
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 8 / NOVEMBER 2003

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

GEZONDHEIDSZORG EN KWALITEIT

**Een symposium ter gelegenheid van de emeritaatsviering van Prof. Dr. Luc BAERT
(Urologie, KULeuven)**

Op zaterdag 27 september jl. organiseerde Prof. Dr L. BAERT t.g.v. zijn afscheidsviering een zeer interessant symposium rond de thema's kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Een bijzonder actuele thematiek die behandeld werd in een grensoverschrijdend kader en doorheen de verschillende facetten van de medische zorgverlening, met de duidelijke bedoeling vanwege de organisatoren om de beleidsvoerders van onze gezondheidszorg een aantal onontwijkbare probleemstellingen en dilemma's voor de voeten te schuiven.

Inhoudelijk een bijzonder geslaagd opzet, ware het niet dat de politieke tenoren van het Belgische gezondheidsbeleid afwezig waren. Ex-minister van Sociale Zaken F. Vandenbroucke die eerst had toegezegd de studiedag af te sluiten met zijn inzichten over het Belgisch gezondheidssysteem, had zich op de valreep verontschuldigd wegens de nieuwe bevoegdheidsverdeling binnen de regering. Jammer, want het had de mogelijkheid geboden tot een auto-evaluatie van het recent voorbije regeringsbeleid.

Het nieuwe kabinet van Volksgezondheid en Sociale zaken had eveneens bedankt, wegens het opstarten van de "Gezondheidsdialogen" die in de komende maanden moeten leiden tot het uitstippelen van een nieuw gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Nogmaals jammer, want het had minister R. Demotte ongetwijfeld verduidelijkende inzichten kunnen verschaffen die in de grootschalige en mogelijks chaotische "Gezondheidsdialogen" dreigen verloren te gaan.

De verdienste van de organisatoren is precies dat vanuit de premissen van specifieke medische probleemstellingen, in casu genito-urinaire kankerbehandeling, een reeks verhelderende inzichten werden gegeven omtrent "best choices" en de mogelijke evolutie ervan in functie van precieze wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen, om vervolgens de essentiële vraagstellingen door te trekken naar de meer globale en onvermijdelijk macro-economische achtergrond van een gezondheidsbeleid.

Uitgangspunt: de patiënt in zijn centrale positie en met een holistische benadering door de zorgverlener.

Eerste thema: gezondheidszorg, : een recht, haalbaar, betaalbaar en hoe ?

Betaalbaarheid? Wat die essentiële vraag betreft wierp Prof. Z. PETROVICH (Univ. of Southern Carolina School of Medicine, L.A., California, USA), met een uiteenzetting over de nieuwste radiochirurgische technologieën, meteen het peperdure, in 1995 in de V.S. op punt gestelde “CyberKnife”, in de arena.

Deze performante technologische ontwikkeling kan vooralsnog als futuristisch bestempeld worden o.m. gelet op de investeringskost van ongeveer 3 miljoen dollar. Desondanks zijn er 14 installaties beschikbaar in de VSA, 22 in Japan en 2 in Italië. Waaruit de bedenking volgt dat keuzen in het gezondheidsbeleid in ruime mate beïnvloed (kunnen) worden door de landelijke aanwezigheid van industriële belangen; doch eveneens de overweging dat technologische mogelijkheden sedert de laatste 20 jaar veel sneller evolueren dan het beleid. En tenslotte de vraag: moet het beleid technologische innovaties loslaten of beperken?

Toen onze overheid twintig jaar geleden besloot de CT-scan aan programmatie te onderwerpen, ging ze daarbij uit van Franse standpunten die in feite waren ingegeven door verdragingsmanoeuvres vanwege de Franse industrie die nog niet klaar was om de eigen productie op de markt te brengen.

Met opvallend gelijklopende opvattingen toonden Prof. L. BOCCON-GIBOD (Bichat, Paris) en langs de andere kant van de Atlantische oceaan, Prof. R. WILLIAMS (USA), beiden in een uiteenzetting over de cost-effectiveness van chirurgische behandelingen van genito-urinaire carcinomen, aan dat “evidence based” lang niet zo evident is als het sloganeske gebruik dat zorgmanagers en gezondheidseconomen er graag van maken. Uitgaande van een holistische benadering van de patiënt in zijn totale eigenheid, en met als enig kwaliteitsdoel zijn gezondheidsbelang en zijn optimale levenskwaliteit, vergt “evidentie” een grondige, zeer gespecialiseerde kennis en medische ervaring waardoor de nauwkeurige evaluatie en inschatting van elk afzonderlijk geval binnen een brede schaal van diagnostische en therapeutische “opportunities” mogelijk wordt. Het aldus formuleren van “best choices” dient te gebeuren in functie van specifieke criteria die onder wetenschappelijk-professionele consensusvorm op basis van stochastische benaderingen worden afgelijnd; alhoewel dat “aflijnen” onvermijdelijk met moeizaam definieerbare randzones gepaard gaat, en het afwegen van “cost” versus “effectiveness” de mogelijke ontmoeting met individuele dilemma’s niet kan ontwijken.

Indien wetenschappelijk-professionele consensussen over “effectiveness” al een zekere – doch steeds evolutieve - universaliteit kunnen verwerven, is het helaas anders gesteld met het “cost” aspect dat in ruime mate beïnvloed wordt en afhankelijk is van de doeltreffendheid van de door de overheid en vanuit het management gehanteerde organisatie- en financieringssystemen.

Beide auteurs beklemtoonden in feite de diepgaande verwevenheid van zorgbeheer met specialistische medische besliskunde in de ruime zin van het woord, of beter, de integratie van beide begrippen rond de patiënt, als het ware tot een hedendaagse definitie van medisch handelen.

Toen Prof. Dr. A. VLEUGELS ("Minimally invasive techniques: Hope for the patiënt – Ambition for the medical team – Dilemma's for the hospital management") als vierde

spreker uit het “urologisch veld” stapte, opmerkend dat men het hoofdthema “Health care: a right –affordable and how?” niet uit het oog mocht verliezen, had iedereen dat wel begrepen als andermaal de bevestiging van diezelfde klemtoon. Antwoordend op de vraag “Hoe?” legde hij het uitgangspunt bij de zorgbehoefte, de zorgvraag en de verwachtingen van de patiënt, waarop hij vervolgens de overeenstemmende beleidsrespons vanwege respectievelijk de zorgverleners (“providers”) en het ziekenhuismanagement trachtte te omschrijven.

We begrijpen dat de noden van de patiënt in termen van toegankelijkheid, beschikbaarheid, begrip, continuïteit, betaalbaarheid, financiële en klinische efficiëntie, kwaliteit, veiligheid, informatie, communicatie, transparantie, zelfbeschikkingsrecht, respect en privacy... door de zorgverlener worden geïmplementeerd in termen van EBM, guidelines, klinische zorgpaden, samenwerking en teamwork, multidisciplinariteit, flexibiliteit, appropriate care i.p.v. onder-, over- of misbruik van zorg, kwaliteitsindicatoren en –bevordering, klinisch risicobeheer, informatie, communicatie, informed consent, patiënt –educatie, respect en vertrouwen. Het steekt een hart onder riem te vernemen dat het aloude en universele “quolloquium singulare” in de XXIe eeuw nog steeds een gevestigde waarde blijft.

Maar we zien niet in op welke premissen uitgaande van de belangen van de patiënt, het begrip “ziekenhuis”, op grond van een o.i. vermeende “flexibiliteit” van het management, uit zijn muren zou moeten kunnen stappen naar een alles behorend concept van “virtueel” ziekenhuis, netwerking en vooraf gelegde zorgbanen voor de patiënt. Wat blijft er in die visie over van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt? Wat blijft er over van de “flexibiliteit”? Gaan we op die manier niet lijnrecht naar op machts- en belangenverhoudingen berustende, alsmaar steviger afgegrensde zorgbanen?

Door de natuurlijke verschuiving van zorgaccenten naar de extramurale sector dient het ziekenhuis meer dan ooit zijn ontwikkeling te richten op het beheer van beschikbare infrastructuur en middelen, dienstverlening aan de patiënt en aan de zorgverleners, precies daar waar zijn zorgnood de patiënt onttrekt aan de zorgverlening binnen zijn normale levenssfeer, en niet op het managen van zorgverlening als dusdanig, out of limits, vanuit en ten behoeve van diezelfde structuren en middelen. O.i. ligt de uitdaging voor de toekomst met andere woorden in het integreren op een passende wijze van het medisch management, door de betrokken zorgverleners, bij het beheer van de ziekenhuizen, en niet omgekeerd, nl. het ondergeschikt maken van de zorgverlening zelf aan de manageriële behoeften van de structuren.

Om een ander aspect van de complexiteit van het medische handelen toe te lichten gaf Prof. Dr. H. VAN AKEN (Anesthesiologie und operative Intensivmedizin, Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster) een uiteenzetting over de ethische problemen bij het nemen van beslissingen in Intensieve Zorgen (“Ethical problems in intensive care: decision making”). Wie medische beslissingen moet treffen in intensieve zorgen is voortdurend geconfronteerd met nieuwe ethische vraagstellingen, gelet op het steeds imminent aanwezig zijn van leven en dood enerzijds, en de hoge inzet zowel in menselijk lijden en emotioneel gewicht, als in menselijke en technische middelen. Hij legde vooral de nadruk op de ethische dilemma's die ontstaan wanneer twee of meerdere ethische principes met elkaar in conflict komen of doorkruist worden door culturele, moraal- filosofische of religieuze achtergronden; de moeilijkheid om het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt te implementeren wanneer hij niet meer in staat is zijn voorkeur uit te drukken; de nochtans zeldzame respons (slechts 20%) op tijdige bevraging omtrent zorgkeuzen vanwege patiënten in levensbedreigende omstandigheden; de vaststelling dat er geen standaardoplossingen bestaan die toepasselijk zijn voor elke

situatie; de subtiele verschillen die de professional herkent tussen "inhouden" (withholding) en "intrekken" (withdrawing) van levensondersteunende behandelingen, waar ze in de ethische normgeving niet worden onderscheiden; de aanzienlijke interpersoonlijke variabiliteit bij beslissingen omtrent het naderend levenseinde. Als men de premissen aanvaardt dat een toenemende vraag naar intensieve zorgen ook vragen naar betaalbaarheid stelt, moet men ook de uitdaging van het allerzwaarste dilemma aandurven: hoe die middelen op rechtvaardige wijze toekennen en prioriteiten bepalen?

Uiterst moeilijke problemen waarvoor Prof. Van Aken verwijst naar de principiële stellingen die terzake werden ingenomen door de American Thoracic Society (1997). En waarbij we ons de bedenking maken hoe zwaar deze complexe beslissingsthematiek contrasteert met sommige ongenueanceerde bepalingen van onze recente wet over de patiëntrechten en de wet over de euthanasie.

Tweede thema, kwaliteitszorg op macro-niveau: "Maintenance and improvement of Quality Health Care".

Deze zitting werd ingeleid door Ere-rector Prof. R. DILLEMANS. Hij stelde vast dat er, behalve het begrip "welvaartstaat", binnen West-Europa weinig convergentie is geweest wat de systemen van gezondheidszorg betreft.

Vervolgens gaf hij een historisch overzicht van het Belgische Gezondheidssysteem met een beschrijving van zijn specifieke componenten of "hoekstenen" en waarbij hij vooral de nadruk legde op de bijzondere rol van de ziekenfondsen in België. De jarenlange traditie in "duale" financiering van enerzijds het medisch handelen (betaling per act) en van de ziekenhuiskost, zou tenslotte naar zijn mening herzien moeten worden in de zin van een opsplitsing van de vergoeding van arts in een "zuiver" honorarium per act enerzijds en een deel ter dekking van de werkingskosten anderzijds, dit om het spanningsveld tussen artsen en ziekenhuizen te vermijden. Wij menen dat deze denkpiste door de werkelijkheid achterhaald is en dat ze ongewenste nieuwe spanningsvelden zal creëren binnen het zorgproces zelf, de middelen van het medisch handelen als dusdanig. De enige weg naar de toekomst ligt o.i. niet in het financieringssysteem van de medische activiteiten, maar in de nood aan toenemende medicalisering van het management.

Dr. Marc MOENS, Secretaris-generaal VBS en Ondervoorzitter BVAS, ging in zijn uiteenzetting over "The Belgian health model revisited" dieper in op het moeilijke evenwichtsspel van het bijna sedert 40 jaar op overleg tussen de zorgverstrekkers en de mutualiteiten gebaseerde Belgische systeem, binnen een kader dat door de Overheid wordt opgelegd. De greep van de Overheid op de organisatie van de zorg is, voornamelijk om budgettaire en ideologische redenen, de voorbije 15 jaar zeer sterk toegenomen. De autonome beroepsuitoefening door zorgverleners en het ondernemerschap van verzorgingsinstellingen wordt geknakt door overreglementering door de Overheid. De gevolgen zijn budgetexplosie ten gevolge van overnormering inzake infrastructuur- en personeelsomkadering, zonder kwalitatieve meerwaarde van de zorgverlening. De patiëntentevredenheid blijft voorlopig hoog, maar zorgverleners tonen massaal hun ongenoegen.

Met 285.000 mensen actief in de gezondheidssector, met een budget van 8,7 % van het BBP, met goed opgeleide en – tot voor kort - zeer gemotiveerde professionals, zou nochtans kunnen verwacht worden dat de groeiende noden van een vergrijzende bevolking adequaat kunnen worden opgevangen.

De idee van de Overheid was alle betrokkenen meer verantwoordelijkheid te doen opnemen. De wettelijke uitwerking van dit principe is vooral gericht op één beroepsgroep, de artsen.

Alhoewel de uitgaven voor de artsenhonoraria het minst van alle sectoren zijn gegroeid, wordt voornamelijk het medisch korps met de vinger gewezen voor de stijgende kosten: ze zijn té toegankelijk, ze schrijven teveel voor, zij houden de patiënten (te?) lang in leven.

Om de internationaal hoog aangeschreven Belgische gezondheidszorg in de toekomst te kunnen blijven waarmaken, zijn er op verschillende niveaus een aantal ingrepen nodig. Artsen willen hier met de andere zorgverstrekkers en met de patiënten constructief aan meewerken. Dr. Moens doet een aantal concrete voorstellen.

De patiënt moet weten dat zorg duur is. Met uitzondering van een beperkte groep van noodlijdende patiënten moet voor alle zorg een beperkt remgeld te worden betaald.

De huisartsgeneeskunde moet zijn autonomie bewaren, los van staatsstructuren. Een forse opwaardering van de honoraria per prestatie is dringend noodzakelijk zodat de huisartsen zelf hun eigen praktijkmodaliteiten kunnen kiezen en uitbouwen.

De plaats van de geneesheren-specialisten die werkzaam zijn buiten de ziekenhuizen moet erkend worden. Hun zorg is zeer toegankelijk en voor de Overheid goedkoper dan de ziekenhuiszorg.

De ziekenhuisartsen moeten op paritaire basis het ziekenhuis mede beheren. Beheerders en artsen moeten terug ondernemers worden. Om binnen de door de maatschappij ter beschikking gestelde middelen te kunnen blijven verkiezen de artsen professionele guidelines boven statistische financieringssystemen.

Vermits geen enkel land alle zorg aan alle patiënten kan en wil ten laste nemen, moet, naast de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, de reeds bestaande aanvullende privé-verzekeringen uitgebreid worden, met respect voor een aantal solidariteitsprincipes.

In de artsenopleiding moet meer aandacht worden besteed aan de kostprijs van het klinisch medisch-technisch onderzoek. Om dit te realiseren moeten de academische centra strikter onderscheid maken tussen klassieke ziekenzorg ten laste van de sociale zekerheid en hun toegepast medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Dergelijke wijzigingen doorvoeren kan slechts mits permanent overleg met alle betrokkenen.

Onder de titel "Budgettering in het Nederlands Gezondheidssysteem" bracht vervolgens Dr Iuris Ans ANKONE een beeld van de quasi radeloosheid van het gezondheidsbeleid bij onze Noorderburen. Na een grondig historisch overzicht komt ze tot de slotsom dat Nederland er maar niet in slaagt de vooruitgang van de medische wetenschap aan toegankelijke prijzen aan te bieden aan zijn burgers. De Nederlandse regering tracht hieraan te verhelpen via nieuwe financieringsbronnen voor het macro-budget: hogere bijdragen, zwaardere premies voor het zorgpakket, invoering van "co-payments" en bijkomende remgelden, zoals bvb van 1.50 € voor elk geneesmiddelenvoorschrift. Of via het invoeren van marktelementen in de contracten tussen patiënten en zorgverzekeraars en tussen deze laatsten en de zorgleveranciers, en door het schrappen van niet medisch noodzakelijk geachte zorgen uit het zorgpakket, welke dan onder een additionele verzekeringsdekking vallen.

Het Nederlandse macro-budget van de gezondheidszorg bedraagt op dit ogenblik 41,2 miljard €, waaronder 17,7 miljard € voor de geneeskundige verzorging en 23,5 miljard € voor de AWBZ (Wet Buitengewone zorgen: chronische ziekten, psychiatrische patiënten, mentaal gehandicapten, rust en verzorgingstehuizen). Ter vergelijking: het Belgische globaal budget 2004 van het RIZIV werd op 13.10.2003 door de Algemene Raad van het

RIZIV vastgesteld op 16,256 miljard €. Het Nederlands zorgbudget haalt 9,75% van het BNP, rekent met een budgetoverschrijding van 7 à 9% en met een jaarlijkse groei van het geneesmiddelenverbruik met 10%. Zopas besloot de Nederlandse regering besnoeiingen ten belope van 11,1 miljard € met toenemende "co-payments" door de zorgverbruiker, meer eigen risicodekking, beperkter sociaal zorgpakket en meer private zorgverzekering. En tegelijkertijd vergt het zorgsysteem een enorme toename van efficiency en toegankelijkheid.

Na, wat de specialistische zorg betreft, de onhoudbaarheid van de opeenvolgende budgetsystemen te hebben vastgesteld, trachtte men vanaf 1995 over te gaan naar het experiment van de "Diagnose Behandel Combinaties", een soort zorgprogramma's of combinaties van medische activiteiten, van diagnosestelling tot einde behandeling, op empirische wijze ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van geneesheren-specialisten. Deze DBC's zouden volgens een uniforme structuur gekoppeld worden aan een kostprijs (all-in ziekenhuiskost en honoraria). Volgens Mevr Ankoné blijken de resultaten van het experiment vandaag ontgoochelend omdat de registratie teveel tijd in beslag neemt en tot zeer uiteenlopende resultaten leidt. Het systeem gaf ook aanleiding tot hevige conflicten tussen de Overheid en de artsen m.b.t. de vergoeding van hun medische activiteit. Desalniettemin werden in 2003 werden dan toch de eerste contracten met enkele ziekenhuizen afgesloten m.b.t. een 17 tal DBC's. De bedoeling is dit experiment met de 17 DBC's uit te breiden op nationaal vlak. Met het oog op een volgende fase wordt onderhandeld over wijzigingen van het systeem naar clustervorming i.p.v. individuele DBC's. Het systeem zou ook niet verplicht toepasselijk zijn en buiten centrale budgetcorrectie blijven. De volgende fase is inmiddels uitgesteld tot juli 2004. Er wordt gewerkt aan een regeling bestaande uit twee segmenten, enerzijds een budget met vaste DBC tarieven waarin een vast honorariumbedrag begrepen is, en anderzijds een segment met vrije DBC -prijzen en -parameters. Nederland staat voor een op zijn minst gezegd paradoxale situatie: het wil een systeem met vrije marktelementen invoeren binnenin een tot nog toe sterk gereguleerd marktsysteem, en wordt tegelijkertijd geconfronteerd met de nieuwe noodzaak van een strenge uitgavenbeheersing.

Waaruit wij besluiten dat een systeem gefundeerd op een geëcheloniseerd zorgaanbod uiteindelijk leidt tot organisatorische impassen, en dat forfaitaire financieringssystemen leiden tot een alsmaar verder aftakelende toegankelijkheid en een toenemende dualiteit.

* * *

Onder het thema "De Europese Gezondheidszorg en het Medisch beroep" gaf Dr. C.C. LEIBBRANDT, voormalig Secretaris-Generaal van de Europese Specialisten Vereniging (UEMS), een overzichtelijke uiteenzetting over de wijze waarop het Verdrag van Rome binnen de E.U. een hoog niveau van gezondheidsbescherming dient te verzekeren (art. 152) en het Verenigd Europa zal bijdragen tot de beveiliging van de gezondheids-, veiligheids- en economische belangen van de verbruikers (art 153). Voorts voorziet het Verdrag (art 47,§3) het progressief afbouwen van reglementaire beperkingen m.b.t. het vrije vestigingsrecht van beoefenaars van gezondheidsberoepen. Deze bepalingen hebben geleid tot Europese richtlijnen betreffende de wederzijdse erkenning van beroepstitels waarbij de Europese Specialisten Vereniging de taak op zich heeft genomen om de kwaliteit van de opleidingen in de verschillende disciplines te harmoniseren en kwaliteitsbevorderend op te treden (European Boards, Charter m.b.t. de organisatie van de voortgezette opleiding, Europese visitaties, Training logboek, Quality Assurance Charter...).

Major General M.K. WYRICK ("Health Care in the United States – Need for a National Strategy") beschreef vervolgens doorheen het Amerikaanse systeem de strategie om zowel individuele als openbare gezondheidsbehoeften te voldoen, waarbij hij de probleemstellingen besprak die in alle naties moeten opgelost worden. Alhoewel de VS per capita meer uitgeven aan gezondheidszorg dan alle landen ter wereld, vertoont het gezondheidsbilan van de Amerikaanse burger morbiteits- en mortaliteitsresultaten die beneden de verwachtingen liggen. Volgens WYRICK moet een gezondheidssysteem zich richten op het gezondheidsniveau van de gemeenschap en centraal beheerd worden met responsabilisering van de begunstigen, performance standards en controle van de uitgaven. In die optiek, als potentieel model, werd niet alleen het private health care system besproken, doch ook de specifieke gezondheidsregeling van de "Military and Veterans Administration."

Als slot van de zitting bracht Dr. Rob VAN DEN OEVER (LCM, Brussel) een uiteenzetting over "The Future of the Belgian Health System", waarbij hij een grondige, dikwijls vergelijkende analyse maakte van het huidig systeem: de basisprincipes, het relatief aandeel private /openbare uitgaven, de sterke punten (hoge output, competitie, moderne technologie, hoge toegankelijkheid, satisfactie van gebruiker en zorgverlener, behoorlijke kwaliteit en een redelijke kostprijs) en zwakheden (versnippering van competenties en middelen, administratiekost t.g.v. van de federale staatsstructuur), en zijn uitdagingen voor de toekomst. Op een nogal provocerende wijze wees hij erop dat volgens Amerikaanse studies een belangrijk aantal overlijdens in ziekenhuismilieu zou kunnen worden voorkomen, en dat in België het voorschrijven van labo-testen en van antibiotica niet altijd even zorgvuldig gebeurt.

Tot besluit stelde hij dat elk individu of organisatie, zowel professionele als politieke, die betrokken is bij het Belgische gezondheidssysteem, bij machte is om een kritische analyse te maken van de positieve en negatieve elementen in onze gezondheidszorg. Het is echter veel moeilijker om de beste beleidspistes aan te wijzen om de verschillende aangestipte problemen op te lossen.

Opmerkelijk is dat, in alle geïndustrialiseerde Westerse landen, gelijkaardige oorzaken aan de basis liggen van de tekortkomingen in het gezondheidsbeleid. De prioritaire rangschikking van die oorzaken en van de mogelijke oplossingen verschillen van land tot land.

Internationale vergelijkende studies over gezondheidssystemen en de toename van onderlinge informatie-uitwisseling met een politiek streven naar harmonisatie van de sociale zekerheid in de EU, tonen aan dat naties hun gezondheidsbeleid willen spiegelen aan positieve ervaringen in andere landen.

Ironisch genoeg worden deze correcties en maatregelen meestal doorgevoerd op het moment dat de landen die als voorbeeld dienden precies die correcties en maatregelen afvoeren wegens het uitblijven van de verhoopte resultaten.

Zo prijkt kostenbeheersing in elk land bovenaan de agenda van het gezondheidsbeleid, maar staan de voorgestelde of aangenomen oplossingen in schril contrast tot elkaar. Naties met een meer geprivatiseerde gezondheidszorg plannen een meer generationaliseerd beleid en omgekeerd, landen met strenge overheidsregulering streven naar een meer gedecentraliseerde en liberale organisatie, terwijl landen waar de bevolking veel uit eigen zak betaalt neigen naar een betere verzekeringsdekking.

Preventie is in sommige landen een top-prioriteit, doch zakt elders weg van de prioriteitenlijst en wordt afgedaan als kostaanzwengelend zonder duidelijk bewezen aanwinsten op het vlak van de volksgezondheid.

Fee-for-service, als anti burn-out vergoeding voor de gezondheidsprofessional, wordt heruitgevonden in landen die verscheidene decennia lang een gesloten enveloppesysteem met forfaitaire vergoedingen kenden.

Kostenbeheersing, een noodzaak voor het behoud van ons eigen en andermans gezondheidszorgsysteem, dreigt evenwel illusoir te worden zonder controle en stevige beperking van de huidige en nog steeds toenemende voorzieningen die met overheidsgeld worden gefinancierd.

Analyse van de groei van de nationale uitgaven voor gezondheidszorg in het laatste decennium toont aan dat deze vooral te wijten is aan elementen die niet onder controle kunnen gehouden worden. De stijging van de levensstandaard, nieuwe technologieën en geneesmiddelen, de toenemende verwachtingen van de patiënten en de veroudering van de bevolking zijn allemaal groeifactoren waarop de managers en politici nagenoeg geen impact hebben. De heterogene aard van de medische praktijk, vaak voorgesteld als een verspilling van middelen, is deels verbonden met de werkelijke aard van de geneeskunde: geneeskunde is nog steeds meer een kunst dan een exacte wetenschap. Zelfs al zouden alle vormen van misbruik en fraude, die ten stelligste vermeden moeten worden, volledig worden uitgeroeid, dan nog kan de sector er niet in slagen de in 1995 wettelijk vastgestelde groeinorm van de gezondheidsuitgaven in toom te houden.

Als de samenleving de sector zijn passende financiering weigert, wat zou strijdig zijn met alle opiniepeilingen die aangeven dat gezondheid de topprioriteit van de Belgen is, moeten onvermijdelijk de uitgaven worden beperkt.

Vermits de onvermijdbare kosten- en uitgavengroei veroorzaakt door manpower (Baumol-effect), de veroudering en de daarmee gepaard gaande objectieve noden, de innovaties van gezondheidstechnologie en inflatie, niet onder controle kunnen gehouden worden en vermits de jaarlijkse groeitrend van gezondheidsuitgaven omwille van evidente redenen niet groter zou mogen zijn dan de groeitrend van het BNP, blijft er maar één mogelijkheid, nl. het toelaten, onder correcte en beperkte voorwaarden, van alternatieve financieringswijzen, zoals private gezondheidsverzekeringen.

Net zoals in de meeste overige landen kan volgens VAN DEN OEVER ons geprezen en dierbaar gezondheidssysteem enkel overleven indien we ermee instemmen dat we moeten leren keuzen te maken tussen de gezondheidsvoorzieningen die door de Overheid verzekerd worden, op basis van gezonde principes van evidence based medicine, essentiële en geobjectiveerde noden en gecombineerde medische, ethische, economische en politieke beslissingen.

Met deze visie van een vooraanstaand arts van een even vooraanstaand Belgisch zorgverzekeraar, menen wij dan ook dat het symposium van Prof. Luc BAERT een bijzonder betekenisvolle conclusie kreeg met een zeer heldere boodschap naar de overheid toe.

Wij zijn er de organisator bijzonder dankbaar voor.

Jos Van den Nieuwenhof

In het kader van het symposium d.d. 27 september 2003 te Brussel van de Dr. Paul TUYTENS leerstoel met als titel "Health care : a right - affordable and how ?", naar aanleiding van het emeritaat van Dr. Luc BAERT, Professor Urologie aan de KULeuven, hield VBS-secretaris-generaal Dr. M. MOENS, een uiteenzetting over "Maintenance and improvement of quality health care. The Belgian health system revisited."

De originele Engelse versie staat met de bijhorende Powerpoint presentatie sinds 30.09.2003 te lezen op onze website www.vbs-gbs.org. Dit is de Nederlandse vertaling.

**BEHOUD EN VERBETERING
VAN EEN KWALITEITSVOLLE GEZONDHEIDSZORG
DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG HERBEKEKEN**

Dr. Marc MOENS, VBS-Secretaris-generaal
Conrad, Brussel, 27.09.2003

1. INLEIDING

Ik dank Prof. Luc BAERT voor de uitnodiging om op dit symposium een aantal bedenkingen te mogen formuleren vanuit een beroepsvereniging van praktiserende artsen over "the maintenance and improvement of quality health care in Belgium".

Zoals overal in de geïndustrialiseerde wereld, staat ook het Belgisch gezondheidssysteem onder druk. Zijn de cornerstones die Prof. DILLEMANS zonet beschreef aan vervanging toe of zal de toevoeging van eigentijdse toetsen volstaan ?

Belgische artsen zijn steeds wantrouwend geweest tegenover inmenging van de Overheid in hun praktijk. Bijna 40 jaar, om precies te zijn sinds 25.06.1964 bestaat er een systeem van akkoorden tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen over het opnemen van bepaalde verstrekkingen in het zorgpakket dat door de Overheid wordt gefinancierd en over de honoraria voor de verstrekte zorgen.

Tot 1993 konden artsen in overleg met de verzekeringsinstellingen quasi autonoom tewerk gaan. Onder het ministerschap van Philippe MOUREAUX (Parti Socialiste) wijzigde de wet van 15.02.1993 het systeem. De macht van beide belangengroepen werd aanzienlijk beperkt. Elk akkoord afgesloten tussen artsen en verzekeringsinstellingen moet de goedkeuring krijgen van de bevoegde minister, nadat is vastgesteld dat het in overeenstemming is met de door de regering goedgekeurde begroting.

Overleg tussen Overheid en de aloude partners van het systeem, mutualiteiten en zorgverstrekkers (in casu de artsen) staat hoog aangeschreven. In de regeerperiode 1999-2003, met Frank VANDENBROUCKE als minister van sociale zaken, nu minister van arbeid en pensioenen, bleek het overleg zelden uit te monden in resultaten die door de betrokken beroepsgroepen of instellingen werden gedragen.

Ondanks belangrijke investeringen in het gezondheidszorgsysteem, voelden bijna alle beroepsgroepen zich door de Overheid gepasseerd : de kinesitherapeuten, apothekers, artsen, ziekenhuisbeheerders, farmaceutische industrie...

Kortom, elkeen die in zijn privé praktijk of in zijn instelling enig ondernemerschap wou tot uitdrukking brengen, liep in de vorige regering vast op een doodlopend spoor. De misnoegdheid is groot bij de meerderheid van de zorgverleners. Wat loopt er mis ? Hoe kan er geredimeerd worden ?

2. MENSEN EN MIDDELEN

In België werken ongeveer 285.000 mensen in de sector van de gezondheidszorg. Enerzijds zijn er +/- 227.000 werknemers in ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen, in praktijken van zorgverstrekkers, de farmaindustrie en – handel en ziekenfondsen.

Anderzijds zijn er ongeveer 58.000 zelfstandigen werkzaam als arts, tandarts, verpleegkundige, kinesist, ... (cfr. tabel 1).

Werk in de gezondheidszorg (jaar 1999)

Werknemers in	
• ziekenhuizen en zorginstellingen	146.275
• farmaceutische sector	30.716
• praktijken van zorgverstrekkers	25.499
• ziekenfondsen	13.458
• apotheken	11.044
Subtotaal	226.992
Zelfstandige	
• artsen	23.846
• verpleegkundigen, kinesisten, vroedvrouwen, paramedici	22.628
• tandartsen	6.817
• apothekers	4.514
Subtotaal	57.805
Totale werkgelegenheid gezondheidszorg	
• absoluut aantal	284.797
• in % van de actieve bevolking	6,5

Tabel 1

Bron : BIGE compendium gezondheidsstatistiek 2001.

Van die +/- 285.000 actieven in de gezondheidssector zijn er, voor het jaar 2002, ruim 169.000 verstrekkers die ingeschreven zijn bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) (cfr. tabel 2), waarvan, voor het jaar 2002, 40.763 artsen.

Zorgverstrekkers ingeschreven bij het RIZIV

	1994	1998	2002
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	50.965	56.708	63.040
Artsen	35.081	38.109	40.763
Kinesitherapeuten	22.438	25.009	27.475
Paramedici	14.865	15.282	14.385
Apothekers	9.824	10.656	11.775
Tandartsen	7.727	8.240	8.553
Opticiens	2.992	3.200	3.333
Totaal	143.892	157.204	169.324

Tabel 2

Bron : RIZIV jaarverslag 1998 en 2002

België heeft een zeer hoge artsensiteit : voor 10,3 miljoen inwoners zijn er 46.268 artsen of één arts per 223 inwoners. Sinds 1980 groeide het aantal artsen met gemiddeld meer dan 1000 per jaar (cfr. tabel 3).

Evolutie van het aantal Belgische artsen

	Huisartsen	Specialisten	Artsen specialisten in opleiding	Alle artsen
1950				8.685
1960				11.730
1970				14.887
1980	10.968	9.617	2.084	22.669
1984	12.985	11.034	3.077	27.096
1988	14.371	12.969	2.972	30.312
1992	14.897	14.691	3.579	33.167
1996	15.378	16.364	3.460	35.202
2000	19.443	19.166	3.427	42.036
2001	19.444	20.045	3.489	42.978
2002	18.367	23.978	3.923	46.268

Tabel 3

Bron : Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Vooraf het aantal specialisten blijft sterk toenemen terwijl sinds 2000 het aantal huisartsen stagneert en in 2002 achteruitloopt (cfr. tabel 4).

Evolutie van het aantal artsen in België sinds 1980 (1980 = 100)

	Huisartsen	Specialisten	Artsen specialisten in opleiding	Alle artsen
1980	100	100	100	100
1984	118	115	148	120
1988	131	135	143	134
1992	136	153	172	146
1996	140	170	166	155
2000	177	199	164	185
2001	177	208	167	190
2002	167	249	188	204

Tabel 4

Bron : Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Niet alle artsen hebben een praktijk. Toch is het aantal praktiserende Belgische artsen hoog in vergelijking met andere Europese landen : 40.299 of één beroepsactieve arts per 256 inwoners, waarvan 14.541 huisartsen (1 per 709 inwoners) en 25.758 specialisten (1 per 400 inwoners) (cfr. tabel 5 en 6).

Aantal artsen, per categorie, met en zonder klinische praktijk (31.12.2002)

Categorie	Met praktijk	Zonder praktijk	Totaal
Huisartsen	13.718	3.825	17.543
Huisartsen in opleiding	823	1	824
Subtotaal	14.541	3.826	18.367
Specialisten	21.897	2.081	23.978
Specialisten in opleiding	3.861	62	3.923
Subtotaal	25.758	2.143	27.901
TOTAAL	40.299	5.969	46.268

Tabel 5

Bron : Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

*Densiteit van artsen met praktijk in België per 31.12.2002
(uitgedrukt als één per aantal inwoners)*

Huisarts	709
Specialist	400
Alle artsen	256

Tabel 6

Bron : Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Qua budgettaire middelen gaf België in 2000 meer uit dan het gemiddelde van de OESO en de Europese Unie : 8,7% van het bruto binnenlands product (BBP) tegenover 8% voor het OESO- en EU-gemiddelde. In 1990 vielen de Belgische uitgaven nog net samen met het Europees gemiddelde, namelijk op 7,4% van het BBP (cfr. tabel 7). Het voorbije decennium heeft België dus een zeer belangrijke groei van zijn gezondheidsuitgaven gekend

Groei van de gezondheidsuitgaven (1990-2000)

	Gezondheidsuitgaven % BBP	
	1990	2000
België	7,4	8,7
Duitsland	8,7	10,6
Polen	5,3	6,2
Ierland	6,6	6,7
Finland	7,9	6,6
Verenigd Koninkrijk	6,0	7,3
Nederland	8,0	8,1
OECD	7,2	8,0
EU	7,4	8,0

Tabel 7

Bron : J. DE COCK; RIZIV; INSEAD-symposium, Brussel, 23.05.2003

Onder de RIZIV-uitgaven voor gezondheidszorg nemen de artsenhonoraria een belangrijke plaats in. In 2002 30,3 %. Er is een dalende procentuele trend : 32,6 % in 1997 en 42 % in 1970 (cfr. tabel 8). Nieuwe gezondheidszorgberoepen en nieuwe sectoren eisen hun plaats en hun deel van het budget op.

Procentueel aandeel in de RIZIV-uitgaven volgens verschillende categorieën van prestaties en/of zorgverstrekkers

	1997	2002
Artsen *	32,6	30,3
Ziekenhuisverblijf	25,7	24,2
Geneesmiddelen	18,3	19,3
Andere zorgverstrekkers **	11,6	11,4
Overige	11,8	14,8
Totaal	100,0	100,0

Tabel 8

* In 1970 bedroeg het artsenaandeel 42%

** Aandeel van per verstrekking betaalde honoraria aan tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en paramedici

Bron : RIZIV-jaarverslagen 2000 en 2002

Ondanks het snel groeiend aantal artsen stijgen hun honoraria het minst snel van alle sectoren binnen de gezondheidszorg. Terwijl in de periode 1992-2002 de gemiddelde jaarlijkse groei voor de ganse sector 4,8 % bedroeg, was dit voor de artsenhonoraria slechts 2,5 %. De gemiddelde jaarlijkse inflatie over deze periode bedroeg 1,85 % (cfr. tabel 9). In de periode 1992-1997 was er een negatieve groei van de artsenhonoraria, vermits de gemiddelde indexstijging 2,0 % bedroeg tegenover een gemiddelde budgettoename van slechts 0,8 %.

*Gemiddelde jaarlijkse groei (%) van de uitgaven voor de Belgische ziekteverzekering **

	1992-1997	1997-2002	1992-2002
Artsen	0,8	4,3	2,5
Geneesmiddelen	5,7	7,0	6,4
Ziekenhuizen	4,5	4,6	4,5
Andere	6,7	8,4	7,6
Totaal	3,8	5,9	4,8

Tabel 9

Bron : J. DE COCK; RIZIV; INSEAD-symposium 23.05.2003

* Zonder rekening te houden met de inflatie.

Op basis 1988 was de index 12.1992 : 113,46, 12.1997 : 125,21, 12.2002 : 136,30.

Gemiddelde jaarlijkse inflatie : 1992-1997 : 2,0 %
1997-2002 : 1,7 %
1992-2002 : 1,85 %

Ook over een langere periode - 1986 tot 2002 – blijkt de toename van de artsenhonoraria bescheiden, met name gemiddeld jaarlijks + 3,63 % (cfr. tabel 10). De gemiddelde jaarlijkse toename van de administratiekosten van de ziekenfondsen ligt, ter vergelijking, nog iets lager nl. 3,12 %. De gemiddelde jaarlijkse inflatie in dezelfde periode bedroeg 2,67 %. Opmerkelijk is dat de administratiekosten van de ziekenfondsen steeds een matig positieve groei kenden, terwijl de uitgaven voor de artsenhonoraria ups en downs vertoonden als gevolg van de recidiverende besparingsrondes.

*Toename administratiekosten ziekenfondsen versus uitgaven artsenhonoraria **
(bedragen in miljoen euro)

	Administratiekosten ziekenfondsen		Artsenhonoraria	
	Bedrag (1)	Jaarlijkse stijging (%)	Bedrag (2)	Jaarlijkse stijging (%)
1986	445,628		2.426,7	
1987	460,958	+ 1,17	2.644,4	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,0	- 0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,2	+ 6,63
1990	494,002	+3,79	2.944,6	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,1	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,0	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,3	- 2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,5	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.362,2	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,1	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,8	- 5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,0	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,4	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,8	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	744,672	+ 6,86	4.291,5	- 1,21
gemiddelde jaarlijkse groei 1986-2002		+ 3,12		+ 3,63
2003	779,675	+ 4,70	4.747,0 **	+ 10,6 **

Tabel 10

* Zonder rekening te houden met de inflatie

** Begrotingsdoelstelling 2003

Met indexbasis 1981 bedroeg het indexcijfer 12.1986 : 131,88 en 12.2002 : 184,39. De gemiddelde jaarlijkse inflatie 1986-2002 bedraagt 2,67 %.

Bron : (1) Belgisch Staatsblad
(2) RIZIV

Tabel 11 toont in absolute cijfers de verschillende groeiritmes van de sectoren. Alleen de kosten voor artsenhonoraria en voor ziekenhuisverblijven stijgen in de periode 1997-2002 met een gemiddelde dat in de buurt ligt van het groeipercentage van 4,5 %, buiten inflatie, dat de regering voor de regeerperiode 2003-2007 vooropstelt. De andere zorgverstrekkers en de uitgaven voor geneesmiddelen groeien beduidend sneller.

De groep "overige" stijgt meer dan dubbel zo snel (10,8 %) als de toegelaten groeinorm.

Vergelijking uitgaven 1997 – 2002 volgens verschillende categorieën van prestaties en/of zorgverstrekkers

	1997	2002		Gemiddelde jaarlijkse stijging %
	in miljoen €	in miljoen €	1997 = 100	
Artsen	3.477,473	4.291,476	123,4	4,3
Ziekenhuisverblijf	2.743,153	3.429,255	125,0	4,6
Geneesmiddelen	1.945,473	2.724,349	140,0	7,0
Andere zorgverstrekkers*	1.233,808	1.616,824	131,0	5,6
Overige	1.255,786	2.095,057	166,8	10,8
Totaal	10.655,693	14.156,961	132,9	5,9

Tabel 11

* Per verstrekking betaalde honoraria aan tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en paramedici

Bron : RIZIV jaarverslagen 2000 en 2002

Bij deze snel groeiende zorgsectoren vallen vooral de ouderlingenzorg en de revalidatie op, met een gemiddelde jaarlijkse groei van respectievelijk 11,7 en 10,7 % (cfr. tabel 12).

Vergelijking uitgaven 1997-2002 van enkele sterke stijgers uit de categorie "overige" van tabel 11.

	1997	2002		Gemiddelde jaarlijkse stijging
	In miljoen €	In miljoen €	1997 = 100	
Ouderlingenzorg	640,767	1.113,344	173,8	11,7
Revalidatie	181,721	302,073	166,2	10,7

Tabel 12

Bron : RIZIV jaarverslagen 2000 en 2002

Ook nieuwe zorgbehoeften worden nu gefinancierd. Hun uitgaven nemen snel toe, zoals de terechte ondersteuning van de palliatieve zorg. Voor een eerste voorzichtige terugbetaling van specifieke zorgen aan palliatieve patiënten werd in 1999 een bescheiden budgetje van € 4,34 miljoen voorzien. De begrotingsdoelstelling 2003 voorziet al 4,6 maal meer, € 19,96 miljoen (cfr. tabel 13), maar op het terrein is het duidelijk dat de behoeften nog veel groter zijn.

RIZIV uitgaven voor palliatieve zorgen

	Miljoen €	1999 = 100
1998	0,00	0
1999	4,34	100
2000	9,08	209
2001	11,45	264
2002	13,57	313
2003	19,96*	460

Tabel 13

Bron: RIZIV jaarverslag 2002

* RIZIV begrotingsdoelstelling

Het RIZIV jaarverslag 2002 (blz. 189) schat dat drie kwart van de totale uitgaven van het RIZIV zich bevinden bij 10 % van de bevolking en dat de helft van de totale uitgaven van het RIZIV aan 4 % van de bevolking wordt toegekend.

Zetten we de raming van de meest zorgbehoevende groep van 4 % even uit tegenover de begrotingsdoelstelling 2003 (cfr. tabel 14).

Verdeling begrotingsdoelstelling 2003 volgens verschillende categorieën van prestaties en/of zorgverstrekkers

	Miljoen €	%
Artsen	4.746,977	30,9
Ziekenhuisverblijf	3.626,082	23,6
Geneesmiddelen	2.696,693	17,6
Andere zorgverstrekkers *	2.054,624	13,4
Overige	2.217,446	14,5
Totaal	15.341,822	100,0

Tabel 14

Bron: RIZIV jaarverslag 2002

* Per verstrekking betaalde honoraria aan tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en paramedici

Ongeveer 410.000 Belgen gebruiken dus € 7.670,911 miljoen uit het RIZIV-budget of elke patiënt uit deze groep verbruikt ongeveer € 18.710.

Daar bovenop komen de kosten die de patiënt zelf moet dragen. Het gaat om de officiële remgelden, in 2001 voor een totaal bedrag van € 1.363,148 miljoen, om niet vergoedbare geneesmiddelen en om eventuele honoraria die hoger zijn dan de officiële honoraria, m.a.w. de supplementen.

Sinds 1995 werd een deel van de remgelden terugbetaald aan de minst begoeden via een systeem van sociale en fiscale franchise. Vanaf 2002 werd dit vrij ingewikkelde systeem vervangen door de maximumfactuur. Eens de patiënt een bepaalde som aan betaalde remgelden heeft bereikt, betaalt zijn mutualiteit het volledige bedrag van de verstrekkingen aan de zorgverstrekker. Die som aan zelf te betalen remgelden staat in verhouding met het inkomen.

3. KEUZES IN ZORG : WELKE WEG ?

Uit voorgaande cijfers blijkt duidelijk dat er bij het maken van keuzes in zorg voorzichtig moet worden te werk gegaan. Enerzijds moet de zwakste medisch-sociale groep degelijk worden opgevangen via een vlotte toegang tot alle vormen van zorg, anderzijds moet er worden over gewaakt dat het systeem van de maximumfactuur niet leidt tot desolidarisatie van de bevolkingsgroep met een hoger inkomen.

3.1. Remgeld en regeling derde betalende

Met uitzondering van een zeer beperkte groep van echt noodlijdende patiënten, moet de inning van het remgeld verplicht worden gesteld.

De voorbije regering heeft de mogelijkheid om over te gaan tot de regeling derde betaler erg vergemakkelijkt en opengesteld voor een zeer brede bevolkingsgroep.

Ons inziens is de terugkeer naar een grotere selectiviteit wat het gebruik van de regeling derde betalende noodzakelijk. Bovendien is het aangewezen te bestuderen welke de effecten op het soort verleende zorgen en welke wijzigingen in de uitgaven er eventueel zijn geweest bij die categorieën van patiënten die ten gevolge van de verruiming systematisch gebruik zijn kunnen gaan maken van dit pseudo-gratis systeem.

3.2. Huisartsgeneeskunde

Wij zijn en blijven overtuigd dat de huisarts de eerste contactpersoon moet blijven voor de patiënt die om medische hulp zoekt. Maar de patiënt mag hier onder geen beding toe worden verplicht. Uit enquêtes blijkt dat 80 à 90 % van de Belgen een eigen huisarts heeft en dat ze hem/haar een erg hoge waardering toekennen.

Toch blijkt dat minder artsen kiezen voor het huisartsberoep (cfr. tabellen 2 en 3). De oorzaken zijn multipel. Schrikt de veeleisendheid van de patiënten hun af ? Zadelen hun leermeesters hen op met niet realistische perspectieven van een nine-to-five o'clock job, zodat ze na een paar jaar afhaken ? Zijn de honoraria te laag zodat de huisarts zijn/haar praktijk niet of onvoldoende kan onderhouden met personeel en infrastructuur ? Raken de huisartsen burned out door de continue aantijgingen in de media dat ze foutief geneesmiddelen voorschrijven onder druk van de geneesmiddelenindustrie, teveel klinische biologie en medische beeldvorming, teveel kinesitherapeutische en verpleegkundige zorg voorschrijven ?

Op elk van die vragen kan in grote of in minder grote mate positief worden geantwoord. Sommige academici menen dat de toekomst van het huisartsenberoep te zoeken is in schaalvergroting, met door de Overheid betoelaagde praktijkinfrastructuur en met verplichte inschrijving van de patiënt, grotendeels forfaitair betaald, met liefst een deel target-payment.

Buitenlandse voorbeelden leren dat dergelijke systemen zeker niet beter werken dan het Belgische "fee for service" systeem, de betaling per prestatie. De huisarts en zijn praktijk zullen dan worden overgeleverd aan de budgettaire grillen van de dienstdoende regeringen. Chronische onderfinanciering van het toekomstige personeel en de infrastructuur zoals in de ziekenhuizen dreigt dan hun lot te worden.

De kostenraming voor het veralgemenen van door de Overheid betoelaagde groepspraktijken loopt van 400 tot 700 miljoen EURO. Een garantie dat de Belgische

patiënt een betere huisartsgeneeskunde krijgt is er niet. Maar met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid zullen er wachtlijsten en rantsoenering ontstaan.

De individuele arts die niet wenst in een of andere overheidsstructuur te stappen, dreigt gediscrimineerd te worden. In medische huizen waar een vast bedrag per ingeschreven patiënt voor de huisarts (en de verpleegkundige en soms voor de kinesitherapeut) wordt vastgesteld, legt het RIZIV het bedrag 30 % hoger dan de gemiddelde kost per patiënt die in het klassieke systeem wordt behandeld. Bovendien krijgen deze Medische Huizen, naast hun RIZIV-budget, ook nog dikwijls financiële steun van de gemeente, de provincie, het gewest.

Wij willen geen tabula rasa in de huisartsgeneeskunde. Integendeel.

Wij willen meer van hetzelfde, maar beter. Een eenentwintigste eeuw versie van de huisartsgeneeskunde vergt een forse opwaardering van de honorering per prestatie zodat het mogelijk wordt autonoom een praktijk te runnen met één of meerdere collega's. Samenwerking op vrijwillige basis tussen huisartsen en met een vrije keuze van de arts door de patiënt.

De samenwerking tussen huisartsen en specialisten kan verbeterd worden door een systeem van briefing en debriefing tussen beide groepen. De inhoud van het globaal medisch dossier dat de huisarts van zijn patiënt bijhoudt moet in de toekomst elektronisch consulteerbaar worden voor de specialist en het specialistendossier moet elektronisch consulteerbaar worden door de huisarts.

Waar mogelijk moeten guidelines worden opgesteld, buiten een sanctioneel kader. Dit moet de variaties in het voorschrijven van medicatie, in het bijzonder wat antibiotica betreft, van klinische biologie, medische beeldvorming en andere medisch-technische verstrekkingen kunnen beperken.

Ter illustratie geven we in tabel 15 de spreiding weer van de gemiddelde voorgeschreven bedragen klinische biologie per erkend huisarts in het jaar 2001. De Belgische huisarts schreef gemiddeld € 16.273 voor. Tussen het laagste bedrag in Brussel Hoofdstad (€ 10.897) en het hoogste in West-Vlaanderen (€21.044) ligt een factor 1,92.

Gemiddeld voorgeschreven bedragen klinische biologie per erkende huisarts in 2001*

	EURO	INDEX **
Brussel Hoofdstad	10.897	67
Waals-Brabant	14.204	87
Luik	15.453	95
Luxemburg	15.739	97
Vlaams-Brabant	16.044	99
BELGIE	16.273	100
Antwerpen	16.361	101
Henegouwen	16.724	103
Oost-Vlaanderen	17.326	106
Namen	17.667	109
Limburg	17.706	109
West-Vlaanderen	21.044	129

Tabel 15

* Erkende huisartsen 003 – 004 en 007 - 008

** Elk provinciaal gemiddelde wordt geplaatst ten aanzien van het Rijk

Bron : RIZIV, nota C.G.V. nr. 2003/251 dd. 28.08.2003.

Tabel 16 geeft het gemiddeld bedrag weer dat per huisarts aan klinische biologie in 2001 werd voorgeschreven. De gemiddelde Belg kreeg in het jaar 2001 voor € 22,26 klinische biologie voorgeschreven door zijn huisarts. Op de provincie Namur na (€ 31,22 per inwoner) is de spreiding relatief beperkt : van € 18,98 tot € 25,49.

*Gemiddelde voorgeschreven bedragen klinische biologie per inwoner en per provincie door huisartsen * in 2001*

	EURO	INDEX
Antwerpen	18,98	85
Brussel Hoofdstad	19,86	89
Limburg	19,89	89
Vlaams-Brabant	21,36	96
Oost-Vlaanderen	21,45	96
BELGIE	22,26	100
Henegouwen	22,91	103
Luxemburg	23,35	105
West-Vlaanderen	24,35	109
Waals-Brabant	24,68	111
Luik	25,49	115
Namen	31,22	140

Tabel 16

* Algemeen geneeskundigen met of zonder verworven rechten, huisartsen in beroepsopleiding en erkende huisartsen

Bron : RIZIV, nota C.G.V. nr. 2003/251 dd. 28.08.2003.

Tabel 17 geeft de spreiding weer van de gemiddeld voorgeschreven bedragen medische beeldvorming per erkende huisarts in het jaar 2001. De Belgische huisarts schreef gemiddeld 10.890 € medische beeldvorming voor in 2001. Tussen het laagste bedrag in Brussel Hoofdstad (€ 10.897) en het hoogste in Hainaut ligt een factor 1,73.

Gemiddelde voorgeschreven bedragen medische beeldvorming per erkende huisarts in 2001*

	EURO	INDEX
Brussel Hoofdstad	8.273	76
West-Vlaanderen	8.993	83
Vlaams-Brabant	9.212	85
Waals-Brabant	10.409	96
Oost-Vlaanderen	10.466	96
Antwerpen	10.805	99
BELGIE	10.890	100
Luik	11.810	108
Limburg	11.863	109
Namen	12.340	113
Luxemburg	12.376	114
Henegouwen	14.336	132

Tabel 17

* Erkende huisartsen 003 – 004 en 007 - 008.

Bron : RIZIV, nota C.G.V. nr. 2003/250 dd. 28.08.2003.

Tabel 18 geeft het gemiddeld bedrag weer dat door alle huisartsen aan medische beeldvorming werd voorgeschreven in 2001. Per Belg gemiddeld € 15,60 met een spreiding van € 10,83 in West-Vlaanderen tot € 22,62 in Namur of een factor 2,1. In deze voorstellingswijze liggen alle Vlaamse gemiddelden beneden het Belgisch gemiddelde, en alle Franstalige gemiddelden er boven.

Gemiddelde voorgeschreven bedragen medische beeldvorming per inwoner en per provincie door huisartsen in 2001*

	EURO	INDEX
West-Vlaanderen	10,83	69
Vlaams-Brabant	12,66	81
Antwerpen	13,02	83
Oost-Vlaanderen	13,16	84
Limburg	13,56	87
BELGIE	15,60	100
Brussel Hoofdstad	16,95	109
Luxemburg	18,77	120
Waals-Brabant	19,00	122
Henegouwen	20,00	128
Luik	21,01	135
Namen	22,62	145

Tabel 18

* Algemeen geneeskundigen met of zonder verworven rechten, huisartsen in beroepsopleiding en erkende huisartsen

Bron : RIZIV, nota C.G.V. nr. 2003/250 dd. 28.08.2003.

De beste plaats om verschillen in voorschrijfgedrag te bespreken en aan te passen is onder elkaars gelijken, via "peer- review". Binnen het accrediteringssysteem dat eind 1992 door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering werd opgericht, en waar vrijwillig kan worden aan meegewerkt, werden met dat opzet lokale kwaliteitsevaluatiegroepen opgericht, de "LOK's".

De vrijwillige deelname aan dit accrediteringssysteem levert een relatief bescheiden toename van honoraria op.

3.3. Specialistische geneeskunde

3.3.1. Extramurale specialisten

In België werken ruim 7.000 artsen-specialisten buiten de muren van een ziekenhuis. Een aantal van hen staat in de eerste lijn, net zoals de huisarts.

Zij leveren specialistische zorg met een lage drempel, staan letterlijk en figuurlijk dicht bij de patiënt en zijn behandelende huisarts, en leveren dikwijls een behandeling die voor de Overheid goedkoper is dan het equivalent in een ziekenhuisstructuur.

Hun positie is erg moeilijk geworden. De wetgever miskent hen, en zowel huisartsen als ziekenhuizen beschouwen de extramurale specialisten als concurrenten.

Zoals de huisartsen moeten zij rekening houden met de beperkingen van de extramurale zorg. De huisarts moet tijdig een patiënt doorsturen naar een specialist. De extramurale specialist moet tijdig zijn patiënt doorsturen naar zijn meer gespecialiseerde vak-collega, wanneer er een te groot risico ontstaat of wanneer om medische redenen ziekenhuisinfrastructuur noodzakelijk is.

De ziekenhuisbeheerders staan zeer sceptisch tegenover dergelijke aanpak. Ten onrechte. Het is economisch niet verantwoord relatief banale diagnostische en therapeutische verstrekkingen te doen binnen een structuur die is uitgebouwd voor zeer gespecialiseerde ingrepen. Het systeem van forfaitaire bedragen voor de ziekenhuisbeheerders voor een ganse reeks ingrepen bij het gebruik van het dagziekenhuis, zet artsen en ziekenhuismedewerkers niet altijd aan tot het meest adequaat gebruik van de middelen.

3.3.2. Intramurale specialisten

De ziekenhuizen gaan gebukt onder de kosten die het gevolg zijn van de overnormering die de Overheid hen oplegt. De invoering van zorgprogramma's en allerlei registratieverplichtingen op federaal, gemeenschaps- en/of gewestniveau gaat steeds gepaard met hoge personeels- en infrastructuureisen, waar de Overheid geen of een veel te lage financiering voor voorziet. Het nutseffect wordt meermaals in vraag gesteld.

De artsen-specialisten die als zelfstandigen werkzaam zijn krijgen de factuur te betalen, terwijl ze weinig of geen medezeggenschap hebben in het beheer van het ziekenhuis. Zowel de beheerders als de artsen moeten meer ondernemerschap kunnen ontplooiën in hun ziekenhuizen en dit samen in paritair beheer. De Overheid moet zich beperken tot het scheppen van een algemeen kader. Ziekenhuizen moeten onderling meer samenwerken en taakafspraken maken in plaats van te fusioneren tot mastodonten van meer dan 600 bedden. In dergelijke instellingen stijgt de kost van de logistiek om het "bedrijf" draaiende te houden exponentieel met het aantal bedden. Dit slurpt middelen en mensen op die beter voor patiëntenzorg zouden kunnen worden ingezet.

Vanaf 2003 wordt in de ziekenhuizen het systeem van referentiebedragen ingevoerd voor 28 zogenaamde standaardpathologieën. Studie van de gegevens uit 1997 en 2000 toont aan dat voor eenzelfde basispathologie enorme variaties kunnen bestaan in het gebruik van medische beeldvorming, laboratoriumdiagnostiek en andere medisch-technische verstrekkingen. De wet van 22.08.2002 voorziet dat het ziekenhuis de bedragen die een louter statistisch vastgesteld maximum overschrijden zal moeten terugbetalen.

Artsen-voorschrijvers en artsen-uitvoerders van medische verstrekkingen verkiezen guidelines en diagnoseregels in plaats van een louter statistische benadering. Ook hier is peer review essentieel, zowel binnen het ziekenhuis als met de collega's daarbuiten, nationaal zowel als internationaal.

3.4. Verzekeringsinstellingen en verzekeringsmaatschappijen

Naast de wettelijke verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, maken bijkomende privé-verzekeringsmaatschappijen en aanvullende verzekeringen georganiseerd door de zeven bij wet erkende verzekeringsinstellingen – de mutualiteiten – opgang.

Werkgevers bieden hospitalisatieverzekeringen aan hun werknemers aan bovenop het verplichte ziekteverzekeringstelsel. Zowel de mutualiteiten als de privé verzekeraars

bieden hun leden, respectievelijk klanten, verzekeringen aan om alternatieve geneeswijzen en voordelen die niet tot de medische basisbehoeften behoren terug te betalen.

Het is overduidelijk dat geen enkele Westerse maatschappij bereid noch in staat is om alle mogelijke zorgen voor alle mogelijke burgers ten haren laste te nemen. Niet adequaat gebruik van gemeenschapsfinanciën is niet aanvaardbaar, noch in de gezondheidszorg, noch in andere geledingen van de maatschappij. Op hun breed terrein zijn de artsen bereid om hieraan op medisch verantwoorde basis en onder peers constructief mee te werken.

Dan is het aan de Overheid om politieke beslissingen te nemen over de zorgen die zij al dan niet, of eventueel niet meer wenst terug te betalen. De geneeskunde met twee snelheden is al een feit. We moedigen ze niet aan, maar het gezondheidszorgbudget verplicht ons te pleiten voor het maken van keuzes en voor het terugbetalen van een beperkter gamma zorgen, zodat de kwaliteit van de zorg via adequaat personeel en infrastructuur kan verzekerd worden, in plaats van alles, altijd en aan iedereen te willen aanbieden, met te weinig middelen en met kwaliteitsverlies in de patiëntenzorg en met frustraties bij de zorgverleners tot gevolg.

Bij het parlementair debat dat deze keuzes moet begeleiden zijn zowel patiënten, artsen en andere zorgverstrekkers, als verzekeraars betrokken.

De verzekeraarbaarheid van zorgen die dan als minder essentieel zullen worden beschouwd en die buiten het basispakket zouden vallen, moet via vrije verzekeringen gegarandeerd worden. Omdat de wet op de rechten van de patiënt geen garanties biedt dat alle zorgen (gedeeltelijk) door de Overheid worden betaald, moet de aanvullende privé verzekering van zorgen die de Overheid niet kan of wil betalen wettelijk voorzien worden, met bescherming van een aantal solidariteitsprincipes.

Tenslotte moet dringend werk worden gemaakt van de aanpassing van de wet op verzekering van de beroepsaansprakelijkheid. De huidige situatie leidt tot een defensieve, dure geneeskunde.

3.5. Opleiding

In de opleiding tot arts en de vorming tot huisarts of specialist, wordt in academisch milieu weinig aandacht besteed aan de bewustmaking van de kosten die worden geïnduceerd door het medisch handelen. Kritische benadering die tot evidence based medicine leidt wordt niet overal aanvaard. Het wordt een student geneeskunde of een assistent in opleiding die één test of onderzoek vergeet voor te schrijven om tot een diagnose te komen veel kwalijker genomen dan wanneer hij er tien teveel zou hebben aangevraagd, van dewelke geen nuttige informatie kon worden verwacht.

Het lijkt evident, maar in de praktijk verloopt het soms anders : eerst dient een degelijk klinisch onderzoek te gebeuren en dan pas volgt eventueel aanvullend onderzoek, ook in de specialistische geneeskunde. Studie heeft aangetoond dat het voorschrijven van medisch-technische onderzoeken gerelateerd is met de “medische school” waar een arts werd gevormd. Sommige scholen zijn meer klinisch, andere meer technisch georiënteerd. Deze verschillen in opleiding moeten dringend ontleed worden en weggewerkt.

4. **BESLUIT**

België heeft een gezondheidszorg met eigen karakteristieken, misschien als gevolg van zijn geografische ligging op de grens van Noord- en Zuid-Europa, wat resulteert in een gemengde medische cultuur. Gemiddeld is de patiëntentevredenheid hoog en de zorg toegankelijk en betaalbaar.

Anderzijds neemt de tevredenheid bij de zorgverleners af. Voorstellen tot radicale hervormingen in de organisatie van de zorg zoals door de staat gesubsidieerde groepspraktijken voor huisartsen en loondienst voor alle ziekenhuisartsen vinden geen gehoor bij grote groepen artsen.

Ze zouden bovendien de uitgaven voor de gezondheidszorg samen met de administratieve rompslomp en bureaucratie exponentieel doen stijgen.

We hebben een aantal concrete punten opgesomd waar het huidige systeem voor verbetering vatbaar is.

Om daaraan te remediëren is overleg nodig met alle betrokkenen, inclusief de patiënten.

De patiënten schenken huisartsen, specialisten en zorgverleners doorgaans een groot vertrouwen. De Overheid en de profit-sector daarentegen etaleren een ingebakken wantrouwen tegenover zorgverstrekkers in het algemeen en artsen in het bijzonder.

Om het vertrouwen van onze patiënten te kunnen blijven waarmaken, vragen wij respect voor de beroepsautonomie en minder betutteling vanwege de vele Overheden die ons kleine landje rijk is. Indien de voorgestelde ingrepen onvoldoende zijn om het budget in evenwicht te houden, moet de wet een tweede verzekeringsniveau toelaten op privé basis.

Met dank voor uw aandacht.

INTERPRETATIEREGELS ART 35BIS

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 35bis , § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (B.S. d.d. 31.10.2003) :

INTERPRETATIEREGEL 9 (in voege d.d. 1.4.2003)

Vraag

Mag de verstrekking 688413-688424 van artikel 35bis aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 432736-432740 « Totale hysterectomie langs laparoscopische weg, met anatomopathologische bevestiging » ?

Antwoord

De verstrekking 688413-688424 mag naar aanleiding van de verstrekking 432736-432740 aangerekend worden.

Ze mag echter niet meer aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 431270-431281.

INTERPRETATIEREGEL 10 (in voege d.d. 1.7.2003)

Vraag

Mag de verstrekking 689651-689662 van artikel 35bis aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 473830-473841 « Retrograde cholangiowirsungografie met extractie van choledocusstenen » ?

Antwoord

De verstrekking 689651-689662 mag naar aanleiding van de verstrekking 473830-473841 aangerekend worden.

Ze mag echter niet meer aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 473690-473701.

AANKONDIGINGEN

03078 **FRANCE** : Le Centre hospitalier de Mende (Lozère – Région Languedoc Roussillon) recherche **CARDIOLOGUE** temps plein. Astreinte une semaine sur trois. Facilités d'installation. Renseignements : Direction : 00.33.4.66.49.49.00.

03080 **FRANCE** : Cabinet radiologique à Roubaix (Nord de la France) situé à proximité de la frontière recherche médecin **RADIOLOGISTE** pour remplacements fixes ou occasionnels. Activité : radiologie, échographie avec possibilité de tomodynamométrie et IRM. Téléphone : 00.33.3.20.73.62.32.

03088 **POLYVALENTE RADIOLOOG** verzorgt uw vervanging in BRU, VL. BRAB., O. VL. en ANTW. Tel. : 0486/06.59.73

Inhoudstafel

• Gezondheidszorg en kwaliteit – Een symposium ter gelegenheid van de emeritaatsviering van Prof. Dr. Luc BAERT (Urologie, KULeuven).....	1
• Behoud en verbetering van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg – De Belgische gezondheidszorg herbekeken – Dr. Marc MOENS, VBS-Secretaris-Generaal.....	9
• Interpretatieregels art 35bis.....	23
• Aankondigingen	24