijkvariabiliteit terug te dringen, werden op verschillende fronten stappen gezet. Vooreerst zijn er wat betreft de aanzienlijke praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen normuitgaven vooropgesteld voor bepaalde standaardingrepen. Ziekenhuizen die hiervoor gemiddeld meer dan 10% meer uitgeven dan dit plafond, moeten de overschrijding terugbetalen aan de ziekteverzekering. Ook voor de behandeling van bepaalde aandoeningen (die geen heelkundige ingrepen vergen) zijn standaardprijzen vastgelegd. Ziekenhuizen die voor de helft van de standaardingrepen of -aandoeningen met ten minste 10% boven de gemiddelde kostprijzen uitstijgen, zullen vermeld worden op een *website*.

Het is te vroeg om deze maatregelen te evalueren. Ten aanzien van de verschillende ziekenhuizen was er al een eerste informatieverstrekking op basis van de gegevens in 1997, maar waarbij men ook rekening zal houden met gegevens van 2002. Hoewel het nog de vraag is of men de terugvordering ook daadwerkelijk kan afdwingen, gaat er van deze informatieve stap al een belangrijk preventief effect uit. Verwacht wordt dat de discussies naar aanleiding hiervan daadwerkelijk zullen bijdragen tot meer doelmatigheid.

In dezelfde geest van aanmoedigen van meer doelmatigheid en terugdringen van praktijkvariabiliteit, werd ook gesleuteld aan de controle op het voorschrijfgedrag van artsen. Een bestaand wettelijk verbod op onnodig dure en overbodige prestaties kon bij gebrek aan juridisch sluitende instrumenten totnogtoe zeer moeilijk hard gemaakt worden.

In de nieuwe benadering wordt het onnodig duur of overbodig karakter van de onderzoeken of behandelingen geëvalueerd op basis van één of meer 'indicatoren van manifeste afwijking', vastgelegd door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. Die keurt ook de aanbevelingen van goede medische praktijkvoering goed, waarop deze indicatoren gebaseerd worden. Via een preventief systeem waarbij de arts eerst wordt ingelicht over zijn of haar sterk afwijkend profiel en er gevraagd wordt of de voorschrijver dit kan verklaren, kan hij of zij, als er geen plausibele verklaring volgt, gedurende zes maanden onder *monitoring* geplaatst worden. Daarna volgt een re-evaluatie en pas nadien kunnen er administratieve geldboeten worden opgelegd.

Een gelijkaardige procedure wordt ingesteld voor het voorschrijven van bepaalde dure farmaceutische specialiteiten type Bf. De nieuwe wet beoogt ook hier de responsabilisering van de geneesheren-voorschrijvers.

Of op die manier voldoende garanties zijn ingebouwd om de maatregelen ook effectief te kunnen afdwingen, dient nog afgewacht. Het voorschrijven van prestaties is immers een complex iets, waarbij rekening dient gehouden met tal van factoren. Sancties opleggen, niet op basis van een individueel aanwijsbare inbreuk, maar op grond van louter statistische informatie is juridisch een heikele oefening, waarbij men

moet rekening houden met de rechten van verdediging.

Herijking van de erelonen

Naast de grote praktijkvariabiliteit is eveneens sinds lang bekend dat de onderlinge verhouding tussen de in de loop van de jaren gegroeide honoraria niet altijd verantwoord is vanuit het standpunt van de zorgvuldige verdeling van de middelen in de gezondheidszorg.

Een overwaardering van technische prestaties enerzijds en een onderwaardering van intellectuele daden anderzijds creëert scheeftekingen en leidt tot tekorten van sommige beroepsgroepen (bijvoorbeeld de kinderpsychiaters).

Overconsumptie van sommige dure technische prestaties wordt in de hand gewerkt door een overwaardering van sommige hiervan. Bepaalde specialisten verdienen een veelvoud van wat anderen verdienen zonder dat objectieve factoren dit kunnen verantwoorden.

Een herijking van de erelonen wordt daarom in elke beleidsverklaring met veel woorden aangekondigd. Maar deze aarts-moeilijke oefening bleef ook onder paars-groen dode letter.

Derieuw & Van Winkel

Ziekenhuizen en artsen worden overdonderd met marketingtechnieken die alom bekend zijn, maar waar niet makkelijk kan op ingegrepen worden.

”

EVOLUTIE OP VLAK VAN BESLUITVORMING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Over een laatste tendens onder vorige legislatuur is op de - overigens uitstekende - *website* van minister Vandenbroucke weinig terug te vinden: vier jaar paars-groen heeft nogal wat verschuivingen teweeggebracht inzake de besluitvorming in de gezondheidszorg.

Het overlegmodel heeft de voorbije veertig jaar gezorgd voor een gezondheidszorg in België die model kan staan voor Europa en waarvan de kostprijs niet afwijkt van het Europees gemiddelde. Een voor de bevolking niet onmiddellijk zichtbare evolutie is ongetwijfeld de aantasting van dit overleg.

Wetenschappelijk gefundeerde en tijdrovende adviezen van overlegorganen werden gevraagd, maar nauwelijks of niet afgewacht alvorens een beslissing te nemen. De geneesmiddelensector kan hiervoor model staan. Een nieuwe commissie werd opgericht die het gewicht van de klassieke partners heeft verminderd ten voordele van deskundigen en vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie.

Ook andere conventiecommissies werden soms buitenspel gezet door parallelle onderhandelingen in een ondoorzichtig circuit van een beperkt aantal uitverkorenen.

Hierdoor is de malaise in het overlegmodel groot en wordt de bereidheid van zorgverleners en zorginstellingen om nog mee te denken in een beleid van financieel toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg onder druk gezet.

De verdere werking van het collectief overleg in de komende jaren zal allicht één van de belangrijkste knelpunten zijn waarop een antwoord dient geformuleerd. Ook de rol van de verschillende actoren hierin en de afbakening van de taken tussen RIZIV, ziekenfondsen, overheid en zorgverleners verdient de nodige aandacht.

Ook richtte de minister een Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg op, dat beleidsinformatie moet aanreiken op basis van de ana-

lyse van gegevens die nu verspreid zijn over diverse instanties. Op zich is het bundelen van informatie over en kennis van beleidsinformatie inzake gezondheidszorg uiteraard een goede zaak. Maar het Kenniscentrum houdt opnieuw een verschuiving in van zeggenschap van de klassieke overlegorganen binnen het RIZIV naar een meer centraal gestuurde instantie die afhangt van de minister.

Ten slotte is er een belangrijke evolutie in de besluitvorming die te maken heeft met de toenemende europeanisering van de gezondheidszorg. Zowel inzake grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten en zorgverleners als inzake toepassing van de mededingingsregels merken we een toenemende invloed van Europa. Europa dwong ons om de nomenclatuur inzake rolwagens aan te passen. Ook in de sector van de medische hulpmiddelen en

de geneesmiddelen werd belangrijke Europese regelgeving uitgevaardigd. Nog al te vaak is die eenzijdig ingegeven door de absolute prioriteit voor vrije concurrentie en vrij verkeer op alle terreinen.

Hoewel de impact van de Belgische regering op dit vlak veeleer beperkt is, werd tijdens

de voorbije vier jaar de europeanisering waakzaam opgevolgd en in de mate van het mogelijke werden voorstellen gedaan om sociale waarden in de organisatie van onze gezondheidszorg te behouden.

BESLUIT

Dit al te beknopte overzicht van het gezondheidszorgbeleid onder paars-groen levert een genuanceerd beeld op. Positief is alvast dat de minister een duidelijke visie had, met een

Derieuw & Van Winckel

Als geen ander kennen paars-groen en minister Vandebroucke de kunst om de media te bespelen en hun beleid te verkopen.



oprechte bekommernis voor het behoud van een sociale bescherming en een solidaire gezondheidszorg. Bovendien had hij de moed om in een kluwen van belangen zijn kijk door te drukken en duidelijke keuzen te maken.

De gunstige conjunctuur maakte het mogelijk dat er bij paars-groen voor elk wat wils was. Maar door de liberaal geïnspireerde belastinghervorming was de marge om de steeds toenemende noden inzake sociale bescherming en gezondheidszorg in te vullen wel beperkt. De voorbije vier jaar werd gekenmerkt door een rist belangrijke hervormingen in de gezondheidszorg, doorgevoerd met de vaart van een hogesnelheidstrein. Maatregelen die vandaag in het *Belgisch Staatsblad* verschijnen, moeten morgen reeds worden uitgevoerd. Vaak was er geen plaats noch voor 'echt' overleg noch voor de uitvoeringsproblemen op het veld. De vermenigvuldiging van het aantal regeltjes en de complexiteit van de regelgeving maken het sociaal systeem ondoorzichtig en niet meer uit te leggen aan de bevolking. Dit leidt tot een democratisch deficit. Jarenlang functionerende overlegorganen werden subtiel verzocht een stapje terug te zetten.

Als geen ander verstonden paars-groen en minister Vandenbroucke de kunst om de media te bespelen en hun beleid te verkopen. Maar ook dat had zijn prijs. Het inspelen op publiek geuite ongenoegens met een snelle kordate oplossing leidde soms tot maatregelen die niet steeds de wetenschappelijke kritiek konden doorstaan.

Ten slotte heeft de CM herhaaldelijk haar bezorgdheid geuit over het gevaar van een te verregaande (inkomens)selectiviteit in de gezondheidszorg. In de optie van een doorgedreven selectiviteit vinden blauw, rood en groen elkaar, hoewel zij misschien andere doelstellingen hebben.

Soms wordt vergeten dat de kloof tussen de financiers van het stelsel (de actieve bevolking) en diegenen die recht hebben op de prestaties steeds groter wordt. Hoe lang zullen de financiers van het stelsel bereid blijven te betalen voor een verplichte ziekteverzekering waarvan zij steeds minder de vruchten plukken? Op deze vraag zal wellicht slechts een antwoord komen als mensen aan den lijve ondervinden wat de gevolgen zijn van een te ver doorgedreven selectiviteit. En dat zal niet op 18 mei zijn.