

De kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen: de vergrijzing neemt toe en behandelingen worden duurder. Wat brengt de toekomst? We vroegen het aan Johnny Van der Straeten, gedelegeerd bestuurder van het UZA, neuroloog prof. dr. Patrick Cras en oncoloog prof. dr. Marc Peeters.

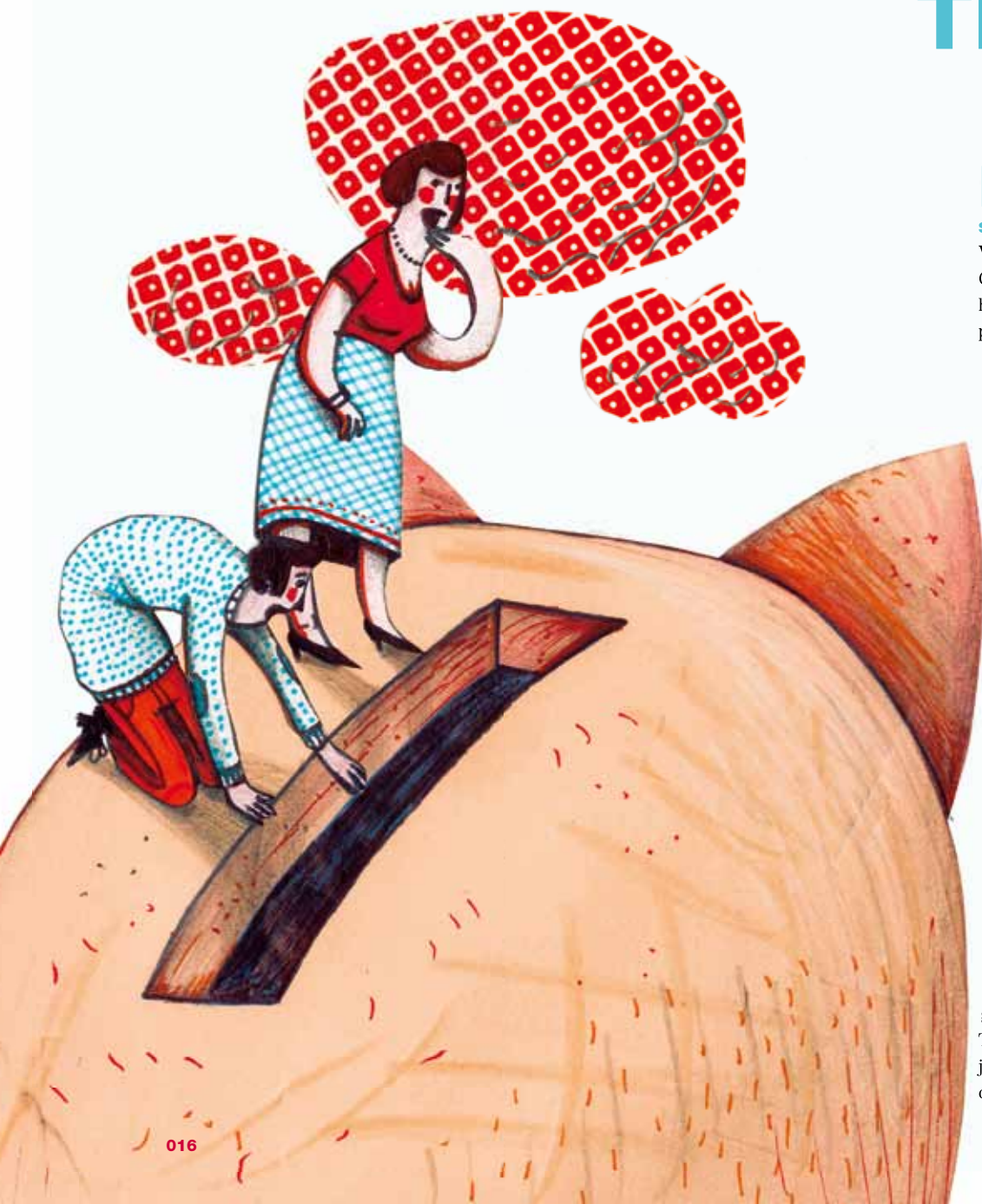
GEZOND TEGEN EL

Klopt het eigenlijk dat de gezondheidszorg steeds duurder wordt?

Van der Straeten: Ja, zonder twijfel. Geneeskunde is mensenwerk. Het is heel moeilijk om via automatisering productiever te werken. Je zit dus met hoge loonkosten, ook al omdat je excellente mensen nodig hebt. Ten tweede worden ook behandelingen en medicatie steeds duurder, door de betere technologie en doordat er behandelingen worden ontwikkeld voor kleine doelgroepen. Die evolutie zal aanhouden, simpelweg omdat besparen automatisch leidt tot minder kwaliteit. Als de maatschappij een kwaliteitsvolle zorg wil met steeds betere resultaten, dan gaat dat ook meer kosten.

Intussen probeert de overheid juist de kosten te beheersen?

Cras: 'Dat de overheid een budget vastlegt, is normaal. Cruciaal is echter de manier waarop dat budget wordt besteed. In het slechtste scenario worden onze mutualiteiten hervormd naar Amerikaans model, en bepalen zij hoe het gezondheidsbudget wordt beheerd. Terwijl ik ervan overtuigd ben dat juist de artsen dat moeten doen, op basis van zinvolle, wetenschap-



HEIDSZORG KE PRIJS?



pelijke criteria waaronder leeftijd, levensverwachting, prognose...

Peeters: Ook de genetica kan ons een schat aan informatie opleveren om criteria vast te leggen en te bepalen wanneer een dure behandeling wel of niet zinvol is.

Vandaag wordt niet met objectieve criteria gewerkt?

Peeters: 'Nee, integendeel: de economische overwegingen worden steeds belangrijker.

Cras: Het gebeurt ook op een halfslachtige manier. Men laat het bijvoorbeeld veel langer duren dan in andere landen vooraleer nieuwe medicijnen wordt terugbetaald. Of men bouwt een aantal remmen in, zoals een loodzware administratie, zodat je er tegenop ziet om terugbetaling aan te vragen. En dan grijp je maar terug naar goedkopere middelen.

De overheid kan die steeds duurderde behandelingen toch niet blijven betalen?

Peeters: Je moet het bredere geheel zien. Gepersonaliseerde kankerbehandelingen bijvoorbeeld zijn inderdaad duur. Vroeger behandelden we een grote groep patiënten en had die behandeling maar bij een deel van die mensen effect. Met gepersonaliseerde geneeskunde kun je het effect op voorhand beter inschatten. Je

gaat dus minder geld spenderen aan nutteloze behandelingen. Zo krijg je op zijn minst een win-winsituatie.

Cras: Er zou meer onderzoek moeten gebeuren naar de economie van gezondheidszorg.

Peeters: En de overheid zou moeten herinvesteren. Nu probeert ze de farmaceutische industrie te overtuigen hun prijzen te laten dalen. Maar waarom niet een deel van het bespaarde geld herinvesteren in Belgische studies naar de problemen van vandaag? De sector zou meer bereid zijn te besparen. Nog een probleem is dat de patentperiode erg kort is. De ontwikkeling van een nieuw medicijn duurt soms 12 jaar. De periode om de investeringen te recupereren wordt uiterst kort.

Wat gebeurt er concreet als een patiënt baat zou hebben bij een behandeling, maar die is te duur?

Van der Straeten: Soms probeert de patiënt het geld samen te krijgen. Soms springt het solidariteitsfonds van het ziekenhuis bij, maar we kunnen daarmee ook niet alles betalen.

Peeters: Het is ruimer dan individuele gevallen. Voor darmkanker bijvoorbeeld – 8000 nieuwe patiënten per jaar – bestaat er medicatie met een bewezen effect, die in bepaalde indicaties niet wordt terugbetaald,

maar wel wetenschappelijk nuttig is. Voor 8000 patiënten kun je geen benefiet organiseren. Het is niet mogelijk de individuele patiënt te laten betalen, dus geven we deze behandeling niet.

Van der Straeten: Het laatste dat we willen, is dat de patiënt zelf nog meer moeten betalen, of dat de verantwoordelijkheid verschuift naar de privésector, via hospitalisatieverzekeringen. Dat lost het betaalbaarheidsprobleem niet op; het doet alleen twee klassen van patiënten ontstaan. Vandaag betaalt de patiënt al een kwart van de ziekenhuisfactuur zelf. Eind jaren 80 was dat nog maar 10%.

Als arts is dat toch frustrerend? Er bestaat een medicijn, maar ik kan het u niet geven?

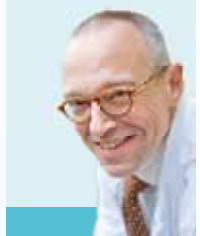
Peeters: Daar worden we als arts dagelijks mee geconfronteerd. Nu, het is van alle tijden, alleen stelt het zich nu veel scherper. En je mag ook niet vergeten dat we het hier nog zo slecht niet hebben. Zelfs in Nederland of het Verenigd Koninkrijk is bepaalde medicatie die wij routinematig gebruiken, gewoon niet beschikbaar.

Cras: Bovendien is het juist door de steeds betere gezondheidszorg en de steeds hogere levensverwachting dat de kosten zo stijgen. We leven langer, maar kosten daardoor meer.

Johnny Van der Straeten, gedelegeerd bestuurder van het UZA



prof. dr. Patrick Cras



prof. dr. Marc Peeters

