

16 okt 2012 -02:20

Remgelden: na 50 jaar toe aan een grondige herziening?

Remgelden bestaan in België al bijna 50 jaar, en ze zijn sterk gedifferentieerd en complex. Op vraag van het RIZIV bestudeerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een aantal belangrijke pijnpunten. Het systeem wordt best vereenvoudigd. Zo kunnen verschillen in remgelden op basis van het aantal patiënten dat de huisarts per huisbezoek ziet of de woonplaats van de patiënt worden afgeschaft. Hoe hoger de maatschappelijke meerwaarde van een medische interventie, hoe lager het remgeld zou moeten zijn. Dit zou bijdragen tot een meer kwaliteitsvolle en doeltreffende gezondheidszorg. Het KCE pleit er dus voor om het remgeld niet langer gewoon te berekenen als een percentage van het ereloon van de arts of de kostprijs van een geneesmiddel. Belangrijk is dat bij dit alles een globale visie wordt uitgewerkt, waarbij wordt nagedacht over de doelstellingen van de remgelden.

Wanneer mensen in België een beroep doen op gezondheidszorg betalen ze meestal remgeld. Remgelden dienen niet alleen om overgebruik of verkwisting tegen te gaan. Ze kunnen ook zorgverleners en patiënten aansturen, of de sociale bescherming verfijnen. Zo worden geneesmiddelen voor levensbedreigende ziekten beter terugbetaald dan geneesmiddelen die alleen worden genomen voor het comfort (vb. slaapmiddelen). Het KCE bestudeerde een aantal belangrijke pijnpunten en het deed aanbevelingen.

Remgelden bij raadplegingen en huisbezoeken: vereenvoudiging met een visie nodig (KCE-rapport 180, juni 2012)

Er is een veelvoud van factoren die momenteel bepalen hoeveel remgeld een patiënt betaalt voor een raadpleging of huisbezoek van een huisarts: statuut en leeftijd, al dan niet chronisch ziek zijn, overdag, 's avonds of in het weekend, enz. Het KCE pleit voor het afschaffen van factoren zoals het aantal patiënten dat de huisarts per huisbezoek ziet of de woonplaats van de patiënt (thuis of in een instelling).

Bij raadplegingen of bij huisbezoeken is het remgeld bij kwetsbare patiënten (verhoogde tegemoetkoming of Omnio-statuuat) een vast bedrag. Bij andere, gewoon verzekerden is dit meestal een bepaald percentage van het honorarium. Het KCE beveelt aan om voor iedereen het principe van het vast bedrag toe te passen, en het remgeld dus los te koppelen van de hoogte van het ereloon van de huisarts of specialist.

Toch moet opgepast worden met een ondoordachte vereenvoudiging. Tot nu toe werd remgeld gebruikt voor uiteenlopende redenen: soms om de uitgaven van de gezondheidszorg in de hand houden, dan weer om patiënten te sturen (vb. Globaal Medisch Dossier), of om de zorgtoegankelijkheid voor kwetsbare groepen te garanderen, dit laatste door het remgeld voor die patiënten te verlagen. Vooraleer te vereenvoudigen zou er best eerst een globale visie worden ontwikkeld, waarbij de doelstellingen van remgeld duidelijk worden bepaald.

Verder moet er rekening worden gehouden met de supplementen, en wordt er best bekeken wat de impact van vereenvoudiging zou zijn op de maximumfactuur en de derdebetalersregeling, waarbij de patiënt alleen het remgeld betaalt en het overige gedeelte niet moet voorschieten, toch allemaal maatregelen om zwakkeren te beschermen.

Maatschappelijke waarde om hoogte remgeld te bepalen verhoogt kwaliteit en doeltreffendheid van gezondheidszorg (KCE-rapport, oktober 2012)

De hoogte van het remgeld voor geneesmiddelen is momenteel enkel afhankelijk van de ernst van de aandoening. Het KCE ging verder en bekeek een systeem waarbij de hoogte van het remgeld wordt bepaald op basis van de maatschappelijke waarde van het geneesmiddel (Value-based insurance of VBI). Het principe dat bij VBI gehanteerd wordt is “hoe hoger de maatschappelijke waarde, hoe lager het remgeld”. VBI kan uiteraard ook toegepast worden op raadplegingen of andere prestaties. Naast de ernst van de aandoening wordt de waarde bepaald door de (kosten) effectiviteit, billijkheid en de beschikbaarheid van alternatieve behandelingen.

De beste resultaten worden behaald wanneer VBI gecombineerd wordt met een “disease management programma”. De Belgische zorgtrajecten voor patiënten met diabetes type 2 of chronische nierinsufficiëntie zijn daar een voorbeeld van. Een evaluatie is wel nodig om na te gaan of dergelijke programma's hun doelstellingen bereiken.

Het remgeld berekend als percentage van het honorarium of de prijs van het geneesmiddel, is niet compatibel met VBI, omdat de hoogte van het honorarium of de prijs niet altijd evenredig is met de maatschappelijke waarde van de prestatie of het product. Ook om die reden raadt het KCE een systeem van vaste bedragen aan, die op regelmatige basis kunnen worden aangepast aan prijsschommelingen.

VBI zou de kwaliteit en doeltreffendheid van de gezondheidszorg kunnen verbeteren, doordat producten en prestaties met een hoge maatschappelijke waarde worden gestimuleerd, en producten en prestaties met een lage maatschappelijke waarde worden afgeraden. Bovendien zorgt dergelijk systeem ervoor dat de ziekteverzekering minder uitgeeft voor producten en prestaties met een lage maatschappelijke waarde.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be