



## 10 pijlers voor ons gezondheidssysteem van de toekomst (perspectief 2020): een samenvatting

2013/04

14 | 02 | 2013

 MENSEN

 WELVAART

 BESCHERMING



Lieven Annemans  
Senior fellow  
Itinera Institute

Ons gezondheidssysteem heeft, zoals ook elders, te lijden onder de financieel-economische crisis. In vele landen, en ook bij ons, zijn er de voorbije jaren budgettaire maatregelen genomen om de groei van deze sector in te perken. Een dergelijke louter budgettaire aanpak houdt echter het risico in dat mensen die gezondheidszorg nodig hebben, deze niet meer krijgen. Het beleid mag immers niet uit het oog verliezen dat de gezondheidssector een productieve sector is, die als doel heeft om zo veel mogelijk gezondheid te creëren voor iedereen, uiteraard rekening houdend met de budgettaire middelen die er zijn. We kunnen immers niet al ons geld aan gezondheid besteden: er is ook geld nodig voor milieu, verkeersveiligheid, onderwijs, cultuur, enz...

We moeten dus eerst bepalen welke budgettaire middelen we nodig hebben om een kwaliteitsvolle gezondheidszorg in de toekomst te kunnen garanderen, rekening houdend met de demografische evolutie en de innovaties die op ons afkomen, en wat het groeipatroon van die middelen moet zijn (zie o.a. berekeningen door het planbureau en Itinera). Vervolgens moeten we met de middelen die ter beschikking staan zoveel mogelijk gezondheid

voor de bevolking kunnen winnen. Bovendien moeten twee mensen met eenzelfde gezondheidsproblematiek ook dezelfde kwaliteitsvolle behandeling krijgen, ongeacht hun inkomen, opleiding of socio-economische klasse in het algemeen.

Een recente analyse van het Federale Kenniscentrum (KCE) voor de gezondheid gaf aan dat ons land op een aantal punten goed maar op heel wat punten slecht

scoort bij het nastreven van die doelen.

Uit die analyse leiden we af dat we uitstekend opgeleide artsen hebben, die in de grote meerderheid van de gevallen trachten een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te leveren, en zeer hard werken. Nagenoeg de voltallige bevolking heeft ook een ziekteverzekering die een garantie biedt voor het dekken van onverwachte hoge kosten ten gevolge van ziekte of letsel. Door het ingebakken systeem van concurrentie tussen de ziekenhuizen is er bovendien een grote impuls tot innovatie: men wil steeds beter zijn dan de concurrent en als eerste met nieuwe technieken werken. Indien die nieuwe technieken beter zijn dan de bestaande (innovatie betekent niet altijd wezenlijke vooruitgang!) dan is dat natuurlijk in het voordeel van de patiënten. Volgens het KCE rapport scoren we trouwens ook goed op het vlak van patiëntveiligheid. Een punt dat tenslotte vaak aangehaald wordt door de verdedigers van ons huidig systeem is de tevredenheid van de patiënten. Inderdaad, in internationale tevredenheidspolls scoren we steevast beter dan het EU gemiddelde. Jarenlang heeft ons land op die voordelen kunnen teren en hadden we de reputatie van een voorbeeldsysteem te zijn.

Maar tevredenheid is niet genoeg, en teren op de merites van het verleden zeker niet.

We scoren met name slechter dan het gemiddelde inzake gezonde levensverwachting en we zien ook een steeds groter wordende kloof ontstaan tussen rijk en arm en tussen beter en minder opgeleiden. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen twee mannen van 25 jaar uit respectievelijk de laagste en hoogste socio-economische klasse bedraagt bijna 20 jaar. Er is bovendien nog heel wat overconsumptie en over-medicalisering die grotendeels kan verklaard worden door de dominante manier waarop artsen en ziekenhuizen worden betaald, met name per uitgevoerde prestatie. Vooral in de ziekenhuizen, waar de structurele financiering ondermaats is, compenseert men de onder-financiering door de artsen-specialisten meer prestaties te doen leveren en meer inkomsten te laten genereren, en zodoende een steeds groter deel van ziekenhuis-inkomsten daaruit te halen.

Ook de bijdragen die de patiënt zelf moet betalen blijven stijgen en zitten boven het gemiddelde. We investeren bovendien veel te weinig in preventie in vergelijking met het gemiddelde van de westerse economieën (dat gemiddelde ligt 50% hoger!). Tenslotte hebben we onvoldoende data om één en ander nog beter te meten en te kunnen bijsturen.

Door deze zwakke punten komt het hoofddoel in het gedrang: we slagen er niet meer in om met de

beschikbare middelen de beste gezondheidswinst voor onze populatie te garanderen, en we kunnen mensen van verschillende socio-economische klassen niet meer dezelfde kwaliteit bieden. Het is daarom hoog tijd voor een lange termijn visie om hieraan te verhelpen.

Daarom stel ik 10 belangrijke maatregelen voor (10 “pijlers”) die ten laatste in het jaar 2020 zouden moeten gerealiseerd worden.

### **1. Het systematisch hanteren van doelstellingen.**

Op Vlaams niveau, waar men vandaag reeds bevoegd is voor o.a. preventie, zijn er reeds gezondheidsdoelstellingen rond die preventie (bv. betere screening, terugdringen van het aantal zelfdodingen, ...), maar we zien die niet op federaal vlak. Concrete doelstellingen op het federale niveau kunnen onder meer zijn: het verminderen van het aantal onnodige ziekenhuisopnames met A%, het verminderen van het aantal onnodige bezoeken aan de spoed met B%, het terugdringen van de groeiende kloof in levensverwachting tussen arm en rijk met C%, het voorzien van een budget van X miljoen Euro voor innovatie,...). Zonder doelstellingen kan men immers geen goed beleid voeren. Hoogtijds dus om dit in de onmiddellijke toekomst meer dergelijke doel-

stellingen te formuleren, op alle beleidsniveaus.

### **2. Systematische en algemene toepassing van het kosten-effectiviteitsprincipe.**

Vandaag worden op het federale niveau enkel nieuwe geneesmiddelen beoordeeld op hun kosten-effectiviteit. M.a.w. voor nieuwe geneesmiddelen wordt berekend of ze wel waar voor hun geld bieden. Dat is immers het minste wat men kan verwachten als deze gefinancierd worden met geld van onze belastingen en sociale zekerheid. Op Vlaams niveau wordt ook voor nieuwe preventieve maatregelen onderzocht hoe de verhouding tussen kosten en effecten ligt (want niet alle preventie is zijn geld waard – zie verder). Buiten deze twee voorbeelden (geneesmiddelen en preventie) wordt er niets anders aan een dergelijke analyse onderworpen → dit houdt een groot risico in op verspilling van geld en energie. Anderzijds zien we ook dat onder het mom van de budgettaire uitdagingen wegens de crisis bepaalde behandelingen die wél hun geld waard zijn, maar initieel een investering vragen, gewoon geweigerd worden. Dergelijke louter budgettaire logica is gevaarlijk, kost mensenlevens en moet vermeden worden.

BUDGET mag niet staan voor “Bringing Unnecessary Deaths by General Exclusion from Treatment”.

### **3. Veel meer geld voor kosten-effectieve preventie.**

Vandaag gaat slechts 2% van de totale uitgaven naar preventie, o.a. het bevorderen van een gezonde levensstijl. In veel andere landen ligt dat rond de 4%, in Canada zelfs 7%. Het OESO gemiddelde bedraagt 3%. Dit bedrag voor preventie moet drastisch naar omhoog, minstens met 250 Mln Euro per jaar. Bij de besteding ervan moet men uiteraard rekening houden met pijler 2. Preventie is immers niet altijd kosten-effectief. Tenslotte mag men ook niet vergeten dat preventie ook inhoudt dat men milieumaatregelen neemt die een bescherming van de gezondheid bieden. Fijn stof en gezondheidsschade door geluid komen hier uit de wetenschappelijke literatuur als belangrijkste risicofactoren naar voor.

### **4. Een centrale rol voor de eerste lijn en in het bijzonder een verplichte inschrijving bij een huisarts.**

Hier treuzelt men al jaren maar steeds meer data geven aan dat een verplichte inschrijving bij een huisarts voor elke inwoner van ons land aan de huisarts toelaat om onnodige

medische consumptie op het niveau van de specialisten, ziekenhuizen, spoeddiensten, ... tegen te gaan. De huisarts, die steeds meer in groep zal werken, moet de coach van de patiënt worden, en in eerste lijnsnetwerken samen werken met apothekers (als specialist van het geneesmiddel en farmaceutische zorg), kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, diëtisten, thuisverpleegkundigen, ... en dit in een integrale en doelgerichte zorgbenadering voor mensen met (meerdere) chronische ziekten.

### **5. Een perfect gezondheidsinformatiesysteem.**

Vandaag is de beschikbaarheid van gegevens omtrent wat er allemaal gebeurt in de gezondheidssector zeer beperkt en verspreid. We moeten naar een systeem waarbij men alles weet van elke patiënt op elk moment, uiteraard met respect voor privacy (wat technisch perfect kan). Indien het beleid niet over dergelijke goede cijfers beschikt rond de medische consumptie van de mensen, kan men geen degelijk beleid voeren. Ook hier wordt al veel te lang getreuzeld. Geautomatiseerde verwijs- en ontslagbrieven, die rechtstreeks in het datasysteem worden gevoerd kunnen een belangrijke meerwaarde betekenen.

**6. Veel meer uitgesproken rol voor de patiënten maar ook een grotere verantwoordelijkheid.**

Vandaag is de patiënt nog vaak een speelbal in de handen van de zorgversprekers én van het beleid. Patiënten moeten in de toekomst inspraak krijgen in het nationale beleid en in de raden van bestuur van ziekenhuizen. Ze moeten systematisch geïnformeerd worden omtrent hun rechten, wat vandaag niet gebeurt. Maar ze moeten anderzijds ook op hun (financiële) verantwoordelijkheid gewezen worden, o.a. inzake het verminderen van “medical shopping”, het verbeteren van de therapietrouw aan hun behandeling en hun levensstijl. Het is bv. Ontoelaatbaar dat een patiënt die chronisch cholesterolverlagers moet nemen, daarnaast er een zeer ongezond voedingspatroon op nahoudt.

**7. Het creëren van nieuwe beroepen in de zorg.**

Bepaalde taken die vandaag enkel door artsen worden gedaan kunnen in de toekomst door verpleegkundigen en administratieve medewerkers

gedaan worden. Het KCE doet ter zake een aantal concrete voorstellen in een recent rapport omtrent chronische ziekte.

**8. Het veranderen van het huidige betalings-systeem voor artsen en ziekenhuizen.**

Vandaag ligt de nadruk nog te veel op betaling per prestatie (men wordt dus betaald voor elke activiteit die men doet). Kwaliteit wordt daardoor niet beloond, integendeel. Ziekenhuizen die meer heropnames vertonen of ziekenhuizen met meer infecties dan het gemiddelde verdienen daar meer aan dan het gemiddelde. We moeten daarom evolueren naar een nieuw systeem met steeds minder betaling per prestatie en steeds meer een vaste betaling per patiënt per jaar (zeker voor patiënten met verschillende chronische ziekten) en naar een betaling ifv .de kwaliteit van de geleverde zorg (de zogenaamde Pay for Quality). Met een aangepaste betalingswijze en een vermindering van de onnodige opnames kan de ziekenhuissector wellicht 20% inkrimpen maar financieel gezonder worden.

**9. Een verdere verschuiving van het beleid van**

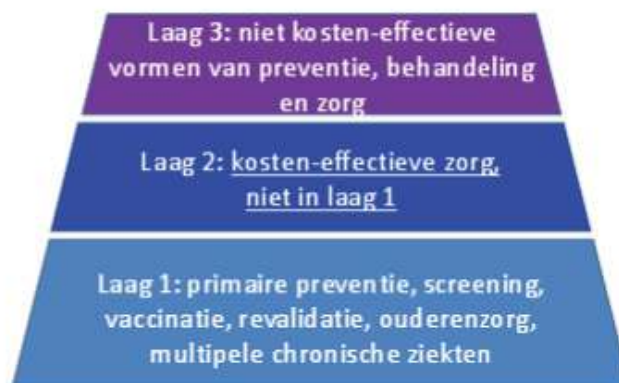
**het centrale niveau naar de regio's en naar de gemeenten.**

Naast alles wat met preventie, en revalidatie heeft te maken moet ook de problematiek van (multipelen) chronische ziekten naar het regionale en zelfs lokale niveau. Dit heeft niet te maken met ideologieën inzake splitsing maar met een betere afstemming van de zorg op de behoeften van de (potentiële) patiënten. Dataverzameling, onderzoek zoals door het KCE uitgevoerd, en curatieve behandelingen kunnen federaal blijven evenals de coördinatie tussen de preventieve sector en de curatieve sector (zie ook laatste pijler).

**10. Een nieuw systeem in drie lagen, en een driedubbele rol voor de ziekenfondsen.**

Tenslotte nog de belangrijkste pijler. Het gezondheidssysteem van de toekomst zal uit 3 lagen bestaan (zie figuur, geïnspireerd door Wivina Demeester).

Een eerste laag betreft alle vormen van primaire preventie, screening en vaccinatie, evenals revalidatie, ouderenzorg en zorg voor mensen met (meerdere) chronische ziekten. Hier stuurt de regionale overheid het systeem (zie pijler 9), als een Regional Health Service (naar analogie van een National Health Service – NHS – zoals bv in het VK), en zijn de ziekenfondsen partner, beschermer en informant van de patiënt. Hier wordt men hoofdzakelijk betaald met vaste bedragen per persoon/patiënt per jaar. Een tweede laag bevat zorg



die niet tot de eerste laag behoort (vooral acute problemen, en bepaalde, wel afgelijnde ziektes), maar die wel kosten-effectief is en die daarom door de ziekteverzekering wordt gedekt. Hier spelen de ziekenfondsen een rol als verzekeraar in concurrentie met andere verzekeraars, zoals in Nederland, en is er tariefzekerheid en –gelijkheid binnen het ganse federale bestel. Tenslotte is er de niet kosten-effectieve zorg. Hier moet de overheid niet tussenkomen, maar kan men zich wel via aanvullende private verzekeringen dekken.

Vandaag zijn we afgegleden naar de matige middelmaat. Indien men deze 10 maatregelen ter harte neemt, opvolgt, en correct uitwerkt, ben ik er van overtuigd dat men van het Belgische gezondheidssysteem opnieuw een voorbeeldsysteem kan maken.

(naar een lezing ter gelegenheid van de Francqui leerstoel aan de UCL, 5 februari 2013)

Voor duurzame economische groei  
en sociale bescherming.