

Bijlage : uittreksel van het KCE-rapport 124A

Organisatie en financiering van chronische dialyse in België

KCE reports 124A

DISCUSSIE EN CONCLUSIES

De hoofdbekommernis bij het organiseren van dialysezorgen zou moeten zijn dat patiënten die dialyse nodig hebben de kans krijgen om een volledig geïnformeerd een beslissing te nemen over hun dialysevorm.

In België bestaan echter geen klinische richtlijnen voor het starten met dialyse bij patiënten met chronische nierziekte, de indicaties en contra-indicaties voor dialysevormen, de pre-dialyse vorming en counseling en het maken van een definitieve keuze tussen dialysevormen.

De huidige terugbetalingsmechanismen voor dialyse zijn geen goede weerspiegeling van de echte kosten voor het ziekenhuis en de patiënt. Winsten gegenereerd door de dialyzedienst van een ziekenhuis worden momenteel vaak gebruikt door het ziekenhuismanagement om verlieslatende activiteiten van het ziekenhuis te subsidiëren. Door dergelijke structurele onevenwichtigheden worden de kosten van de gezondheidszorg voor het RIZIV echter minder transparant. Dergelijke vertekende kostcijfers met ingebouwde compensaties voor de tekorten van andere diensten kunnen bijgevolg leiden tot vertekening in de beslissingen voor de verdeling van middelen.

Het optimale financieringsmechanisme voor dialyse zou zo winstneutraal mogelijk moeten zijn voor de verstrekker om financiële incentieven ten gunste of ten nadele van een bepaalde dialysevorm te vermijden. Volgens ons kosten-opbrengstenmodel is dit op dit moment niet het geval. Er dient te worden opgemerkt dat voor deze studie een traditionele benadering voor kostprijsberekening werd gehanteerd. Deze benadering heeft een aantal duidelijke beperkingen, zoals het feit dat ze niet corrigeert voor mogelijk inefficiënt gebruik van middelen in de centra. Bovendien is de steekproef van dialysecentra die hebben deelgenomen aan onze kostenbevraging niet representatief voor alle Belgische dialysecentra, aangezien in 5 van de 8 deelnemende centra de artsen gesalarieerd waren en in veel ziekenhuizen in België artsen werken als zelfstandige.

Volgens onze kosten-opbrengstensimulaties zouden de bestaande financiële stimuleringsmechanismen voor alternatieve dialysevormen in feite ontmoedigend werken voor het gebruik van PD omdat geen onderscheid wordt gemaakt tussen satelliet-HD en PD. Het is meer winstgevend om patiënten van ziekenhuis-HD op satelliet-HD over te schakelen omdat dit voor het ziekenhuis een goedkoper alternatief is dan PD, maar gezien de huidige terugbetaling van PD en satelliet-HD, een duurder alternatief voor het RIZIV. Hoewel het stimuleringsmechanisme een duidelijk effect had op het gebruik van satelliet-HD, is het effect ervan op PD gering gebleven. Om het huidige stimuleringsmechanisme voor alternatieve dialysevormen te verfijnen, moet een onderscheid worden gemaakt tussen PD en satelliet-HD. Hiervoor moet echter een drempel worden gedefinieerd voor het percentage PD in alle alternatieve dialysevormen. Er bestaat geen wetenschappelijke basis voor een dergelijke drempel

aangezien de keuze van dialysevorm niet alleen wordt gebaseerd op de patiëntenprofielen maar ook op de voorkeuren van de patiënten. Daardoor zal verfijning van het systeem met de forfaitaire bonussen waarschijnlijk moeilijk zijn.

De hoge kosten van PD in vergelijking met andere dialysevormen is voornamelijk te wijten aan de hoge kosten van de consumptiegoederen. Dit kan worden verklaard door de virtuele monopoliepositie van één enkele grote leverancier van dialysevloeistoffen voor PD. De prijs die wordt betaald voor dialysevloeistoffen door een specifiek ziekenhuis is het resultaat van onderhandelingen tussen het bedrijf en het ziekenhuis. Het is moeilijk om de resultaten van deze onderhandelingen te isoleren van de andere producten die aan het ziekenhuis worden verkocht. Bijgevolg zullen niet alle ziekenhuizen dezelfde prijs betalen voor de dialysevloeistoffen.

Een volledig kostenneutraal financieringsmechanisme zou elke dialysemodaliteit terugbetalen aan de echte kostprijs. In de praktijk wordt vaak gebruik gemaakt van de gemiddelde kosten voor de diensten. Er wordt beweerd dat de kosten voor dialysebehandeling hoger zijn voor specifieke categorieën van patiënten, bijv. diabetici, patiënten met verschillende co-morbiditeiten, bejaarden. De geldigheid van deze bewering kon door ons niet worden nagegaan aangezien in België geen gegevens voorhanden zijn met betrekking tot de profielen van dialysepatiënten in termen van kostenbepalende kenmerken. Indien het inderdaad zo zou zijn dat de kosten tussen de patiëntencategorieën verschillen, zou het de moeite waard zijn om te onderzoeken hoe gegevens inzake kostenbepalende patiëntkenmerken zouden kunnen worden verzameld en hoe de financiering van de dialysevormen van deze kenmerken afhankelijk zou kunnen worden gemaakt.

De financiering van ziekenhuis-HD via forfaitaire bedragen en medische honoraria, waarbij ervan wordt uitgegaan dat de medische honoraria zowel de kosten van de intellectuele handelingen van de arts als van de consumptiegoederen dekken, staat in contrast met de financiering van satelliet-HD, PD en thuis-HD via forfaits alleen die worden verondersteld alle kosten te dekken. In zijn huidige vorm was het systeem een financiële stimulans voor de ziekenhuizen om eerder satelliet-HD te ontwikkelen in plaats van PD, terwijl voor de nefrologen de per prestatie vergoeding voor ziekenhuis-HD financieel het meest aantrekkelijk bleef.

