

DE TOEKOMST VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING | 11/10/2013

De minister heeft beslist dat de ziekenhuisfinanciering moet worden hervormd. Ze is van plan een prospectieve forfaitaire financiering in te voeren en wil, na consultatie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), met een vastgelegd stappenplan hierover debatteren.

De minister heeft bevestigd dat het een open debat zal zijn. Zonder twijfel is de ziekenhuisfinanciering hervorming na hervorming heel complex geworden en een reflectie kan nuttig zijn.

Als het kader van een prospectieve forfaitaire financiering wordt opgelegd, zal het debat in mineur eindigen. De enige verdienste van dit systeem is dat beslissers en financiers van het systeem een instrument in handen krijgen om de onmiddellijke uitgaven te beheren. Het volstaat erover te beslissen: 5, 10, 20% minder en het is gebeurd. Het is echter foutief te beweren dat de patiënt hier niet de dupe van zal zijn. Dergelijke maatregelen hebben onvermijdbare gevolgen voor de rantsoenering van de zorg en de zorgkwaliteit gaat erop achteruit.

Net nu men deze forfaits wil invoeren is het niet toevallig dat het kabinet accrediteringssystemen voor praktijken en ziekenhuizen wil opleggen om zagezegd de kwaliteit te verbeteren. Kunnen zij de kwaliteit hoog houden als de financiering niet volgt? Deze accrediteringssystemen verhogen alleen de factuur.

Het kabinet heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg de opdracht gegeven de gevolgen van dit type financiering te bestuderen in die landen waar het bestaat. Het KCE koos Engeland, Duitsland, Nederland, Frankrijk (voor wat de openbare ziekenhuizen betreft) en het Medicare-systeem in de Verenigde Staten.

Het rapport is erg tweeslachtig. Het kan ook moeilijk anders dan dat dit rapport tweeslachtig is.

Economisten blijven ons zeggen dat dit type van financiering nodig is om de budgetten te beheersen en om de duurzaamheid van de sociale zekerheid veilig te stellen, maar in vier van de vijf landen waarmee wordt vergeleken liggen de uitgaven veel hoger. Enkel Engeland geeft proportioneel minder uit dan wij, maar dat heeft een gezondheidskostprijs: een onverbiddelijke rantsoenering die ouderlingen uitsluit van een ganse reeks, nochtans vitale, zorgen (zoals dialyse), patiëntenwachlijsten en het terugschroeven van de ziekenhuishygiëne tot zijn meest elementaire vormen.

Engeland is niet het enige land van de vijf dat zorg rantsoeneert. Nederland hanteert officiële rantsoeneringsregels. Bij Medicare in de Verenigde Staten verdelen de artsen een deel van de winst van de gerealiseerde besparingen. Ze betalen zichzelf met de zorg die ze onthouden aan hun patiënten.

Frankrijk doet niet aan systematische rantsoenering, er zijn geen wachlijsten maar het ziekenhuisforfait kan andere gevolgen hebben. In de Franse documentaire "La Marche du Siècle" toonde Jean-Marie Cavada ons enkele jaren geleden (met een forfait die lichtjes anders is dan het forfait per pathologie) lege kamers en ziekenhuisgangen halfweg de maand

november als gevolg van het stilleggen van elke ziekenhuisactiviteit omdat het budget al volledig was uitgeput.

Ziekenhuisforfaits hebben nog andere gevolgen dan wachtlijsten en rantsoenering. Er is een zekere demotivatie om buiten de normale uren te werken, waarbij bepaalde activiteiten worden uitgesteld die zo de wachtlijsten langer maken.

Men stelt ook vast dat de taken worden gedelegeerd. In Engeland voeren verpleegsters baarmoederhalsuitstrijkjes en zelfs gastroscopieën uit. Technisch gezien kunnen zij dit misschien wel uitvoeren maar zijn zij ook opgeleid om onmiddellijke medische beslissingen te nemen als de situatie het vereist?

Het risico bestaat dat de geneeskunde in de nabijheid van de patiënt, waar onze bevolking heel tevreden over is, vermindert. Men kan klagen over het aantal uitgevoerde onderzoeken in België maar iedereen heeft er toegang toe. Er zijn niet alleen geen wachtlijsten, de patiënten kunnen bovendien van deze onderzoeken gebruik maken en zorg krijgen in hun nabije omgeving.

Buitenlanders die in België werken en genieten van de zorg in ons land, kunnen vergelijken met wat er in hun thuisland gebeurt. Dat behoeft geen verder betoog. In België kan de patiënt zonder tijdverlies zorg krijgen, er is de vrije keuze van de instelling waar hij of zij zich wil laten verzorgen en de vrije keuze van arts. De buitenlanders zijn ook aangenaam verbaasd over de tijd die arts voor hen neemt en voor het gemak waarmee een tweede opinie kan worden gevraagd.

Al deze voordelen worden aangeboden in een budgettair kader dat zich situeert rond het gemiddelde van de westerse landen en dat zeker lager ligt dan dat van onze onmiddellijke buurlanden.

De overheid heeft een systeem op punt gezet dat de uitgaven beheerst door tussen te komen bij de prijs maar ook bij het volume van de prestaties.

Dat de ziekenhuisfinanciering moet evolueren is een feit, maar het dwingend dat de voordelen worden bewaard van ons systeem, dat er voor zorgt dat ons land qua gezondheidszorg tot één van de beste landen ter wereld behoort.

Dr. Roland LEMYE

Voorzitter BVAS