

## Duurdere antibiotica: geen effect op overconsumptie

*Dr. Kris Van haecht, Medische Directie  
Dr. Michiel Callens, Directeur Studiedienst  
Rose-Marie Ntahonganyira, Studiedienst  
Michèle Morel, Studiedienst*

### Samenvatting

*Het antibioticagebruik in België ligt hoger dan het Europees gemiddelde. De overconsumptie van deze geneesmiddelen leidt tot resistente bacteriën waardoor sommige ziektes niet meer te behandelen zijn. Om het onverantwoord voorschrijven en gebruik van antibiotica af te remmen, nam de minister van Volksgezondheid de beslissing om deze medicatie duurder te maken voor de patiënt via een verhoging van het remgeld.*

*CM ging na of de doelstelling van deze beleidsmaatregel werd gehaald, door het gebruik van en de uitgaven voor antibiotica bij haar leden in de jaren vóór en het jaar na de invoering van de maatregel te vergelijken.*

*Uit de resultaten van de studie blijkt dat de prijsverhoging voor de patiënt niet heeft geleid tot een verminderd antibioticagebruik. De maatregel zorgt wel voor een besparing voor de ziekteverzekering, waarbij de rekening wordt doorgeschoven naar de patiënt, in het bijzonder de kwetsbaren die genieten van de verhoogde tegemoetkoming. Een prijsverhoging kan dus niet worden beschouwd als de juiste aanpak.*

*Andere, structurele maatregelen dringen zich op om de overconsumptie van antibiotica aan te pakken. Sterkere sensibilisering van artsen en patiënten is nodig en nuttig, maar niet voldoende.*

***Sleutelwoorden:** Antibiotica, overconsumptie, onverantwoord gebruik, voorschrijfgedrag, prijsverhoging, evidence-based richtlijnen, financiële verantwoordelijkheid, sensibilisering*

### 1. Achtergrond

Men zegt wel eens dat Belgen pillenslikkers zijn. De overconsumptie van geneesmiddelen is geen onschuldige zaak. Het overmatig gebruik van antibiotica, bijvoorbeeld, is problematisch omdat bacteriën op die manier resistent worden tegen de geneesmiddelen. Sommige aandoeningen zijn daardoor slechter of niet meer te behandelen. De gezondheidswinst die antibiotica oplevert – sinds hun ontdekking hebben ze vele levens gered! – wordt op die manier gereduceerd en dreigt zo uiteindelijk zelfs volledig verloren te gaan.

Het meest recente rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, opgemaakt door het Federaal

Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met Sciensano, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, stelt vast dat de wijze waarop antibiotica worden voorgeschreven in ons land niet overeenstemt met wat we verstaan onder “gepaste zorg”.<sup>1</sup> De relevante klinische richtlijnen worden niet voldoende nageleefd. In vergelijking met het Europees gemiddelde ligt de consumptie van antibiotica bij ons (in de ambulante sector, in de woonzorgcentra en ook in de veeteelt) een stuk hoger.<sup>2</sup> De Belgen gebruiken deze geneesmiddelen 2,5 keer meer dan onze noorderburen,<sup>3</sup> en in die zin kan Nederland met zijn “One Health benadering”<sup>4</sup> worden beschouwd als een *good practice* ter inspiratie voor het Belgisch beleid.

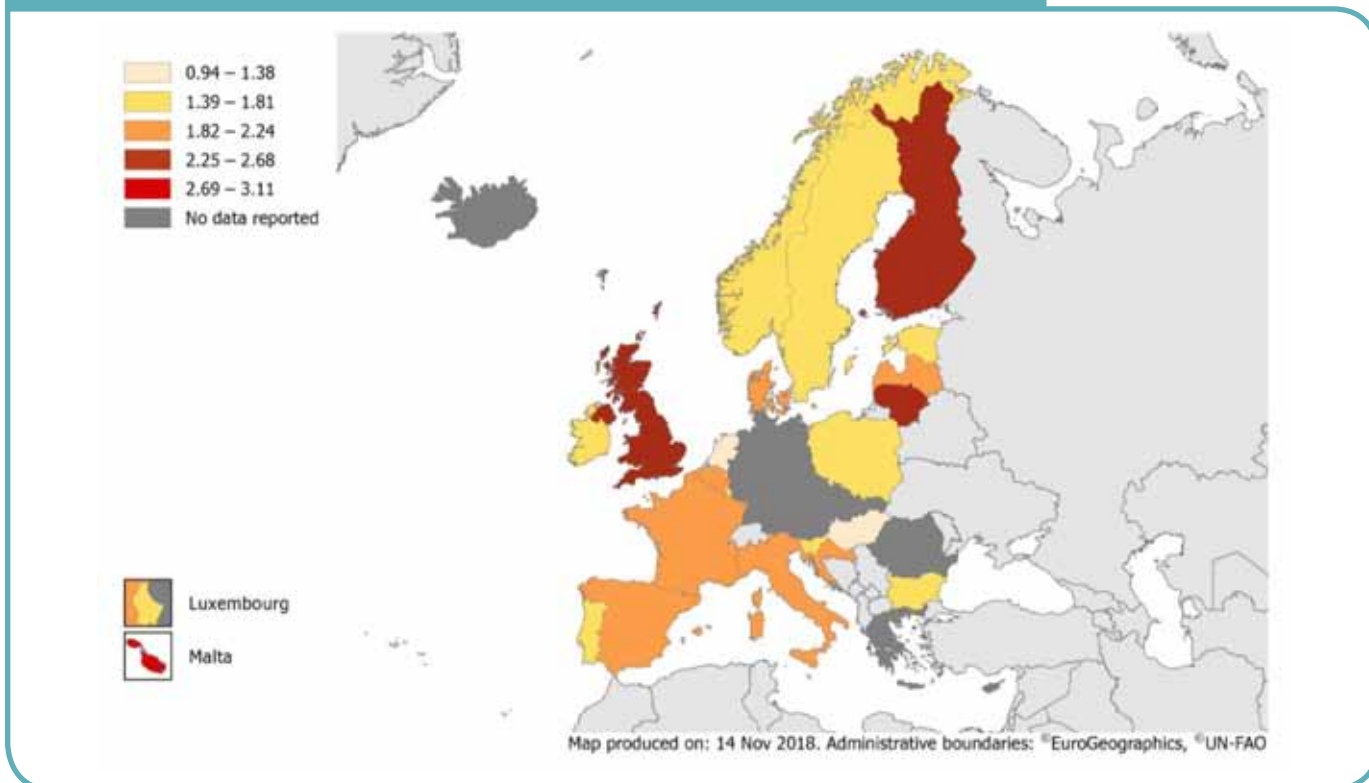
1 KCE Rapport 313A (2019), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019, p. 20-21 en 24.

2 KCE Rapport 311A (2019), Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België, p. 13-15.

3 KCE Rapport 313A (2019), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019, p. 20.

4 De One Health benadering houdt in dat de overheid maatregelen neemt op de verschillende terreinen waarop de gezondheid van mensen wordt bedreigd door resistente bacteriën. Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/aanpak-antibioticaresistentie>.

**Figuur 1: Ambulant gebruik van antibiotica voor systemisch gebruik (ATC-groep J01) (= buiten het ziekenhuis), EU/EER-landen, 2017, uitgedrukt in DDD per 1.000 inwoners per dag (bron: ECDC Surveillance Report).<sup>5</sup>**



Ons land krijgt in het voornoemde performantierapport aldus een rood licht voor antibioticagebruik, net zoals in het vorig performantierapport,<sup>6</sup> al is enige verbetering sindsdien merkbaar.

Om het onverantwoord gebruik van antibiotica te doen dalen, besliste minister van Volksgezondheid Maggie De Block om vanaf 1 mei 2017 het remgeld voor deze geneesmiddelen (antibiotica die in openbare apotheken worden afgeleverd en die langs de mond worden toegediend) te verhogen door ze over te hevelen van terugbetalingscategorie B naar categorie C. Sindsdien betaalt de patiënt dus meer uit eigen zak. Deze beslissing maakt deel uit van de besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg.<sup>7</sup>

CM ging na wat de evolutie was van het gebruik van en de uitgaven voor antibiotica bij haar leden in het jaar volgend op de invoering van de maatregel, met andere woorden, of de doelstelling van de beleidsmaatregel werd gehaald: minder consumptie als gevolg van duurdere medicatie.

## 2. Methodologie CM studie

Om de economische weerslag van de maatregel van minister De Block en het gedrag van de antibioticagebruikers daarop te beoordelen, analyseerden wij de facturatiegegevens van alle CM-leden die minstens één antibioticaverpakking afgeleverd en terugbetaald kregen in een openbare officina tussen 01/05/2010 en 30/04/2018. Vervolgens vergelijken wij jaar per jaar.

De maatregel van de minister ging in op 1 mei 2017 en wij stelden dat het jaar op 1 mei begint en op 30 april eindigt. Zo kunnen wij de resultaten telkens voor een volledig jaar vergelijken.

De bestudeerde antibiotica in deze studie zijn aangeduid met code ATC J01 (*Antibacterials for Systemic Use*).

<sup>5</sup> ECDC Surveillance Report (2018), Antimicrobial consumption, Annual epidemiological report for 2017, p. 5.

<sup>6</sup> KCE Rapport 259A (2015), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015, p. 26 en 28.

<sup>7</sup> Zie RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/antibiotica-20170501.aspx>

### 3. Resultaten

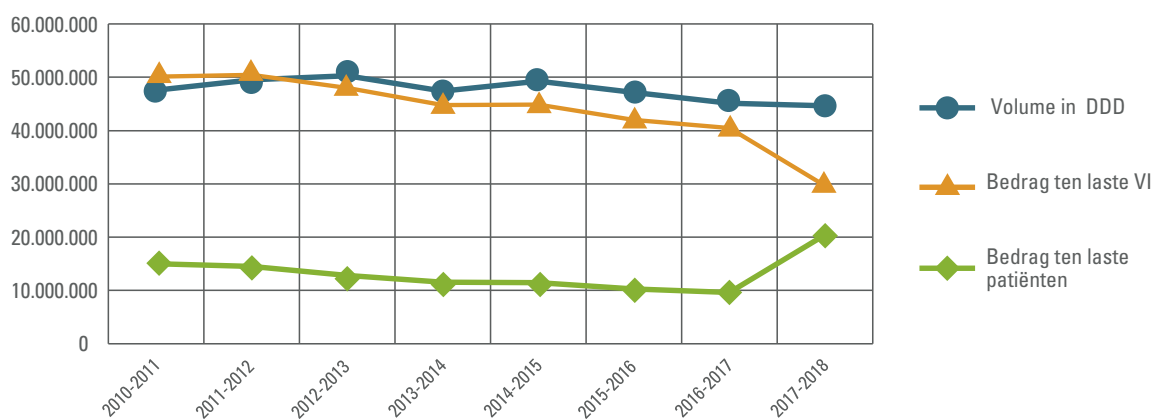
Zowel het aantal leden dat in het jaar volgend op de beleidsmaatregel (van 1 mei 2017 tot 30 april 2018) antibiotica terugbetaald kreeg, als het volume terugbetaalde antibiotica (in standaard dagdoseringen – DDD) daalden met amper 1% ten opzichte van het voorafgaande jaar (1 mei 2016 tot 30 april 2017)

(tabel 1). Daarbij moet opgemerkt worden dat het verschilpercentage in de voorafgaande jaren toch al schommelde met ongeveer 3% meer of minder. **Een verschil van 1% kan dus niet worden beschouwd als een gevolg van de beleidsmaatregel.**

**Tabel 1: Evolutie van het gebruik van antibiotica (ATC J01) van 2010/2011 tot 2017/2018**

Jaar (01/05/yyyy-30/04/yyyy+1)	Aantal gebruikers	Volume in DDD	Bedrag ten laste VI	Bedrag ten laste patiënten	Evolutie aantal patiënten (van jaar tot jaar)
2010-2011	1.889.702	47.618.719,70	50.098.476,76	15.061.732,69	
2011-2012	1.908.828	49.523.091,84	50.469.596,45	14.511.171,87	1,01%
2012-2013	1.932.808	50.316.075,16	48.023.495,64	12.853.801,73	1,26%
2013-2014	1.827.386	47.399.844,77	44.775.335,62	11.515.723,35	-5,45%
2014-2015	1.879.744	49.265.435,31	44.851.824,40	11.439.298,14	2,87%
2015-2016	1.822.259	47.133.050,84	42.008.935,49	10.318.754,11	-3,06%
2016-2017	1.776.341	45.159.221,59	40.492.421,93	9.627.932,12	-2,52%
2017-2018	1.759.045	44.655.486,65	29.644.022,40	20.391.696,21	-0,97%
Evolutie (%) 2010/2011 - 2017/2018	-6,91%	-6,22%	-40,83%	35,39%	
Evolutie (%) 2016/2017 - 2017/2018	-0,97%	-1,12%	-26,79%	111,80%	
Bedragen uitgespaard van mei 2017 tot april 2018			10.848.399,53	-10.763.764,09	

**Figuur 2: Terugbetaalde antibiotica (ATC J01): evolutie van bedragen en volume in standaard dagdoseringen (DDD) van 2010/2011 tot 2017/2018**



De kosten voor de ziekteverzekering daalden door de maatregel wel met 27% (figuur 2). Voor alle CM-leden samen kon het RIZIV ongeveer 11 miljoen euro besparen (10.818.399 euro). Het totaal bedrag aan remgelden voor onze leden steeg dan weer met 112% zodat **de besparing voor de overheid bijna volledig gecompenseerd en betaald werd door de toegenomen eigen bijdragen van de patiënten** (10.733.764 euro). Als we die bedragen extrapoleren naar België spreken we over **ongeveer 24 miljoen euro aan besparingen doorgeschoven naar de bevolking**.

Van onze leden die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT) kreeg 45% antibiotica voorgeschreven zowel in het jaar voor als in het jaar na de maatregel (tabel 2). Bij de andere leden bedroeg dit "slechts" 37%. Door de maatregel **steeg de gemiddelde jaarlijkse kost (remgeld) voor de leden met verhoogde tegemoetkoming van 4,66 euro naar 14,10 euro (maal 3) terwijl dit voor de gewone leden evolueerde van 5,58 euro naar 11,06 euro (maal 2)**. Van de toegenomen eigen bijdragen vallen dus 27% ten laste van de personen met een verhoogde tegemoetkoming terwijl ze maar 15% van ons ledenbestand uitmaken (tabel 3).

**Tabel 2: Uitgespaarde bedragen van 2017 tot 2018 naargelang sociaal statuut**

Sociaal statuut (VT/ NIET VT)	Jaar (01/05/yyyy - 30/04/yyyy+1)	Aantal gebruikers (1)	Volume in DDD	Bedrag ten laste VI	Bedrag ten laste patiënten (3)	Aantal CM-leden (2)	% naargelang sociaal statuut (1)/(2)	Gemiddelde kost ten laste van patiënt (3)/(1)
VT	2016-2017	305.763	9.618.020,30	10.013.355,32	1.425.737,97	683.583	44,73%	4,66
	2017-2018	307.055	9.476.591,97	7.366.275,36	4.330.734,34	690.083	44,50%	14,10
	Evolutie (%) 2016/2017 - 2017/2018	0,42%	-1,47%	-26,44%	203,75%	0,95%		
	Bedragen uitgespaard van mei 2017 tot april 2018 - VT				2.647.079,96	-2.904.996,37		
NIET VT	2016-2017	1.470.578	35.541.201,30	30.479.066,61	8.202.194,15	3.902.691	37,68%	5,58
	2017-2018	1.451.990	35.178.894,68	22.277.747,04	16.060.961,87	3.896.105	37,27%	11,06
	Evolutie (%) 2016/2017 - 2017/2018	-1,26%	-1,02%	-26,91%	95,81%	-0,17%		
	Bedragen uitgespaard van mei 2017 tot april 2018 - NIET VT				8.201.319,57	-7.858.767,72		

**Tabel 3: Proportie van bedragen ten laste van patiënten naargelang sociaal statuut (VT / NIET VT)**

Sociaal statuut (VT / NIET VT)	Aantal CM-leden 2017-2018 (1)	% per statuut (1)/(totaal 1)	Het verschil door de maatregel per sociaal statuut (2)	% bedragen ten laste patiënten (2)/(totaal 2)
VT	690.083	15%	2.904.996,37	27%
NIET VT	3.896.105	85%	7.858.767,72	73%
Totaal	4.586.188	100%	10.763.764,09	100%

Deze laatste vaststellingen vragen om wat uitleg. Er bestaan zeven verschillende vergoedingscategorieën van farmaceutische specialiteiten. De categorie waartoe een farmaceutische specialiteit behoort is afhankelijk van het medisch-therapeutisch belang en het "noodzakelijke" karakter van de specialiteit. Wat een patiënt zelf betaalt

(remgeld), verschilt dus naargelang de vergoedingscategorie. Tabel 4 geeft een overzicht van de geldende regels voor specialiteiten afgeleverd in openbare apotheken (enkel deze zijn voor dit artikel van belang aangezien de besproken beleidsmaatregel enkel geldt voor antibiotica afgeleverd in openbare apotheken).<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Voor farmaceutische specialiteiten afgeleverd in een ziekenhuis (aan een ambulante of gehospitaliseerde patiënt) gelden andere regels: zie RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

**Tabel 4: Vergoedingscategorieën voor farmaceutische specialiteiten afgeleverd in een openbare officina (Bron: RIZIV website)<sup>9</sup>**

Categorie	A/Fa	B/Fb		C	Cs	Cx
		Met verhoogde tegemoetkoming	Gewoon verzekerden			
<b>VB<sub>ex fact</sub></b> <b>&lt; 14.38 EUR</b>	0 % van de VB <sub>ex fact</sub>	26,52 % van de VB <sub>ex fact</sub>	44,20 % van de VB <sub>ex fact</sub>	88,39 % van de VB <sub>ex fact</sub>	106,07 % van de VB <sub>ex fact</sub>	141,43 % van de VB <sub>ex fact</sub>
<b>≥ 14.38 EUR</b>	0 EUR + 0% van de VB <sub>ex fact</sub>	1,50 EUR + 16% van de VB <sub>ex fact</sub>	2,50 EUR + 27% van de VB <sub>ex fact</sub>	5,00 EUR + 54% van de VB <sub>ex fact</sub>	6,00 EUR + 65% van de VB <sub>ex fact</sub>	8,00 EUR + 86% van de VB <sub>ex fact</sub>

(VB<sub>ex fact</sub> : vergoedingsbasis van de verpakking op het niveau buiten bedrijf)

De vermelde percentages en bedragen maken het remgeld uit voor de patiënt. Categorie A staat voor “levensnoodzakelijke specialiteiten”. Daarvoor betaalt de patiënt dus niets uit eigen zak. Voor dit artikel focussen we op categorieën B en C (aangezien de beleidsmaatregel impliceert dat de antibiotica waarvan sprake overgeheveld werden van categorie B naar categorie C). Categorie B staat voor “therapeutisch belangrijke specialiteiten”, categorie C voor “geneesmiddelen bestemd voor symptomatische behandeling”. Geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling voorzien is (bijvoorbeeld slaapmiddelen), behoren niet tot één van deze vergoedingscategorieën. Ze worden vaak de “categorie D” genoemd.<sup>10</sup>

Voor categorie B verschilt het remgeld naargelang het statuut van de patiënt/het lid (al dan niet verhoogde tegemoetkoming). Dit is niet het geval voor categorie C: voor deze geneesmiddelen gelden dezelfde percentages/bedragen. Dit betekent dat de extra kost voor de patiënt ten gevolge van de overheveling van antibiotica naar categorie C een stuk hoger ligt voor personen met verhoogde tegemoetkoming dan voor diegenen zonder verhoogde tegemoetkoming. De kwetsbaren voelen het effect van de overheveling aldus het sterkst (zoals de cijfers van onze studie aantonen: dubbel zo duur voor personen zonder VT; drie maal zo duur voor personen met VT).

Los van de vergoedingsregels, zijn er nog andere zaken die kunnen verklaren waarom de totale toegenomen eigen bijdragen voor personen met verhoogde tegemoetkoming proportioneel gezien hoog liggen in vergelijking met de bedragen voor personen zonder verhoogde tegemoetkoming. Enerzijds staan leden met verhoogde tegemoetkoming lager op de sociale ladder en hebben zij doorgaans een slechtere gezondheid met meer infecties,<sup>11</sup> met hoger antibioticagebruik tot gevolg. Anderzijds weten we dat mensen die hoger op de sociale ladder staan (met betere materiële omstandigheden en vaak ook hoger opgeleid) beschikken over een hoger niveau van gezondheidsvaardigheden (*health literacy*).<sup>12</sup> Dit zou kunnen impliceren dat zij kritischer staan tegenover antibioticagebruik.<sup>13</sup>

#### 4. Conclusies en aanbevelingen

De doelstelling van de beleidsmaatregel van minister van Volksgezondheid De Block – de overconsumptie van antibiotica aanpakken en de resistentie-ontwikkeling als gevolg ervan, aan banden leggen – is niet gehaald. Er kan geen verminderd

9 RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

10 RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

11 Zie IMA Rapport “Ongelijkheid in gezondheid” (mei 2019), [https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden\\_in\\_gezondheid\\_-\\_ima-rapport\\_-\\_def\\_-\\_nl\\_-\\_20190508.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf)

12 CM Informatie 267 (maart 2017), Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen, p. 39.

13 Zie NIVEL en Zorginstituut Nederland (2016), De rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen – Een onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica, p. 32: “De hoger opgeleiden lijken wat kritischer en dus wat meer afhoudend.” (geïnterviewde huisarts).

gebruik van antibiotica worden vastgesteld als gevolg van de prijsverhoging (verminderde terugbetaling) voor de patiënt. Wel is het duidelijk dat de maatregel een besparing voor de ziekteverzekering heeft opgeleverd – weliswaar op kosten van de patiënt, in het bijzonder de meest kwetsbaren.

Is het een vreemde vaststelling dat duurdere medicatie niet automatisch leidt tot verminderd gebruik? Eigenlijk niet. Uiteindelijk is het de arts die beslist over het antibioticagebruik via het voorschrijven ervan (ook al ervaart hij/zij soms enige druk vanwege een aandringende patiënt), terwijl de financiële implicatie enkel door de patiënt gevoeld wordt.

Daarnaast is het – medisch gezien – eigenlijk wel merkwaardig te noemen dat de antibiotica van dag op dag veranderden van “therapeutisch belangrijk” (categorie B) naar “bestemd voor symptomatische behandeling” (categorie C).

Dat de minister naar oplossingen zoekt om overconsumptie aan te pakken, vindt CM als gezondheidsfonds uiteraard een goede zaak. Maar als een prijsverhoging niet tot het gewenste effect leidt, welke maatregelen kunnen dan wel helpen om het onverantwoorde gebruik van antibiotica af te remmen? Patiënten moeten gesensibiliseerd worden: zij mogen niet aandringen bij de arts om deze geneesmiddelen te laten voorschrijven als dat niet strikt noodzakelijk is. Maar finaal is het aan de arts zelf om zijn of haar verantwoordelijkheid te nemen en een verantwoord voorschrijfgedrag aan de dag te leggen in overeenstemming met

de evidence-based richtlijnen. Als sensibilisering alleen onvoldoende uithaalt, moeten we misschien durven nadenken over het invoeren van financiële verantwoordelijkheid bij de artsen. Grote voorschrijvers voor onterechte indicaties zouden dan een deel van de uitgaven voor eigen rekening moeten nemen.

Een andere structurele maatregel zou erin kunnen bestaan dat een voorschrift voor antibiotica verplicht elektronisch moet gebeuren en daarbij de indicatie moet vermelden, zodat het verantwoord gebruik beter kan worden opgevolgd.<sup>14</sup> Nog een andere maatregel zou kunnen zijn dat we een systeem van voorwaardelijke terugbetaling invoeren overeenkomstig ‘Hoofdstuk IV’ van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen (geneesmiddelen waarvoor de terugbetaling onderworpen is aan voorwaarden om medische en/of budgettaire redenen, waardoor hun gebruik beperkt wordt tot welbepaalde omstandigheden – medische indicatie, doelgroep, leeftijd). Dit is nu reeds het geval (sinds mei 2018) voor de zogenaamde (fluoro)chinolonen, een subgroep van antibiotica.<sup>15</sup> De impact van deze maatregel moet nog worden onderzocht.

Het is van belang de oorzaken van het overmatig antibioticagebruik goed te begrijpen om effectieve oplossingen naar voren te kunnen schuiven. We verwijzen in dit kader graag naar het recente KCE rapport “Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België”,<sup>16</sup> dat de oorzaken van het probleem onderzoekt en 21 aanbevelingen formuleert om de situatie te verbeteren.

<sup>14</sup> KCE Rapport 311A (2019), Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België, p. 25.

<sup>15</sup> Zie RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/antibiotica-fluoro-chinolonen.aspx>

<sup>16</sup> KCE Rapport 311A (2019), Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België.