



VBS - GBS

SYMPOSIUM

Geneesmiddelen

Koninklijke Bibliotheek van België

Médicaments

Bibliothèque Royale de Belgique

03.02.2007

Besparingen in de ziekteverzekering : de forfaits

Dr J.L. DEMEERE

Inleiding :

In alle ontwikkelde landen nemen de kosten voor gezondheidszorg dermate toe dat ze de groei van het bruto binnenlands product veruit overstijgen. Om hieraan het hoofd te bieden en de kosten in te dijken, ontwikkelen de politici verschillende strategieën. In sommige landen, nl. Scandinavië en het Verenigd Koninkrijk, ontstaat er een meer markt- en concurrentie gerichte ingesteldheid. Andere landen, zoals België, gaan over tot de meer bureaucratisering en regulering van het aanbod (en niet van de vraag). Een van de technieken om het aanbod te reguleren bestaat in het creëren van financiële ademnood door het opleggen van forfaits.

De kost van de geneesmiddelen :

In vergelijking met andere RIZIV-budgetten, zoals bv. de medische honoraria, is de stijging van het geneesmiddelenbudget veel belangrijker. Van 1991 tot 2003, stijgt het geneesmiddelenbudget met 4,83 %, terwijl het budget voor medische honoraria, het globaal RIZIV-budget en het BBP respectievelijk slechts met 1,35 %, 3,61 % en 1,9 % stijgen. Een eerste vaststelling is dat de kostenstijging van de geneesmiddelen duidelijk afwijkt van de overige uitgaven voor gezondheidszorg.

Gaan we de stijging na van 1997 tot 2003 van de totale onkosten voor de ambulante sector, dan merken we een stijging met 7% van de kosten terwijl het voorschriftvolume slechts met 5,3 % is gestegen. Dit resulteert in een stijging met 1,6% van de kosten per dagelijkse dosis (DDD) bovenop de stijging van het verbruik. Tweede vaststelling is dat de geneesmiddelen duurder zijn geworden.

Een analyse van de stijging van het aantal voorschriften en kosten per klasse van geneesmiddelen toont aan dat de klasse van de HMG-CoA reductase inhibitoren het meest wordt voorgeschreven (7,2 % van de totale kosten en 7,7 % van de DDD). Agentia van klasse L (ATC), hetzij de antineoplasie- en immunomodulerende middelen, worden daarentegen minder voorgeschreven maar zijn duur (8% van het totaal budget) en vertonen een stijgende DDD-kost tussen 2002 en 2003 met 5,6%. De derde vaststelling is dat sommige geneesmiddelen verantwoordelijk zijn voor deze uitgavenstijging.

De strategieën van de ministers :

Om het hoofd te bieden aan deze explosie van de gezondheidskosten zagen de opeenvolgende ministers geen heil in een gezondheidsbeleid maar in een strakke budgettaire controle van de gezondheidsuitgaven. Talrijke landen evolueren naar een beleidsautonomie van het zorgaanbod in het kader van een doelstellingscontract met de overheid. Men gaat in de richting van een gezondheidsmarkt met concurrentie tussen de aanbodscomponenten. Dit is het geval voor Spanje, Italië en Portugal. Maar ook in landen waar het zorgaanbod streng gecontroleerd wordt door de overheid, zoals in Scandinavië en het Verenigd Koninkrijk (foundation trust). In ons land daarentegen spitst de nieuwe ziekenhuis"Governance" zich niet toe op het aanbod voor de verschillende belanghebbenden, de shareholders van het nieuw beleid. De corporate governance in onze ziekenhuizen is onderworpen aan het dirigisme van de centrale macht. Bureaucratisering en centrale controle beknotten de vrije onderneming en de share holders in onze ziekenhuizen zijn vervangen door juristen die de uitvoerbaarheid onderzoeken, analyseren en berekenen van de talrijke wetten, besluiten, decreten, ministeriële of administratieve richtlijnen, RIZIV-richtlijnen, interpretatieregels, aanbevelingen van de NRKP en de allerheiligste studies van het Kenniscentrum.

In tegenstelling tot de andere landen bepalen de bureaucraties, het dirigisme, de centralisatie van de beslissingen, onze strategie inzake volksgezondheid. Nochtans was ons gezondheidszorgsysteem juist befaamd voor zijn brede toegankelijkheid tot een hoogstaand kwalitatieve geneeskunde overal en voor iedereen.

De zorgprogramma's, forfaits, referentiebedragen, programmatie van zware apparatuur enz... getuigen van de politieke keuzen die gemaakt worden : bureaucratisch dirigisme met het oog op budgetbeheersing. En de verkozenen des volks stigmatiseren dan maar de beroepsgroepen, zoals de artsen, als de grote verantwoordelijken voor de budgetontsporingen of van de kostenstijgingen. De beleidsmaatregelen inzake honorariumsupplementen zijn hiervan een tekenend voorbeeld. Men "vergeet" de bevolking te vertellen dat 48% van de ziekenhuisfinanciering gebeurt door medische honoraria. Men past het forfaitssystemen toe zonder zich te bekommeren over de kwaliteit van de zorgverlening. Men verkondigt alom dat infarcten enkel nog in sommige centra verzorgd mogen worden, terwijl hiervoor elke minuut telt. De toegang tot geneesmiddelen wordt beperkt op basis van statistieken over het aantal behandelde gevallen. Dit wordt allemaal toegedekt om de kiezer onder hypnose te doen geloven in het sociaal karakter van de getroffen beslissingen. Het gezondheidsbeleid berust op een budgettaire bureaucratie.

De geneesmiddelenforfaits :

De beheersing van de geneesmiddelenuitgaven gebeurt via de ziekenhuisforfaits. De beslissing is de eenvoud zelve. Op basis van de case-mix wordt de geneesmiddelenkost geanalyseerd.

Aangezien per definitie alle patiënten gelijk (of identiek) zijn, de diagnoses dezelfde zijn en de therapeutische keuzen invariabel, moet de geneesmiddelenkost logischerwijze ook dezelfde zijn. Uitgaande van deze gegevens spreekt het voor zich dat de kost identiek is.

Maar hoe integreert men dan de werkelijke variatie tussen de instellingen?

Door een eenvoudige redenering: het gemiddelde moet de werkelijke kost zijn. Met andere woorden: geen therapie is de goede praktijk, wel therapie genereert per definitie een kost die hoger ligt dan het gemiddelde. Sic !

Vanuit de positie van een ziekenhuisbeheerder, een ziekenhuisapotheker, of een geneesheer-diensthoofd bekijkt men het probleem als een beleidverantwoordelijke die op elk ogenblik elk financieel tekort moet vermijden. Op basis van de case-mix van twee jaar geleden, wordt er

een budget toegekend. Men moet er hoe dan ook op toezien dat dit budget vandaag de geneesmiddelen uitgaven dekt voor alle patiënten ... en liefst nog een positief saldo genereert. Met andere woorden, men moet het verbruik beperken tot het minimum minimorum, en de onkosten tot het goedkoopste. Het is dan wel zeer de vraag of de beleidsbeslissing van vandaag over twee jaar nog de goede is, want wat zal dan het gemiddelde zijn? Maar dat zijn zorgen voor morgen. Als men de redenering verder doordrijft eindigt men bij de onthouding van therapie. De beste patiënt is dan diegene die niet langer geneesmiddelen krijgt voor een gestelde diagnose.

De moraal van het verhaal is dat de kwaliteit van de zorgverlening totaal obsoleet is en dat de case-mixen bepalend zijn voor de financiering.

Besluit:

De evolutie van het Belgisch gezondheidsbeleid wordt gekenmerkt door budgetbeheersing van de uitgaven door middel van een doorgedreven bureaucrativering. Deze budgetcontrole gebeurt ondermeer door het forfaitsysteem. Dit beleid hecht geen belang aan de kwaliteit van de zorgverlening en stuurt aan op restrictieve attitudes wat het toedienen van therapeutische middelen betreft.