

## **U hebt niets aan een gezondheidszorg, als de rekening u ziek maakt.**

De voorbije dagen hebben we duidelijke boodschappen gekregen van Open VLD en CD&V. Zij willen de groei van de gezondheidszorg beperken, en koppelen aan de economische groei. Sputtert de economie, dan moet de gezondheidszorg het dus ontgelden. Voor Open VLD is 2,5 procent de maximale groeïnorm. CD&V houdt het bij de economische groei: 2 procent in de komende vijf jaar, volgens het Planbureau. We noteren dat de groei in het RIZIV budget in 2008-2009 gemiddeld 8,29 procent was. De uitgaven voor geneesmiddelen gingen 10 procent omhoog. Het verschil tussen de praktijk en wat ons te wachten staat, is dus wel erg groot.

Bovendien moeten we oog hebben voor een aantal duidelijke evoluties:

1. Er wordt steeds meer aan geneesmiddelen besteed. In 2008-2009 was er een gemiddelde stijging van 7,87 procent van de uitgaven voor geneesmiddelen in de ziekteverzekering. Door actief ingrijpen verminderde de prijs per dosis in 2005, 2006 en 2007. Sindsdien is die evolutie gestopt en werd geen vooruitgang meer geboekt. Opvallend is nu dat er een verschuiving optreedt naar nieuwe en duurder behandelingen en dito geneesmiddelen.
2. De kosten voor hospitalisatie zijn sterk gestegen. Dit wordt deels opgevangen door hospitalisatieverzekeringen (die daardoor duurder worden en voor sommigen onbetaalbaar) en door patiënten die zelf meer remgeld betalen. Tussen 2006 en 2008 stegen de supplementen gemiddeld van 257 naar 282 euro. Dat is een stijging van bijna 10 procent (5 procent per jaar). Daarmee wordt de impact van de beperking van de remgelden tot een kwart van de factuur, teniet gedaan. Terwijl de factuur in een twee- of meerpersoonskamer sinds 2004 quasi stabiel bleef, steeg de factuur in een eenpersoonskamer fors (met 17 procent in 2 jaar). De kloof tussen beide kamertypes wordt steeds groter.
3. De wet om de hospitalisatieverzekeringen aan banden te leggen, heeft haar doelstelling gemist. De uittredende federale regering koos de kant van de verzekeringsmaatschappijen. De premies voor de hospitalisatieverzekeringen zijn de laatste drie jaar met 20 tot zelfs 120 procent gestegen. Begin 2009 keurden de regeringspartijen bovendien een reparatiewet goed, die willekeurige prijsstijgingen en discriminatie volgens leeftijd of eerdere ziektes mogelijk maakt. Een kostelijke achteruitgang.
4. Omdat de financiering van de ziekenhuizen nog altijd onlosmakelijk verbonden is aan de prestatiegebonden geneeskunde, blijft er een grote druk op de geneesheren om extra onderzoeken uit te voeren, zodat dure medische apparatuur rendeert. Artsen en directies vinden elkaar in dit perfide systeem van prestatiegeneeskunde. De patiënten en de ziektebudgetten worden daar niet beter van. Meer diagnostische tests en meer bloedproeven verminderen het ziekenhuisdeficit, en ook de arts wint erbij. Dat is niet houdbaar. Op deze manier krijgen we de kosten in de klinische biologie en de beeldvorming nooit onder controle. Het systeem is pervers en moet veranderen. Dat zeggen de ziekenhuisdirecties nu ook zelf.

De basishouding van **sp.a** is eenvoudig:

- kwalitatieve gezondheidszorg met bijzondere aandacht voor preventie
- toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen
- betaalbare gezondheidszorg voor iedereen
- efficiënte en spaarzame gezondheidszorg

Onze vier doelstellingen zijn eenvoudig, maar gebundeld vergen ze natuurlijk een complex beleidsarsenaal. In elk geval betekent zo'n benadering dat er niet kan gewerkt worden met

bindende maximale uitgavennormen. Een uitgavennorm die gebonden is aan de economische groei, betekent dat we op gezondheidszorg moeten rantsoeneren als het economisch slechter gaat. Daardoor gaat men minder goed of te laat zorgen verstrekken, wat overigens weer meer kosten en veel meer ongelijkheid teweeg brengt. CD&V mag dan al zeggen dat de patiënt zal worden ontzien, als ze de norm van de economische groei aanhoudt, kan ze daar per definitie geen enkele garantie voor geven.

**sp.a** houdt vast aan de norm dat **elke patiënt ten allen tijde de nodige kwaliteitsvolle zorg krijgt aan een voor hem/haar betaalbare prijs**. Er is geen reden om per se meer uit te geven dan nodig, omdat er nu eenmaal een norm is. Maar het is ook niet aanvaardbaar minder te geven dan nodig, omdat er een norm is. Het is wel verstandig om een bedrag opzij te leggen als alle budgetten niet zijn opgebruikt, om toekomstige noden in de gezondheidszorg op te vangen. En dat die eraan komen, bewijzen alle studies inzake de snel verouderende bevolking, die niet alleen meer zal vergen inzake pensioenen, maar zeker zoveel inzake zorg.

In plaats van met een norm te werken, willen we met duidelijke en toetsbare criteria werken. Als deze criteria positief worden beantwoord, is onze evaluatie positief, anders niet.

1. De geneesmiddelen buiten patent mogen enkel aangeboden worden aan de **goedkoopste prijs uit de ons omringende landen**. Als de prijs hoger is, valt het product uit het terugbetalingsmechanisme. Apothekers spelen hierbij een belangrijke rol. Dit model noemen we het colruytmodel. Voor sommige geneesmiddelen buiten patent kan dit een besparing opleveren die tot 80 procent gaat. In bijlage gaat een meer gedetailleerde beschrijving van dit model.
2. Voor nieuwe geneesmiddelen werken we met **prijs-volumecontracten**. Naargelang er meer van een nieuw geneesmiddel wordt verkocht, daalt de kostprijs, door een terugbetaling van het grootste deel van de extra inkomsten aan de overheid. Tot op heden is dat één keer gebeurd (Flolan). Deze techniek is aangewezen voor nieuwe en dure geneesmiddelen.
3. **De overconsumptie moet elk jaar verminderen**. Publiekscampagnes zijn belangrijk, maar ook de opvolging van het voorschrijfgedrag. Als er een duidelijke en onverantwoorde afwijking is, moet de voorschrijver daar financieel voor gesanctioneerd worden. De overheid moet duidelijke richtlijnen geven over 'beste praktijken'.
4. Bij een ziekenhuisopname kan voor het verblijf in een eenpersoonskamer een supplement gevraagd worden. Dat mogen dan **geen supplement meer zijn voor doktershonoraria of andere medische kosten, maar enkel voor extra comfort**. Op de operatietafel ligt iedereen alleen, daar mag geen onderscheid gemaakt worden inzake verzorging. Hospitalisatieverzekeringen zullen dus het comfort van een eenpersoonskamer op zich nemen en de remgelden die voor iedereen gelijk zijn. Maar ze zullen niet meer de honorariasupplementen moeten opnemen en moeten dus ook in prijs verlaagd worden. De Vlaamse hospitalisatieverzekering kan hier marktbepalend worden.
5. De ziekenhuisfinanciering willen we drastisch omgooien. **Wij willen een all in-financiering van de ziekenhuizen, dus niet meer per (overbodige) prestatie**. Zo'n financiering staat dus los van de prestaties van de artsen inzake diagnose en behandeling. Op die manier werken we de overconsumptie om de kosten van het ziekenhuis te betalen weg. De all in-financiering betekent ook dat we het statuut van de artsen kunnen aanpassen en verbeteren. Er is een strenge externe kwaliteitscontrole nodig. De ziekenhuissector klaagt sinds lang over onderfinanciering. Als dat zo is, moet die via de all in-financiering weggewerkt worden. Dit

vereist wel een volledige transparantie van de ziekenhuisbudgetten. Onze vraag voor een ernstige audit werd tot op heden niet beantwoord. Het lijkt ons nogal logisch dat alle ziekenhuizen die werken met publieke middelen hun financiële kaarten op tafel leggen. Wie heeft hier wat te verbergen?

6. **Meer preventie** is nodig, samen met de gemeenschappen die de belangrijkste rol spelen. Maar preventie mag niet vrijblijvend zijn: hoeveel mensen effectief worden bereikt en wat de impact? Ons preventiebudget haalt niet eens het Europese gemiddelde.
7. Een gezondheidssysteem beheren kost geld. Vandaag ongeveer 4,5 procent van de totale omzet voor het RIZIV en de ziekenfondsen en 2,5 procent voor de verschillende overheden. Dat is niet overdreven veel, maar dankzij de informatisering is ook hier **efficiëntiewinst** mogelijk. Artsen, betalingsinstellingen en vooral patiënten hebben baat bij de veralgemeende invoering van de derdebetalersregeling, zodat patiënten enkel nog het remgeld betalen bij een doktersconsultatie. Ook de automatische toekenning van het OMNIO-statuut voor alle rechthebbenden verbetert de toegankelijkheid voor mensen die de zorg het meest nodig hebben.

Sommige van de bovenstaande maatregelen brengen geld op. Sommige zelfs veel. Sommige maatregelen maken gezondheidszorg voor de patiënt betaalbaar. Bij al deze maatregelen staan kwaliteit en een spaarzaam beheer centraal. Deze zeven criteria zijn voor ons de maatstaf. Zij moeten vervuld worden om van een goed en zuinig gezondheidsbeleid te kunnen spreken.

Een norm gelijkgesteld aan de economische groei of een forfaitaire norm van 2,5 procent, beantwoordt daar niet aan en is voor ons niet aanvaardbaar. Want door een onderfinanciering van de gezondheidszorg neemt de commercialisering almaar toe. Dan dreigt er een stilstand in het gezondheidsbeleid, terwijl we met z'n allen weer vooruit moeten.

## **Bijlage: het colruytmodel**

De kosten van geneesmiddelen verlagen we door toepassing van het colruytmodel (plafondprijnsmodel). Per groep van geneesmiddelen met dezelfde werking, leggen we een plafondprijs vast. Die plafondprijs wordt berekend op basis van de prijzen in de ons omringende landen.

Hogere prijzen, zoals we nu zien in vergelijking met bijvoorbeeld Nederland, zullen niet meer kunnen. Want alle merken die meer kosten dan de plafondprijs, zullen uit het terugbetalingssysteem geschrapt worden. Het resultaat is dat alle medicijnen een meer correcte prijs krijgen, want te dure medicijnen gaan niet meer over de toonbank. De keuze wordt dan bij de farmaceuticabedrijven gelegd. Ofwel verlagen ze, in overleg met de overheid, hun prijzen. Ofwel spelen ze niet meer mee.

Dat is beter dan het huidige model van 'referentierugbetaling'. Dit houdt in dat je enkel kijkt naar de prijs van het generiek om de kost terug te betalen aan de patiënt. Indien je arts toch een duurder merkproduct voorschrijft, draai je zelf op voor het verschil en betaal je een supplement.

Dit model is beter dan de in ons land uitgetroefde versie van het kiwi-model. Daarbij blijft er maar één producent in de markt. Dat is op termijn geen garantie op kwaliteit en een correcte prijsvorming.

Het colruytmodel wordt al gebruikt voor implantaten, zoals prothesen, pacemakers en andere levensreddende middelen. In 2009 is zo een daling gerealiseerd van de prijzen van implantaten met bijna 40 miljoen euro, een kleine 10 procent van het totale budget. Deze prijzenbreker is dus efficiënt en krachtig.

Door de concurrerende producenten van een geneesmiddel te confronteren met een stevig Europees prijzendossier, zijn prijsdalingen tot 60, 70 en 80 procent perfect haalbaar. We weten dat er bij 'blockbusters' met een hoog omzetcijfer, zoals maagzuurremmers, cholesterolverlagers en beta-blokkers, nog substantiële prijsdalingen mogelijk zijn. Vorig jaar nog stelde Febelgen, de koepel van generische producenten, zelf voor om te onderhandelen met de regering over prijsdalingen tot 80 procent.

Het budget voor geneesmiddelen bevat bijna een vijfde van de gezondheidsuitgaven. Het gaat dus om aanzienlijke besparingen. Als samen met de prijsbesparing ook de overconsumptie verminderd wordt, is de impact zeer groot. Als het geneesmiddelenbudget van 4 miljard euro met 1 procent meer of minder stijgt, betekent dat 40 miljoen euro. In 2005 en 2006 was de stijging van het geneesmiddelenbudget gemiddeld 1 procent, door forse ingrepen die de patiënten niet raakten. In 2008 en 2009 was er een jaarlijkse stijging van ongeveer 8 procent. Het verschil bedraagt 280 miljoen euro op jaarbasis.