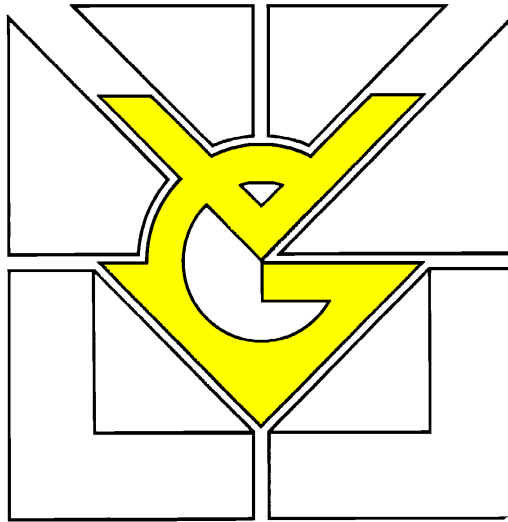


Speciaal Nummer
PERIODIEK
NIEUWSBRIEF
Vlaams Geneeskundigenverbond

56^{ste} Jaargang Tweemaandelijks Tijdschrift September-Oktober 2001 - Nr 5



**WELKE GENEESKUNDE WILLEN WIJ
IN VLAANDEREN?**

Verslagboek van het colloquium

Brussel 23 juni 2001

“De Schelp”, Vlaams Parlement

***in samenwerking met OVV
onder de auspiciën van het Verbond van Vlaamse
Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen v.z.w.***

***met steun van het Doktersgild Van Helmont
en van de Brusselse Huisartsen v.z.w.***

Inhoudstafel

<i>- Persmededeling</i>	<i>p 3</i>
<i>- Inleidende voordrachten (plenaire zitting)</i>	
<i>? Welke huisartsgeneeskunde willen wij in Vlaanderen ? (Dr. Chris Geens, Dr. Raymond Lenaerts)</i>	<i>p 4</i>
<i>? Plaats van de specialistische geneeskunde buiten de ziekenhuizen in Vlaanderen (Dr. Robrecht Vermeulen)</i>	<i>p 9</i>
<i>? Specialistische geneeskunde in Vlaanderen: organisatie en planning voor de ziekenhuizen. (Prof. Dr. Robrecht Van Hee)</i>	<i>p 14</i>
<i>- Discussie in drie groepen: weergave van de geluidsbanden</i>	
<i>? Discussiegroep huisartsen (Voorzitter: Dr. Chris Geens)</i>	<i>p 19</i>
<i>? Discussiegroep extra muros specialisten (Voorzitter: Dr. Robrecht Vermeulen)</i>	<i>p 25</i>
<i>? Discussiegroep ziekenhuizen (Voorzitter: Prof. Dr. Robrecht Van Hee)</i>	<i>p 31</i>
<i>- Verslag van de drie discussiegroepen (plenaire zitting)</i>	
<i>? Discussiegroep huisartsen (Verslaggever: Dr. Raymond Lenaerts)</i>	<i>p 39</i>
<i>? Discussiegroep extra muros specialisten (Verslaggever: Dr. Robert de Beule)</i>	<i>p 41</i>
<i>? Discussiegroep ziekenhuizen (Verslaggever: Dr. Jan Van Meirhaeghe)</i>	<i>p 42</i>
<i>- Besluiten en slottoespraak (plenaire zitting) (Prof. Dr. Eric Ponette)</i>	<i>p 44</i>
<i>- Bibliografie</i>	<i>p 51</i>
<i>- Lijst van deelnemers en verontschuldigten</i>	<i>p 52</i>
<i>- Vlaams Geneeskundigen Verbond (informatie)</i>	<i>p 55</i>

—

www.vgv.be

P e r s m e d e d e l i n g

WELKE GENEESKUNDE WILLEN WIJ IN VLAANDEREN ?

Over dit thema hielden ongeveer 120 deelnemers een colloquium in “De Schelp” van het Vlaams parlement op zaterdag 23 juni.

Het colloquium werd ingericht door het Vlaams Geneeskundigenverbond en het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen en kreeg de steun van het Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen, van het Doktersgild Van Helmont en van de vereniging Brusselse Huisartsen. Tussen de aanwezigen waren er behalve leden van artsen- en O.V.V. -verenigingen eveneens vertegenwoordigers van de artsensyndicaten, van ziekenfondsen, van de Vlaamse Administratie Gezondheidszorg en van politieke partijen uit de meerderheid en de oppositie.



Na de welkoming door O.V.V.-voorzitter Peter De Roover volgden in plenaire vergadering drie inleidende referaten, respectievelijk over de huisartsgeneeskunde (Dr. Chris Geens), over de specialistische geneeskunde

buiten de ziekenhuizen (Dr. Robrecht Vermeulen) en over de ziekenhuisgeneeskunde (Prof. Dr. Robrecht Van Hee).

Na een ruime discussie in drie afzonderlijke groepen over deze drie sectoren werd in plenaire vergadering een verslag gebracht van consensuspunten, knelpunten en andere discussiepunten door respectievelijk Dr. Raymond Lenaerts, Dr. Robert de Beule en Dr. Jan Van Meirhaeghe.

In de slottoespraak (Prof. Dr. Eric Ponette) werden de argumenten voor de communautarisering van de volledige gezondheidszorgen met inbegrip van de ziektekostenverzekering nogmaals herhaald: eigen klemtonen voor beide volksgemeenschappen, grotere efficiëntie door coherente bevoegdheidspakketten en responsabilisering van beide gemeenschappen tot een beter en zuiniger beleid. Er werd eveneens vastgesteld dat over de basisprincipes van een goed gezondheidsbeleid namelijk doelstelling, planning en ruime vrijheid van arts en patiënt, in de discussiegroepen geen essentiële meningsverschillen bestonden. Er waren wel meningsverschillen over sommige modaliteiten van de planning wanneer die in conflict komen met de vrijheid van de arts en de patiënt. Er werd voorgesteld om die in de toekomst verder uit te praten.

Tenslotte werd een oproep gedaan aan Minister-president P. Dewael en Minister M. Vogels om de communautarisering van de gezondheidszorg terug op de politieke agenda te plaatsen, zoals beloofd in het regeerakkoord van de huidige Vlaamse regering.



Prof. Dr. Eric Ponette
Voorzitter V.G.V.

23 juni 2001

Inleidende voordrachten

WELKE HUISARTSENGENEESKUNDE WILLEN WIJ IN VLAANDEREN ?

Dr. Chris GEENS

Dr. Raymond LENAERTS

STAND VAN ZAKEN EN OPTIES VOOR DE TOEKOMST



OPLEIDING EN VORMING

De opleiding in de huisartsgeneeskunde, zoals die in ons land is vastgelegd en rekening houdt met de Europese directieven, kan zeker wat het laatste decennium betreft, als uitstekend worden beschouwd en kan garant staan voor de deskundigheid van de afgestudeerden. De visitatie die enkele jaren geleden in de Vlaamse medische faculteiten werd gehouden staat borg voor verdere bijsturing.

Dr. Chris Geens

De wetenschappelijke onderbouw van de huisartsgeneeskunde wordt steeds belangrijker door het gebruik van standaarden en richtlijnen. In de patiënten begeleiding werken wij misschien beter met een prioriteitslijst van doelstellingen die door patiënt en arts worden opgesteld, in plaats van ons contact telkens weer op te bouwen rond de diagnose- of probleemlijst waarbij elke diagnose een door de geneeskunde vastgelegd therapie- en follow-up schema impliceert, dat als vanzelfsprekend aan de patiënt wordt opgedrongen. Als huisarts in het dossier de “centrale doelstellingslijst” bijhouden wordt misschien een belangrijk instrument aldus, Prof. Dr. Jan Heyrman. Dr. Joke Denekens maakt volgend bezwaar: Het gevaar bestaat dat een “Evidence Based Medecine” met standaarden en protocollen een bedreiging kan vormen voor de voeling met de leefwereld van de patiënt. De arts-patiënt relatie zal moeten evolueren naar een arts-partnership, waarbij bedoeld wordt medeverantwoordelijkheid van de patiënt. De arts moet aan “empowerment” doen d.w.z. de patiënt in staat stellen autonome beslissingen te nemen. De arts blijft de inhoudsdeskundige met gezag maar met blijvende aandacht voor het ethisch aspect. De automatisering zorgt voor een vlotte toegang tot betere wetenschappelijke informatie en tot de literatuurbronnen en levert op snelle wijze noodzakelijke epidemiologische gegevens.

Ook de continue vorming kent dankzij de nieuwe technieken een heel andere ontwikkeling, waarbij ook toetsing en praktijkevaluatie aan bod komen.

De regels van integrale kwaliteitszorg bepalen dat er regelmatig metingen van het eindproduct moeten komen, dat er dient gewaakt over mensen, structuren en processen binnen de ganse zorgverlening.

Zowel in de opleiding als in de navorming dient aandacht geschonken aan de persoonlijke ethiek van de arts en de continue evaluatie van de kwaliteit van de zorg, inzonderheid de relatie accreditering en kwaliteitsbevordering.

Aantal huisartsen nodig in Vlaanderen

Het aantal actieve huisartsen die huisartsgeneeskunde als hoofdvak beoefenen wordt geschat op ongeveer zesduizend d.w.z. 1 huisarts per 1000 Vlamingen, wat een goed gemiddelde is.

Daarnevens is er nog een vrij grote massa (2000-2500?) artsen die in de eerste lijn werkzaam zijn en een zekere vorm van “algemene geneeskunde” beoefenen, dikwijls deeltijds, als controle-arts, in de administratie, wachtdienst in ziekenhuizen, schoolgeneeskunde, Kind en Gezin of een of andere vorm van alternatieve geneeskunde beoefenen.

Prof. Dr. J. Heyrman onderzoekt de evolutie van de afgestudeerde huisartsen in 1985: 75 % hadden

een huisartspraktijk, 25 % hadden een andere richting verkozen.

Het probleem van de “artsenplethora” heeft geleid tot maatregelen van contingentering en verplichte toegangsexamen voor het 1^{ste} jaar geneeskunde.

Zo zal het aantal nieuw erkende artsen in 2000 slechts 600 bedragen. Vanaf 2007 zullen jaarlijks 700 nieuwe artsen erkend worden door het RIZIV.

Volgens de recente studie van Dr. J.P. Dercq zou de daling van het artsenbestand eerst optreden vanaf 2020, zonder te bepalen dat er een artsentekort zal heersen. Volgens Dr. Dercq komt er zeker een wijziging in de aard van de zorgbehoefte maar niets wijst erop dat die behoefte zal toenemen.

Prof. Dr. J. De Maeseneer (U.G.) heeft van zijn kant gewaarschuwd voor een mogelijk tekort van huisartsen vanaf 2010 Deze vrees is niet ongegrond want de grote zorg voor de komende jaren wordt het gebrek aan werkkracht in die sector.

Steeds minder jonge studenten geneeskunde kiezen voor het vak huisartsgeneeskunde. Een decennium geleden bedroeg dit nog 40 % en is nu teruggelopen tot 30% en zelfs 20 %.

Voorlopig althans is er nog geen gebrek aan voldoende huisartsen in Vlaanderen en het toegangsexamen, of een evenwaardig equivalent, blijven nog hun belang bewaren.

Echelonnering

De meerderheid van de huisartsen, inzonderheid UHAK en VHP zijn voorstander van de echelonnering van de gezondheidszorg, waarin de huisartsgeneeskunde met een lage drempel een essentieel onderdeel vormt van de eerste lijn. De nadelen van een strak uitgevoerde echelonnering zijn gekend: zowel het onoordeelkundig of louter-op-vraag verwijzen als de mogelijke teloorgang van het menselijk karakter van de geneeskunde en de autonomie van de patiënt.

De huisartsen ervaren dat het groot probleem van de basisgezondheidszorg, waartoe de huisartsgeneeskunde behoort, het persistierend “hospitalocentrisme” is dat alle fondsen opsloopt.

Hierdoor blijft te weinig geld over voor de 1^{ste} lijn en de huisartsen voelen zich onderbetaald.

De meeste thans werkzame huisartsen pleiten wel voor de vrijwaring van het vrije beroep en de vrije geneeskunde en zijn geen voorstander van een verplichte inschrijving of abonnementssysteem. Toch kan niet ontkend worden dat er een grote meerderheid te vinden was en is, zowel bij de patiënt als bij de huisarts, voor de vrijwillige inschrijving bij een vaste huisarts van de 65-plussers, in verband met het globaal medisch dossier.

De overheid dient incentives te geven om de toegang tot de eerste lijn aan te moedigen. De huidige toestand van het verwijssysteem tussen de 1^{ste} en 2^{de} lijn is volgens Europese normen voorbeeldig te noemen, in een land waarin een vrij liberaal systeem bestaat waar de patiënt vrij is te kiezen zowel voor een huisarts, een specialist of zelfs het academisch ziekenhuis.

Wat de toekomst betreft zien wij dat de geneeskunde een hoge vlucht aan het nemen is en dit stelt alle Europese overheden voor ernstige budgettaire problemen. Men kan niet alles blijven ontwikkelen en betalen.

Er moeten keuzes gemaakt worden en men zal een aantal opties moeten afwegen. De Vlaamse overheid dient dringend te investeren in de basisgezondheidszorg, indien zij een gezondheidszorg wil die betaalbaar is en die dicht bij de doelpopulatie staat.

Een hiërarchisch opgebouwde zorgverdeling in 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn, waarbij een hogere lijn een beter gequoteerde zorgverlening kan aanbieden, kan leiden tot een dominante derde lijn.

Men moet komen tot een ondersteunende opstelling waarbij de 2^{de} lijnszorg ten dienste staat van de 1^{ste} lijn en de 3^{de} lijn ter ondersteuning van de 2^{de} lijn.

Volgens het subsidiariteitsprincipe (d.w.z. een dienst organiseren op de laagst mogelijke organisatie-eenheid) en het substitutieprincipe (d.w.z. het verkiezen van het goedkoopste niveau) - maar in beide gevallen met een aanvaardbare kwaliteitsgarantie - moeten “in concreto” de huisartsen deze taken toegewezen krijgen die zij met kwaliteitsgarantie kunnen afmaken (“bevoegdheid” en “bekwaamheid”) ook wanneer een hoger niveau dat ook zou kunnen.

Van belang is de continuïteit op de eerste lijn (“bereikbaarheid” en “beschikbaarheid”). Deze moet gedecentraliseerd en laagdrempelig zijn en moet zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de patiënt aangeboden worden.

Dit vereist een voldoende opleiding (ook vaardigheidstraining) en een effectieve wachtdienstorganisatie die een volledige dag operationeel is.

Op die wijze kan de wildgroei van de urgentiediensten afgebogen worden, gezien ong. 50 % van de gevallen die daar behandeld worden tot de huisartsengeneeskunde behoren.

Praktijkvormen

De huidige situatie is als volgt: 80 % solopraktijken
12 % associatie of duopraktijken
8 % echte groepspraktijken

In een studie van Prof. Dr. J. Heyrman over afgestudeerde H.A. in 1985 lezen wij dat 73% een solopraktijk wensen (waarvan 40 % dat de ideale vorm vinden), 21% hebben een duopraktijk en 6% een groepspraktijk. Deze beide laatste groepen zouden nooit solo willen werken.

Wij zien nu reeds een ontwikkeling waarbij de huisartsgeneeskunde minder en minder een individuele bezigheid wordt. De aankomende generatie wenst vooral in groepspraktijk te werken, liefst deeltijds, met ruimte voor gezin en vrije tijd. Toch blijft de individuele arts-patiënt relatie overeind waarbij ook de huisbezoeken hun plaats behouden – wat een noodzaak is voor de huisartsen in een land met vrije toegang tot alle echellons. De gevestigde huisartsen beklemtonen dat, hoewel samenwerking (associatie of groepspraktijk) in de 1^{ste} lijn veel voordelen biedt (organisatorische, wetenschappelijke, en familiale) de solopraktijken, die het gros van de bestaande huisartsenpraktijken vormen, even goed kwaliteitsvol werken en een sterkere binding hebben met hun patiënten. De vrije beroepsuitoefening van de arts moet onaantastbaar blijven: zij biedt de beste waarborg voor kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit.

Samenwerkingsverband en basis gezondheidszorg

Samenwerkingsverbanden zullen meer en meer tot stand komen tussen huisartsen maar ook tussen de andere eerste lijnswerkers. Zo ontstaat een echt netwerk binnen de basis gezondheidszorg, waarbij de huisarts een coördinerende rol toegewezen krijgt.

Lokale huisartsgroepen maken ook afspraken met ziekenhuizen in de regio, met lokale overheden en met alle instanties die betrokken zijn met gezondheidszorg, preventie, welzijn en opleiding.

Er dient ook hard gewerkt aan samenwerking met specialisten en ziekenhuizen waarbij de intramurale sector terug een secundaire functie moet krijgen. Joke Denekens oppert de idee voor een taak van de huisarts in de toekomst als ‘case-manager’. De huisarts dient te waken over de kwaliteit van de zorg van elke individuele patiënt die door verschillende deskundigen wordt behandeld. Er zal dus steeds in team moeten gewerkt worden. Het onderscheid tussen 1^{ste} en 2^{de} lijn vervaagt, de zorg wordt meer transmuraal en in de opleiding dient plaats geruimd voor team work in de 1^{ste} lijn over de lijnen heen. Samenwerking met specialisten is zeer belangrijk, aldus Joke Denekens. Van belang is ook het standpunt van het V.H.P. in deze kwestie. Het V.H.P. neemt deel aan het overleg met het ministerie van sociale zaken over de verbetering van de communicatie tussen ziekenhuizen en huisartsen. Het V.H.P. hoopt dat dit overleg een aanzet is naar een getrappt gezondheidsmodel en de bedreigende transmurale zorg erdoor afneemt. De essentie van de huisartsenvraag van het V.H.P. is: samenwerking met het ziekenhuis mag geen aanleiding geven tot transmurale zorg vanuit de ziekenhuizen.

Vanuit het huidige beleid (M. Aelvoet-Ministerie van Volksgezondheid) wordt een “geïntegreerde dienst voor thuisverzorging” gepland d.w.z. een gezondheidsinstelling die binnen een zorgregio het geheel van de toetredende praktijken van de 1ste lijnszorg omvat en integreert (in de vorm van een VZW) waarin alle zorgverstrekkers uit de eerste lijn werkzaam zijn.

Het eerste echelon heeft op termijn alleen overlevingskansen als op een gestructureerde en interdisciplinaire manier wordt samengewerkt.

In de conceptnota “Huisartsgeneeskunde in Vlaanderen (het zgn. masterplan)” van Prof. Dr. Jan Heyrman en medewerkers wordt gepleit voor een basisgezondheidszorg als sterk onderbouwde huisartsgeneeskunde met een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, die leidt tot bezuinigingen waardoor nieuwe financiële middelen vrijkomen voor nieuwe opdrachten waarvoor het historisch pakket van de basisgezondheidszorg onvoldoende is.

De basisgezondheidszorg behoort tot het domein van de huisartsgeneeskunde 1^{ste} lijn en is een dynamisch functioneel zorgmodel. Het huisartsen samenwerkingsverband (H.A.S.A.V.) is de centrale as van de basisgezondheidszorg in Vlaanderen. Het is een zorgeenheid die bestaat uit vol- of halftijdse huisartsen die instaan voor ong. 6000 personen (6 HA per zorgeenheid en 1000 zorgeenheden met 6000 huisartsen in Vlaanderen)

De lokale kring kan als een coördinatie-eenheid fungeren op territoriale basis.

Heelwat huisartsen hebben formele bezwaren tegen deze nota 's. Dit kwam tot uiting in de negatieve reacties zowel van het VHP, UHAK als de syndicaten VAS en SVH. Alleen het ASGB was gematigd en gedeeltelijk positief.

1. Wettelijke en deontologische bezwaren:

De samenwerking tussen verschillende disciplines is tot op heden niet toegestaan, evenmin als de samenwerking arts-apotheker.

2. Er zou onvoldoende overleg gepleegd geweest zijn met de betrokkenen. De huisartsen zijn in grote meerderheid te vinden voor samenwerking maar niet voor opgedrongen structurele hervormingen, waardoor zij geen vragende partij zijn. De interdisciplinaire samenwerking in bestaande structuren zoals de lokale huisartsengroepen zou moeten erkend worden door de overheid. Pluridisciplinaire samenwerking bestaat reeds bij de SIT 's maar deze structuren mogen niet interfereren met de individuele zorgverstrekking. Lokale samenwerkingsverbanden op vrijwillige basis kunnen fungeren als een soort coördinatiecentrum.

3. Multidisciplinaire structuren met vaste verbanden eisen wel voorafgaande reflectie over kostprijs en randvoorwaarden. Eventuele aanpassingen kunnen enkel geleidelijk en geprogrammeerd gebeuren.

Verloning

De verloning moet gebeuren op gemengde basis met een streven naar evenwicht tussen betaling per prestatie en een forfaitair inkomen (structurele ondersteuning) in functie van praktijkorganisatie, preventieve en palliatieve activiteiten, betrokkenheid bij opleiding, gezondheidsorganisaties of wetenschappelijk onderzoek. Dit kan gebeuren door systemen als "target payment", resultaat beloning, enz..

Huidige toestand in België: basisvergoeding voor raadpleging + huisbezoek (intellectuele act) met een beperkte lijst van terugbetaalbare technische prestaties. Er bestaat een remgeld op de ambulante zorg. De huisartsen vinden, in meerderheid, dat prestatiegebonden honorering moet blijven, gekoppeld aan kwaliteitscontrole. Er mag geen selectieve praktijkondersteuning zijn ten voordele alleen van een groepspraktijk. Wel moet er een discussie op gang komen betreffende remgeld, franchise en derde-betalende-systeem. Gratis geneeskunde kan enkel bij echt behoeftigen.

Alternatieve geneeskunde

Het uitoefenen van de geneeskunde zoals wettelijk vastgelegd moet voorbehouden blijven aan diegenen die het wettelijk diploma van geneeskunde bezitten. De wet op de geneeskunde verbiedt bijgevolg aan iedereen die dit diploma niet bezit geneeskunde uit te oefenen. D.w.z. diagnoses te stellen en therapeutische handelingen uit te voeren. De overheid heeft besloten een aantal alternatieve geneeswijzen te laten uitoefenen door personen die niet over het wettelijke diploma beschikken.

De alternatieve geneeswijzen hebben ontegensprekelijk een zekere “werkzaamheid” maar gezien zij niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, is het des te meer noodzakelijk dat zij enkel kunnen uitgevoerd worden door artsen die door hun opleiding, navorming en ervaring niet alleen voldoende diagnostische en therapeutische kennis hebben verworven, maar tevens publiekrechtelijk en tuchtrechtelijk verantwoordelijk blijven voor hun daden. De huisartsen verzetten zich dan ook tegen de toekenning van een medische bevoegdheid inzake niet-rationeel gefundeerde geneeswijzen aan niet-artsen.

Preventie

Vermits preventie enkel zin heeft bij een globale visie op de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid, waar naast geneeskunde ook wetenschappelijke aspecten aan bod komen, is de huisarts uitstekend geplaatst om zowel in de primaire als de secundaire preventie een taak waar te nemen. Bij de preventie is daarbij ook van belang de juiste doelgroep te bereiken. Men moet geen nieuwe kanalen creëren bij de huisartspreventie: de lokale huisartsenkringen dienen erkend te worden in de lokale netwerkvorming. Wel zal er werk moeten gemaakt worden van het unieke medisch dossier, van de registratie-informatisering en van de centrale registratie.

Palliatieve thuiszorg

Volgens Dr. J.P. Dercq sterven in België jaarlijks 61% van de patiënten in een ziekenhuis. Buiten de zeer hoge prijs voor de gemeenschap (kosten laatste levensjaar in ziekenhuis zijn 30-maal hoger dan thuis) bestaat er een enorme psychologische belasting voor de stervenden die liever in hun vertrouwde omgeving hun laatste levensdagen willen beëindigen. Het mag niet zijn dat de palliatieve zorg uitsluitend een ziekenhuisaangelegenheid is, maar dan dient de palliatieve thuiszorg wel multidisciplinair uitgebouwd te worden, waarbij de huisarts als deskundig coördinator kan fungeren.

PLAATS VAN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE BUITEN DE ZIEKENHUIZEN IN VLAANDEREN

Dr. Robrecht VERMEULEN



Mij werd de taak opgedragen om de inleiding te geven voor de discussie over “Welke specialistische geneeskunde buiten het ziekenhuis willen wij in Vlaanderen?”. Misschien moet hierbij een voorafgaandelijke vraag gesteld worden, namelijk “Willen wij specialistische geneeskunde buiten de ziekenhuizen?”.

Dr. Robrecht Vermeulen

Dit onderwerp werd wellicht aan mij opgedragen omdat ik specialist ben en buiten het ziekenhuis mijn praktijk uitoefen. Dit brengt mee dat ik er iets over weet, maar ook dat ik onvermijdelijk bevooroordeeld ben. Ik zal proberen mijn eigen vooroordelen opzij te zetten en u een objectief beeld te geven van de werkelijke toestand en van de wensen en verwachtingen, zoals die naar voor zijn gekomen in de discussies binnen de werkgroep van het VGV. Deze discussies werden hoofdzakelijk gevoerd onder geneesheren en dat is zeker te beperkt. Als wij een antwoord willen geven op de vraag “Welke geneeskunde willen wij”, dan betekent dat, in mijn visie, dat wij moeten zoeken naar de wensen van een zo breed mogelijke waaier van de Vlaamse bevolking. Hierbij moet in de eerste plaats rekening gehouden worden met de wensen van de patiënten, maar evenzeer met de wensen van de geneesheren en andere zorgverstrekkers, die het werk zullen moeten doen, en met de wensen van de gezonde bevolking die de kosten zal moeten dragen. Het doel moet zijn een optimale geneeskunde die toegankelijk is voor de ganse bevolking. Ik zal pogen met al deze aspecten rekening te houden en ik hoop dat mijn bijdrage aanleiding zal geven tot een brede discussie. De besprekingen werden gevoerd onder Vlaamse geneesheren omdat wij redenen hebben om te denken dat er te grote verschillen bestaan tussen de twee grote gemeenschappen om tot een consensus te komen op Belgisch niveau.

Dat er in dit onderwerp stof zit tot discussie blijkt al uit een vergelijking tussen de bestaande toestand en de plannen van de Vlaamse en Belgische overheden. Over de bestaande toestand kan ik geen nauwkeurige cijfers geven. Statistieken over het aantal specialisten die in Vlaanderen extra muros werken en over hun aandeel in de specialistische prestaties zijn niet beschikbaar. Uit recente statistieken van het RIZIV, die betrekking hebben op gans België, kan men wel afleiden dat tussen 40 en 45% van de ambulante prestaties door specialisten gebeurt buiten het ziekenhuis. Statistieken zijn niet onontbeerlijk om het probleem te situeren en om in grote lijnen te bepalen waar wij heen willen. Nauwkeurige statistieken zullen wel noodzakelijk zijn om op een efficiënte manier de gewenste politiek te kunnen uitvoeren.

In België werken ongeveer 6000 specialisten buiten het ziekenhuis. We mogen aannemen dat een kleine helft daarvan in Vlaanderen werkt. Hoeveel daarvan uitsluitend buiten het ziekenhuis werken en hoeveel ook een deeltijdse ziekenhuispraktijk hebben, weten wij niet goed. Ook bestaan er grote verschillen tussen die extra muros praktijken. Sommigen werken hoofdzakelijk op verwijzing van huisartsen en staan dus de facto op de tweede lijn. Anderen doen bijna uitsluitend eerste lijngeneeskunde. Ook wat dit betreft beschikken wij niet over goede statistieken.

Als wij dan kijken naar de beleidsnota Minister Magda Aelvoet van 6 december 1999 met als titel "Ondersteuning en Structurering van de Eerste Lijn" krijgen wij een totaal ander beeld. Deze nota steunt op een duidelijke echelonnering, waarbij de eerste lijn toegewezen wordt aan huisartsen en een brede waaier van paramedische professionelen. De tweede lijn behoort toe aan de ziekenhuizen. Er wordt gesteld dat privé-specialisten zich situeren op de eerste lijn en daar niet thuishoren. Waar zij dan wel thuishoren wordt niet gezegd. Sommigen menen daaruit te moeten afleiden dat zij nergens thuishoren en dus op termijn moeten verdwijnen.

Er is dus een groot verschil tussen de werkelijke toestand en sommige beleidsplannen. Ik zal proberen de argumenten voor deze verschillende opties weer te geven.

Ik wil vijf argumenten bespreken ten voordele van het behoud van specialistische geneeskunde buiten het ziekenhuis. Ik zal daarbij niet nalaten ook de nadelen, problemen en tegenargumenten te vermelden.

1. Een vrij aanbod van specialistische geneeskunde zowel in het ziekenhuis als los van het ziekenhuis beantwoordt aan de wens van de Vlaamse bevolking.

Wij hebben tot nu toe een zeer liberale organisatie van de geneeskunde gekend: de patiënten hebben vrijwel onbeperkte keuze van zorgverstrekking en voor de geneesheren zijn er vrijwel geen beperkingen voor hun vestiging. Het feit dat er meer dan tweeduizend vrij gevestigde specialisten werkzaam zijn in Vlaanderen betekent dat veel patiënten zich vrijwillig tot hen wenden en dat dit beantwoordt aan de wens van een groot deel van de bevolking. Er kunnen veel redenen zijn waarom patiënten zich liever tot privé geneeskunde wenden. Belangrijke factoren daarin zijn ongetwijfeld de wens tot persoonlijk contact met steeds dezelfde geneesheer en de bekommernis voor het eerbiedigen van hun privacy. Met deze wens moet rekening gehouden worden ook indien op theoretische gronden zou aangetoond worden dat die organisatie van de geneeskunde niet optimaal is.

Een strikte echelonnering, waarbij specialistische geneeskunde op termijn zou beperkt worden tot de ziekenhuizen wil ik niet a priori verwerpen. De argumenten hiervoor steunen vooral op het nastreven van een nauwkeurige planning van het geneeskundig aanbod, dat zo goed mogelijk beantwoordt aan objectieve noden. Zo kan er een optimaal gebruik gemaakt worden van dure medische diensten en apparatuur. Dit zou moeten leiden tot een optimale kwaliteit aan de laagste prijs. Of dit doel in de praktijk kan bereikt worden, laat ik hier in het midden.

Indien voor een groot deel van de bevolking de mogelijkheid tot vrije keuze belangrijker is dan de garantie van een optimaal georganiseerde geneeskunde, dan moet daarmee rekening gehouden worden. Enkel indien zou blijken dat privé specialistische geneeskunde niet kan voldoen aan de kwaliteitseisen van de moderne geneeskunde en dus schadelijk zou zijn voor de volksgezondheid of indien zou aangetoond worden dat deze vorm van geneeskunde zou leiden tot een merkelijk duurder geneeskunde zonder evenredige verbetering van kwaliteit, enkel dan zou er een geldige reden bestaan om dat soort geneeskunde te verbieden of financieel te wurgen door uitsluiting uit de sociale zekerheid.

2. Een deel van de specialistische geneeskunde kan extra muros een even goede kwaliteit bieden als ziekenhuisgeneeskunde en vaak met een gunstiger prijs/kwaliteitsverhouding.

Dit geldt natuurlijk enkel voor een deel van de specialistische geneeskunde. Of bepaalde onderzoeks- of behandelings technieken even goed buiten het ziekenhuis kunnen gebeuren, is zeer verschillend volgens het specialisme. Het is bovendien niet mogelijk zomaar te bepalen welke technieken een ziekenhuismilieu vereisen. Dat verandert zeer snel. Met de vooruitgang van de geneeskunde kunnen bepaalde technieken op enkele jaren evolueren van het ziekenhuis naar de eendagskliniek en naar de ambulante praktijk. Men zou zelfs kunnen stellen dat er moet naar gestreefd worden alle onderzoeken en behandelingen ambulant uit te voeren.

Dat specialistische geneeskunde goedkoper kan gebeuren in het ziekenhuis omwille van het optimale gebruik van dure medische apparatuur stemt zeker niet altijd overeen met de werkelijkheid. In veel gevallen kan ambulante privé geneeskunde even goede diensten bieden als het ziekenhuis en aan een fractie van de prijs. Privé geneeskunde kan goedkoper werken omdat er meer prijs- en kostenbewust gewerkt wordt en omdat niet moet meebetaald worden voor de logge infrastructuur en administratie van een ziekenhuis.

Ik heb hier wel degelijk gezegd dat privé specialistische geneeskunde hoge kwaliteit kan bieden aan een gunstige prijs. Dat wil natuurlijk nog niet zeggen dat dit in werkelijkheid steeds zo is. Ik aarzel dan ook niet om te stellen dat indien specialistische geneeskunde buiten het ziekenhuis wil blijven bestaan zij zal moeten beantwoorden aan kwaliteitseisen die even streng zijn als voor de ziekenhuizen. Dit betekent dan ook dat zij zich zal moeten onderwerpen aan een efficiënte vorm van kwaliteitscontrole en aan efficiënte maatregelen om misbruiken te voorkomen of te beteugelen. Bij die misbruiken denk ik o.a. aan het uitvoeren van nutteloze onderzoeken om dure apparatuur te doen renderen.

Kwaliteitscontrole en controle op mogelijke misbruiken zouden gemakkelijker te organiseren zijn binnen de ziekenhuizen. Dat is misschien juist maar dat is een probleem dat kan opgelost worden door goede organisatie en het is geen geldig argument om specialistische geneeskunde extra muros af te wijzen.

Een ander bezwaar tegen specialistische geneeskunde extra muros is dat die vorm van geneeskunde onvermijdelijk beperkter zal zijn dan wat een team specialisten in een ziekenhuis met erbij behorende polikliniek en eendagsziekenhuis, zou kunnen bieden. Men zou zelfs kunnen opwerpen dat extra muros specialisten zich beperken tot de gemakkelijkste en meest lucratieve patiënten en het moeilijke werk overlaten aan de ziekenhuizen. Dat is inderdaad een probleem, maar dat kan opgelost worden door een goede organisatie. Extra muros specialisten zijn inderdaad beperkt, maar tegenover de uitgebreidheid van de geneeskundige kennis is iedere dokter beperkt. Het verschil in werk tussen de extra muros specialisten en de ziekenhuisgeneesheren zou kunnen aanleiding geven tot een verschil in honorering. De beperkte mogelijkheden van privé-specialisten kunnen aangevuld worden door samenwerking. Misschien kan hierbij gedacht worden aan samenwerking met een of meerdere ziekenhuizen.

3. *Vrije vestiging en concurrentie als bron van kwaliteitsverbetering en een betere prijs/kwaliteitsverhouding.*

Een belangrijk argument ten gunste van het in stand houden van specialistische geneeskunde buiten de ziekenhuizen is dat dit noodzakelijk is om de vrije keuze van de patiënt te waarborgen. Indien alle specialistische geneeskunde zou geconcentreerd worden in de ziekenhuizen en indien tegelijkertijd de ziekenhuizen samenvloeien tot grotere entiteiten, bestaat er voor de meeste patiënten geen reële keuze meer. Zij kunnen zich misschien wenden tot deze of gene specialist, maar het blijft steeds een lid van hetzelfde team. Vermits er geen keuzemogelijkheid meer zou bestaan, zou er ook geen concurrentie meer zijn tussen specialisten.

In het algemeen wordt aangenomen dat vrije concurrentie een stimulans is tot het nastreven van de hoogste kwaliteit aan de laagste prijs. In de geneeskunde mag de concurrentie niet volledig vrij zijn. Ze moet in toom gehouden worden door een strikte plichtenleer en kwaliteitscontrole. Anderzijds kan men ook stellen dat een volledig gebrek aan concurrentie door een perfecte planning kan leiden tot een verminderde kwaliteit. Dit werd voldoende aangetoond door de erbarmelijke toestand van de geneeskunde in de voormalige communistische landen.

Vrije concurrentie impliceert dat het aanbod hoger is dan de behoefte. Een strikte planning met optimaal gebruik van alle medische diensten en dure medische apparatuur is dan niet meer mogelijk. In theorie zou dat dus kunnen leiden tot een hogere kostprijs. In andere sectoren van de economie geeft vrije concurrentie aanleiding tot een daling van de prijs en we mogen aannemen dat dit in de geneeskunde ook zo is. Een totaal vrije markt in de geneeskunde is dus niet mogelijk of wenselijk, maar een perfecte planning lijkt al evenzeer een utopie te zijn. Zoals meestal zal de gulden middenweg wellicht de beste oplossing bieden.

4. Vrije vestiging en concurrentie zijn nodig om te kunnen inspelen op de snelle vooruitgang van de geneeskunde.

De geneeskunde evolueert zeer snel. Vrije geneeskunde is wellicht het beste middel om die vooruitgang op de voet te kunnen volgen en om steeds de beste geneeskunde te kunnen aanbieden aan de bevolking. Een perfecte planning van de geneeskunde, zoals voorzien in de strikte echelonnering, zal praktisch zeker achterna hinken op de toestand van de geneeskundige kennis. Zeker in een democratie gebeurt de besluitvorming te traag om optimaal te kunnen inspelen op de vooruitgang van de geneeskunde. Alhoewel wij nu leven met een zeer liberale geneeskunde, stellen wij maar al te dikwijls vast hoezeer de RIZIV reglementering onaangepast is of liever veel te laat aangepast wordt en vaak een hinderpaal is voor het toedienen van optimale geneeskunde. Indien de overheid niet alleen de prijzen maar ook het volledige aanbod zou regelen, valt te vrezen dat de administratieve rompslomp een nog grotere hinderpaal zou worden. Om optimale specialistische geneeskunde te bieden, die zich soepel aanpast aan de vooruitgang van de geneeskunde, ligt de beste waarborg in een zo groot mogelijke vrijheid van aanbod, gespreid over ziekenhuizen en extra muros specialisten.

5. Specialistische geneeskunde buiten het ziekenhuis brengt geneeskunde van het hoogste niveau dichterbij de patiënten.

In ons huidige systeem van vrije vestiging van specialisten hebben de patiënten gemakkelijke toegang tot specialistische geneeskunde, volgens sommigen te gemakkelijke toegang. Dank zij onze genereuze ziekteverzekering wordt de financiële drempel laag gehouden ook voor de minder geprivilegieerde klasse. Vanuit sociaal standpunt mag men dit als een pluspunt beschouwen, maar enkel indien de geboden kwaliteit goed is. Ik heb hoger reeds gezegd dat die kwaliteit even goed kan en moet zijn als in de ziekenhuizen. Ik geloof dat de gemakkelijke toegankelijkheid voor iedereen moet gevrijwaard worden en niet mag teniet gedaan worden door een overdreven aandacht voor zuinigheid en kwaliteitscontrole. Hoe deze goede toegankelijkheid moet in stand gehouden worden, kan het voorwerp zijn van discussie. Vrije vestiging van specialisten is een goede mogelijkheid, die zijn deugdelijkheid bewezen heeft. Een betere uitbouw van ambulante zorgen vanuit het ziekenhuis behoort ook tot de mogelijkheden. Een al te grote concentratie van de specialistische geneeskunde, inclusief de ambulante zorgen in ziekenhuizen, kan de toegankelijkheid te zeer beperken, vooral voor de minder welstellende bevolking. Dat zou kunnen leiden tot een tweesporen geneeskunde en dat moeten wij vermijden. Liever een iets minder goed georganiseerde geneeskunde voor iedereen, dan optimale geneeskunde die moeilijk toegankelijk is voor een deel van de bevolking.

Met deze korte bespreking van de voor- en nadelen van de vrije extramurale specialistische geneeskunde heb ik geprobeerd de basis te leggen voor een vruchtbare discussie in de gesplitste groepen na deze plenaire openingszitting. Uit de discussies in de werkgroep van het VGV zijn wij niet gekomen tot een eensgezind standpunt over alle aspecten van de extramurale specialistische geneeskunde, maar dat was ook niet nodig. Een eensgezind standpunt onder geneesheren was immers niet het doel van ons opzet. Het is hier in dit breder forum dat wij dichter zouden moeten komen tot een antwoord op de vraag “Welke geneeskunde wil het Vlaamse volk?”.

Er zijn toch enkele punten waarover het VGV een eensgezind standpunt kan naar voor brengen en dat zijn de volgende:

1. Om te kunnen komen tot een zinvolle planning van de specialistische geneeskunde in Vlaanderen, met inbegrip van de ambulante en extramurale specialistische geneeskunde, moeten wij nauwkeuriger weten welke de huidige toestand is. Er moet dus een inventaris opgemaakt worden van de bestaande extramurale specialistische praktijken, inclusief de financiële aspecten ervan.
2. Op basis van die inventaris moeten kwaliteitscriteria uitgewerkt worden die aangepast zijn aan de extramurale specialistische geneeskunde. Deze criteria moeten opgesteld worden door de betrokken wetenschappelijke verenigingen.
3. Deze inventaris en de kwaliteitscriteria kunnen de basis vormen voor een eigen nomenclatuur voor de honoraria en de terugbetaling van de extramurale specialistische geneeskunde.
4. Een goede echelonnering is noodzakelijk, maar dat moet dan een echelonnering zijn die plaats biedt voor het ganse aanbod aan waardevolle geneeskunde, ook de ambulante specialistische geneeskunde.
5. Wij zijn voorstander van een betere organisatie van de geneeskunde waarbij gestreefd wordt naar de beste geneeskunde met een optimale prijs/kwaliteitsverhouding, die toegankelijk is voor de ganse Vlaamse bevolking. Hierbij moet ook een zo groot mogelijke vrije keuze toegestaan worden. Waar er een conflict zou bestaan tussen optimale kwaliteit en vrije keuze moet dat beslecht worden door een open debat.

Wij hebben ons voor deze discussie beperkt tot de vraag “Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen”. Dit heeft uiteraard te maken met het feit dat het VGV een Vlaamse vereniging is en dat wij, na grondige studie, sinds vele jaren ijveren voor het toewijzen van de bevoegdheid over volksgezondheid en sociale zekerheid aan de Vlaamse gemeenschap. Toch moeten wij ons blijven de vraag stellen of wij niet beter zoeken naar welke geneeskunde wij willen voor België of voor Europa. Telkens wij deze vraag stellen moeten wij vaststellen dat er op Belgisch vlak te veel verschillen bestaan tussen Noord en Zuid om tot een vruchtbare discussie te komen. In Wallonië en Franstalig Brussel is het geneesherenkorps conservatiever ingesteld en heeft meer belangstelling voor het vrijwaren van bestaande rechten dan voor het zoeken naar vernieuwing. Een belangrijke reden waarom de discussie op Belgisch niveau bemoeilijkt wordt is het gebrek aan statistieken en de onwil van de Belgische overheid om statistieken vrij te geven die het verschil in geneeskundige praktijk tussen Vlaanderen en Wallonië aantonen. Zonder betrouwbare statistieken als uitgangspunt is het onmogelijk om tot goede oplossingen te komen. Dit verschil tussen Noord en Zuid leidt tot immobilisme. In Vlaanderen bestaat er veel meer kans om tot een eensgezind standpunt te komen over de noodzakelijke vernieuwingen. Dat betekent geenszins dat wij geen belangstelling zouden hebben voor wat er gebeurt in Wallonië of in Europa en ook niet dat wij niet solidair zouden zijn, zowel financieel als organisatorisch. Het betekent wel dat wij eerst in Vlaanderen moeten werken aan verbetering om dan onze bijdrage te kunnen leveren tot verbetering in de rest van België en in Europa.

SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE IN VLAANDEREN: ORGANISATIE EN PLANNING VOOR DE ZIEKENHUIZEN?

Prof. Dr. Robrecht VAN HEE

A. UITGANGSPUNTEN.



De gezondheidszorg in België is in de laatste decennia weliswaar een nationale materie gebleven, doch progressief hebben zich verschillende accenten ontwikkeld die een andere invulling hebben gegeven aan de wijze waarop in Noord en Zuid de specialistische geneeskunde geëvolueerd is.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee

Deze hebben te maken gehad, zowel met diagnostische technieken welke met grotere selectiviteit werden toegepast in het Noorden t.o.v. het Zuiden, als met therapeutische akten, welke in zowel universitaire als niet-universitaire ziekenhuizen in grotere getale werden doorgevoerd in het Zuiden dan in het Noorden des lands. Beide elementen hebben geleid tot een jarenlange drainage van overheids gelden van Noord naar Zuid teneinde via het Nationaal Verzekeringsorgaan RIZIV-INAMI tegemoet te komen aan de behoeften zowel in Noord als Zuid.

2. De grotere behoeften van het Zuiden aan specialistische gezondheidszorg hebben gelijke tred gehouden met een belangrijke plethora aan specialisten in het Zuiden t.o.v. het Noorden des lands.
3. De ideeën, welke de specialistische geneeskunde in Vlaanderen hebben gestroomlijnd, zijn in belangrijke mate afgeleid van Angelsaksische beleidsvisies en hebben zich vaak geënt op Nederlandse behandelingsmodellen, mede als gevolg van het feit dat in de 60-er, 70-er en 80-er jaren een aanzienlijk aantal specialisten in Nederlandse ziekenhuizen werd opgeleid.
4. Uit het voorgaande blijkt dat samen met de politieke federalisering van België, ook een progressieve federalisering in medisch denkpatroon is ontstaan welke bijzonderlijk in de specialistische geneeskunde tot uiting is gekomen.

De vraag stelt zich uiteraard of deze divergentie in denkpatroon enerzijds opportuun is, anderzijds van blijvende aard zal zijn.

Dat een gemeenschap van circa 6 miljoen inwoners voor een eigen gezondheidsbeleid wil opteren lijkt logisch, net zoals dit geldt voor Denen, Oostenrijkers of Portugezen.

Dergelijke gemeenschappen worden immers evenzeer gekenmerkt, niet alleen door een eigen taal, doch ook door een kenmerkend medisch denkpatroon.

Anderzijds lijkt samenwerking van kleine gemeenschappen, zoals Vlaanderen en enkele hierboven genoemde gemeenschappen, binnen een groter Europees geheel, met name in de specialistische geneeskunde, een noodzaak. Dit heeft geleid tot de vele Europese specialistische wetenschappelijke genootschappen, waarvan de voertaal meestal Engels is, zowel in de besturen als tijdens de congresbijeenkomsten. Dat voor specifieke doeleinden regionale verenigingen of bijeenkomsten kunnen worden georganiseerd, lijkt logisch, zowel op basis van nationale (bvb. België/Zwitserland e.d.) als op basis van taalkundige overwegingen (Vlaanderen-Nederland/Oostenrijk-Duitsland e.d.). Vooral de gelijkheid, resp.

- diversiteit van het onderliggend medisch denkpatroon zal bepalend zijn voor het blijven bestaan van deze meer regionale genootschappen of bijeenkomsten.
5. Op basis van deze vooral cultureel bepaalde en medisch-specifieke denkpatronen lijkt het uitzetten van enkele lijnen van een typisch Vlaamse specialistische geneeskunde voor het huidige nieuwe millennium zinvol.

B. ECHELONNERING.

1. Echelonnering van geneeskunde is op dit ogenblik één der meest toegepaste vormen van gezondheidszorg. Zij lijkt ook in Vlaanderen definitief haar beslag te krijgen tussen de zgn. 1^{ste} en 2^{de} lijn van de zorg, m.a.w. tussen huisartsgeneeskunde en specialistische vormen van geneeskunde.

Echelonnering kan evenwel slechts tot een bruikbaar type van zorgverlening leiden, wanneer zij ook tussen 2^{de} en 3^{de} lijnsgeneeskunde wordt geëffectueerd, m.a.w. tussen de specialistische geneeskunde van algemene ziekenhuizen en vrije specialisten enerzijds, en van universitaire ziekenhuizen anderzijds.

Daar waar de afbakening tussen de geneeskunde van de 1^{ste} en de 2^{de} lijn, zoals gezegd, nu vrijwel gerealiseerd is en voor de artsen kan berusten op het behalen van de respectievelijke certificaten of erkenningen, is dit tussen de beide vormen van specialistische geneeskunde moeilijker. Immers zijn er geen specifieke erkenningen voor de artsen der 2^{de} en 3^{de} lijn, noch werden specifieke vormen van specialistische geneeskunde gereserveerd voor de algemene, respectievelijk universitaire ziekenhuizen.

Toch zijn de taken der 2^{de}- en 3^{de} lijnsziekenhuizen duidelijk verschillend: algemene ziekenhuizen en vrije specialisten essentieel voor een kwalitatief hoogstaande doch praktische specialistische zorg; universitaire ziekenhuizen voor het geneeskundig onderzoek, de meer hoogtechnologische of supergespecialiseerde geneeskundige technieken, alsmede voor zeldzame pathologieën of specifieke zorgprogramma's.

Een eigen Vlaamse gezondheidszorg dient de verschillen tussen deze 2^{de}- en 3^{de}-lijns geneeskunde precies te definiëren en mede om budgettaire redenen duidelijk af te bakenen.

2. Afbakening van de 2^{de}- en 3^{de}-lijnsgeneeskunde dient in consensus tussen de specialisten van deze onderlinge lijnen te gebeuren.
 - a) Reeds nu bestaat een wetgevend kader, waarbinnen bepaalde zorgprogramma's (o.m. radiotherapie/hartkatheterisatie/cardiochirurgie/transplantatieheelkunde/neo-natologie/brandwondenzorg) in een beperkt aantal centra worden voorbehouden. Deze centra bevinden zich evenwel in zowel 2^{de}- als 3^{de}-lijns geneeskunde en werden op basis van historische, ideologische en politieke overwegingen vastgelegd.
 - b) Deze voor de patiënten vaak onbegrijpelijke verdeling en toewijzing van specifieke zorgprogramma's zou mettertijd dienen te worden rechtgetrokken en op basis van een afbakening tussen 2^{de} en 3^{de} lijn dienen te geschieden.
 - c) Eens dit principe aanvaard, kunnen ook nieuw op te richten specifieke diensten of zorgprogramma's aan ofwel de 2^{de}- of 3^{de}-lijnsgeneeskunde worden toegewezen (bvb. oncologieprogramma's).
 - d) Dergelijke herverdeling impliceert een afstoten door de 3^{de}-lijnszorg (m.a.w. de universitaire ziekenhuizen) van de basale specialistische zorgverlening, welke binnen de algemene ziekenhuizen, resp. vrije specialistengeneeskunde dient te geschieden. Het argument dat universitaire ziekenhuizen deze zorg verder dienen te garanderen omwille van de opleiding aan studenten houdt geen steek, want de studenten geneeskunde kunnen met deze pathologieën en behandelingen ook geconfronteerd worden in algemene ziekenhuizen, wat overigens nu reeds ten dele het geval is (cfr. verder bij opleiding).

3. Dat de afbakening van universitaire en niet-universitaire specialistische zorg een langdurige en moeizame oefening zal worden, staat buiten kijf, en dat zij minstens evenveel tijd en discussie zal vergen als de nu, na bijna dertig jaar discussie gerealiseerde erkenning van de positie der eerste lijnsgezondheidszorg, is eveneens meer dan waarschijnlijk.
Dat deze discussie onder Vlaamse specialisten evenwel niet langer kan worden uitgesteld lijkt om meerdere redenen wenselijk:
 - a) Het continu opbod tussen enerzijds algemene ziekenhuizen onderling en tussen algemene en universitaire ziekenhuizen anderzijds, teneinde de meest hoogtechnologische (en dure) apparatuur te verwerven en de meest hooggekwalificeerde zorgprogramma's aan te bieden, leidt tot buitensporige en vaak onnuttige budgettaire uitgaven, welke de geneeskundige zorg aan de patiënt niet persé doet verbeteren, en welke wegens alsmear gestegen uitgaven, de hoogte der remgelden heeft doen toenemen en aldus deze zorg minder toegankelijk maakt voor minder begoede patiëntencategorieën.
 - b) Het in stand houden van concurrentie tussen ziekenhuizen en vooral van specialisten leidt niet persé tot een hoog kwalitatieve specialistische zorg, noch tot een verbetering ervan. Hiertoe dienen andere technieken te worden aangewend, o.m. adequate primaire en voortgezette opleiding, peer-review, consensusvergaderingen, etc.
 - c) Het toewijzen van bepaalde specialistische zorgprogramma's dient niet alleen met de 2^{de}- en 3^{de}-lijnsvorm van geneeskunde rekening te houden, doch evenzeer met lokale of regionale noden (dit geldt bvb. voor spoedopname centra, doch evenzeer voor andere specifieke diensten).

C. OPLEIDING.

1. Het invoeren van de numerus fixus voor specialisten (contingentering) en van het toelatingsexamen voor artsen, laat toe te veronderstellen dat de plethora aan geneesheren in Vlaanderen zal afnemen. Het aantal startende studenten geneeskunde loopt de laatste 3 jaar beduidend terug.
Dit heeft twee belangrijke consequenties:
 - a) De instandhouding van alle hedendaagse geneeskundige opleidingen aan de verschillende universitaire instellingen is niet langer houdbaar. Aan het eerste rapport Dillemans werd geen verdere discussie of gevolg gegeven, niettegenstaande de tijd dienaangaande dringt!
 - b) De toewijzing van studenten aan klinische diensten voor hun klinische graduaatopleiding dient te worden herbekeken in functie van enerzijds dit dalend aantal studenten, anderzijds de boven geciteerde herprofilering van algemene en universitaire ziekenhuizen. Studenten zullen in deze context verplicht in beide types ziekenhuizen dienen te worden opgeleid.
2. De specialistische opleiding zal evenzeer een wijziging ondergaan, rekening houdend met de specifieke taken van algemene en universitaire ziekenhuizen. Het lijkt niet meer denkbaar dat specialisten nog uitsluitend in één der twee netten zouden worden opgeleid, wat op dit ogenblik nog vaak het geval is.
3. De mondialisering van de geneeskunde maakt het vrijwel obligaat minstens één opleidingsjaar van de specialisatie in het buitenland door te brengen. Dit veronderstelt dat ook omgekeerd Vlaamse universiteiten buitenlandse assistenten zouden opnemen, al dan niet in uitwisseling, voor één of meerdere jaren. Dat hier om taalkundige redenen, Nederland en eventueel Zuid Afrika bevoorrechte partners zijn, lijkt een logische keuze. Dat ook met het Franstalige landsgedeelte uitwisselingsprogramma's dienaangaande dienen te worden nagestreefd, lijkt eveneens logisch en zal bij onze anderstalige landgenoten de taalkennis Nederlands alleen maar versterken.

D. ZIEKENHUISSTRUCTUUR EN –FINANCIERING.

1. Het 21^{ste}-eeuwse ziekenhuis dient zich aan hedendaagse ontwikkelingen aan te passen. De huidige structuur met directie, hoofdgeneesheer en medische raad, op basis van het KB 407, is een werkbare structuur gebleken (cfr. VGV symposium 15/05/1998). Toch mangelt het vaak nog aan voldoende inspraak van de artsen en werden alternatieve structuren (o.m. raad van diensthoofden, al dan niet samen met directieleden, assistentenverenigingen, allerhande ziekenhuiscomité's) opgericht, die de representativiteit van het specialistenkorps verdunnen en hun samenwerking vanuit een equivalente positie t.o.v. de directie uithollen.
Striktere criteria m.b.t. bevoegdheden van de diverse betrokken partijen zullen zich in de naaste toekomst dan ook opdringen.
2. Men dient m.b.t. de financieringswijze van de ziekenhuisartsen in de toekomst naar een grotere gelijkmatigheid te streven.
Immers de “gegarandeerde” wijze van verloning van ziekenhuisartsen, zowel in algemene, als in universitaire ziekenhuizen, werd de laatste jaren meer en meer op de helling gezet, en volkomen afhankelijk gemaakt van de gegeneerde honoraria. Zowel in de meeste OCMW-ziekenhuizen, als in universitaire ziekenhuizen worden “wedden”, “vergoedingen”, “poolvoorschotten” of andere uitkeringen afhankelijk gesteld van de individuele of dienstinkomsten.
Deze, overigens vanuit directiezijde, economisch begrijpelijke maatregelen hebben belangrijke gevolgen:
 - a) wezenlijk bestaan hierdoor geen verschillen meer tussen de uitbetaling der honoraria in de verschillende soorten ziekenhuizen (alleen prefinancierings-vormen, afdrachten e.d. kunnen verschillen).
 - b) het verrichten van een maximum verantwoordbaar aantal prestaties wordt indirect aangemoedigd, wat in complete contradictie staat met de deontologische regels, zoals verwoord in de Plichtenleer-Code van de Orde van Geneesheren.Bij de ontwikkeling van een Vlaamse specialistische zorg lijkt het aldus noodzakelijk dat de specialisten van de diverse soorten ziekenhuizen tot een gemeenschappelijk voorstel komen m.b.t. de honorering van ziekenhuisartsen, het bepalen van afdrachtenpercentages, het vergoeden van bepaalde activiteiten (o.m. spoeddiensten), enz.
3. Deze concentratie onder specialisten van verschillende ziekenhuisnetten is des te meer dringend en noodzakelijk, dat een overheidsvorm van ziekenhuisbudgettering imminent is. Deze budgettering, geheel of ten dele vergelijkbaar met deze welke in Nederland bestaat, zal belangrijke consequenties meebrengen m.b.t. de financiering der ziekenhuisartsen, en dus onrechtstreeks met de toekomstige benoemingen van deze artsen in een heel aantal ziekenhuisdiensten.
4. De medische structuur binnen de ziekenhuizen evolueert meer en meer naar multidisciplinaire samenwerking. Pathologieën ressorteren niet meer uitsluitend onder één specialisme (zoals bepaald door het RIZIV), doch dienen behandeld te worden door meerdere specialisten, zowel uit de vrije specialistische als ziekenhuisgeneeskunde. Een aantal ziekenhuizen kennen reeds geïntegreerde diensten (bvb. digestieve of cardiale afdelingen, bestaande uit zowel internisten als chirurgen); andere vormen van geïntegreerde centra staan op stapel (o.m. oncologische centra). Dergelijke samenwerkingen en integraties onder specialisten zullen in het merendeel der gevallen de patiënt ten goede komen, doch hebben niet onbelangrijke neveneffecten, zowel m.b.t. de vorm van leiding geven binnen bedoelde centra, als m.b.t. de financiering van de erin samenwerkende ziekenhuisartsen. Dit geldt nog des te meer m.b.t. de samenwerking binnen een bepaald groepsverband, tussen de vrije specialisten en de ziekenhuisspecialisten. De 21^{ste}-eeuwse Vlaamse specialistische zorg zal zich terdege met deze samenwerkingsvormen dienen bezig te houden en criteria uitlijnen binnen dewelke deze samenwerking zal dienen te geschieden, zowel wetenschappelijk als financieel.

5. Reeds tevoren werd ingegaan op de belangrijke wijzigingen, welke zich in de prestatiegebonden specialistische zorg in Vlaanderen in de nabije toekomst zullen voordoen:
- a) Elke vorm van overheidsbudgettering, welke gekoppeld wordt aan pathologieën (bvb. via de op MKG en MVG gebaseerde DRG's), zal prestatiegebonden zorgverlening beïnvloeden, resp. verdringen.
 - b) Prestatiegebonden geneeskunde vormt een onbelangrijke factor bij een alsmaar groeiende groep van artsen, die forfaitair worden betaald (universitaire ziekenhuisartsen, spoedartsen, toegevoegde ziekenhuisspecialisten etc.).
 - c) De prestatiegebonden zorg wordt door de artsenplethora alsmaar moeilijker betaalbaar, wat een toename van de remgelden en een evolutie naar een specialistische geneeskunde met twee snelheden bevordert: dit plaatst de zorgenverstrekker vaak voor moeilijke keuzes.
 - d) Preventieve zorgprogramma's zijn moeilijker inpasbaar in prestatiegebonden geneeskunde (bvb. recente discussie m.b.t. mammografieën bij detectie van borstkanker).

E. BESLUITEN.

Er bestaat een progressieve consensus over het feit dat de Vlaamse specialistische gezondheidszorg een eigen richting moet inslaan. De verschillende problemen van organisatorische, wetenschappelijke en financiële aard, welke zich aandienen, zullen moeten worden besproken, aangepakt en tot een oplossing worden gebracht.

Enkele van deze problemen werden hierboven aangehaald en kunnen dienst doen als discussiestof.

Vlaamse specialisten zullen evenwel, en overigens samen met hun collega's huisartsen, snel tot oplossingen dienen te komen voor de gezondheidsuitdagingen van de 21^{ste} eeuw.

Discussie in drie groepen: weergave van de geluidsbanden

Discussiegroep HUISARTSEN

*Voorzitter: Dr. Chris GEENS
Verslaggever: Dr. Raymond LENAERTS*

Dr. Chris Geens: Ik dacht, als korte inleiding, de besluiten voor te lezen die in een eerste tekst, die collega Raymond Lenaerts gemaakt heeft, opgesteld zijn. Hij had vijf besluiten, na een eerdere discussie binnen het VGV.

Het eerste besluit was: ideaal zou het misschien zijn grote groepspraktijken te voorzien in de huisartsgeneeskunde, met een minimum aan technische middelen die een grote bereikbaarheid en beschikbaarheid zouden kunnen bieden in de eerste lijn. De huidige toestand van de Vlaamse huisartsenpraktijken is daar nog ver van verwijderd. De solopraktijken zullen ook de ruggengraat blijven van de huisartsenpraktijk.

Twee: samenwerking met andere huisartsen in een los en vrij overeengekomen samenwerkingsverband in de schoot van de plaatselijke huisartsenkringen is wel realiseerbaar met onderlinge taakafspraken en vakantieregelingen.

Dr. Raymond Lenaerts

Drie: de thuiszorg en palliatieve zorg met andere gezondheidswerkers is een terrein waar de huisarts als coördinator

verdienstelijk werk kan leveren. Ook zal de huisarts zijn plaats in de homes en RVT's blijven opeisen voor zover zijn deskundigheid op dit vlak optimaal blijft.

Vier: de publieke ondersteuning van het werk van de huisarts dient vooral geleverd door de plaatselijke huisartsenkring, die de bevolking het pakket van diensten kan aanbieden waarmee de huisarts als volwaardige eerste lijn arts kan werken. De taak van UHAK dient om de werking van de plaatselijke huisartsenkringen te stimuleren en te controleren, maar ook om de brede opinie via de media te informeren over de mogelijkheden van de huisartsen in de eerste lijn.

Vijf: het spreekt vanzelf dat dit alles maar echt de toestand van de huisarts ten gronde kan wijzigen indien door iedereen de kwaliteit van de zorg optimaal wordt benadrukt. Vandaar het belang van de bijgeschoolde geaccrediteerde huisarts. In tweede orde is er ook een taak voor de overheid in de opleiding en misschien ook door voor de huisartsen een numerus fixus te voorzien en geen toelating te verlenen tot het uitoefenen van enige vorm van geneeskunde aan beoefenaars van zogenaamde alternatieve geneeswijze zonder het wettelijk diploma van arts.

Dat waren de eerste besluiten na de eerste bijeenkomsten die door collega Lenaerts geformuleerd zijn. Wij hebben daarna nog een aantal teksten van een aantal mensen gekregen en zo is die nota herwerkt geworden. En ik heb dus vandaag de vrijheid genomen, om dat in een nieuw verhaal te vertellen en nu zouden wij van u willen weten wat uw reflecties daarover zijn en ten tweede kijken of wij op het einde van deze discussie een aantal kernpunten kunnen naar voren brengen.

Dr. Frans Devos: Op pensioen maar nog actief bezig in het kader van de ziekenfondsen. Ik ben beheerder van de neutrale landsbond, maar in mijn actief leven was ik arbeidsgeneesheer en schoolarts; die zijn niet vernoemd geweest. Ik denk dat die ook een plaats moeten krijgen in de gezondheidszorg in Vlaanderen. Ik heb u horen spreken over de meningitis infectie. Dat wordt tamelijk goed geregeld langs het medisch schooltoezicht, omdat ze daar werkelijk een hele groep scholen kunnen bereiken dat zijn tactische of programmatorische problemen die moeilijker liggen voor een huisarts. Mijn besluit is, dat men ook moet kijken in het kader van de collectieve en preventieve geneeskunde op het terrein: voor bedrijven en scholen moet er ook een plaats zijn in het geheel.

Dr. André Lermينياux huisarts in Drogenbos. Ik dacht aan twee dingen. Eerst en vooral: kwaliteitseisen. Ik denk dat accreditering vandaag eens moet herbekeken worden. Het heeft geen zin, stempels te gaan zetten en uiteindelijk weinig mee te pikken.

Ten tweede wou ik zeggen: ideaal zijn groepspraktijken of - en ik denk dat dat laatste veel belangrijker is - samenwerkingsverbanden met huisartsen zodanig dat men niet in eenzelfde groep moet zitten, maar dat men naargelang de omstandigheden op elkaar kan beroep doen. Dat is zeer belangrijk.

Vervolgens in thuiszorg en al wat er rond hangt is het zeer belangrijk dat wij de spil blijven, maar vandaag zijn wij de spil en dikwijls ook de man die het allemaal moet managen. Managers inschakelen dus, zodanig dat wij kunnen informatie geven maar niet alles zelf moeten doen.

Dr. Chris Geens: Mag ik toch even vragen: als jij accreditering anders ziet, hoe zie je dan accreditering 'anders'?

Dr. André Lermينياux: Ik zie bijscholing vooral anders. Bijscholing mag niet een passief gebeuren worden, zoals het maar al te dikwijls vandaag gebeurt, waar mensen bovendien om 10 voor 10 of kwart voor elf nog binnenkomen en een stempeltje zetten.



Dr. Chris Geens: De grote vernieuwing die op komst is, kwestie van accreditering, is dat men niet alleen naar uw stempeltjes of naar uw handtekening gaat kijken of de lessen waar je geweest bent, maar men gaat, om het maar met een mooi Vlaams woord te zeggen aan 'outcome meting' doen. In sommige landen van Europa is het al aan de gang, maar wij staan daar heel dicht bij. Men zal komen kijken, niet of je naar de lessen van hypertensie geweest bent, maar of men in uw registratie kan terug vinden hoeveel procent van uw patiënten ten minste beantwoorden aan bepaalde normen. Idem dito voor diabetes, idem dito voor preventieschema's, zodat je, net zoals in Engeland, pas uw preventiegeld krijgt wanneer je bij tenminste 80 of 85 % van uw patiënten kan aantonen dat je preventie screenings gedaan hebt. Ik weet niet hoe dat voor de mensen klinkt: of dat voor jullie nieuw is, of jullie daarvoor staan te juichen of dat iemand daarover commentaar kan geven?

In verband met de registratie van die outcome meting, dat is niet zo eenvoudig, wie gaat dat allemaal doen, he?

Dr. Dirk Dewolf, afdelingshoofd bij de Vlaamse administratie gezondheidszorg. We zijn bezig momenteel een decreet voor te bereiden op de eerste lijn gezondheidszorg en een aantal van die dingen komen daarin voor. Inderdaad, men moet af van die zuivere input benadering van 'zoveel uren bijscholing, is een waarborg voor goede geneeskunde'. Die verschuiving naar de output zijde is inderdaad op komst. Bvb een bonus voor huisartsen die, als randvoorwaarde een ingeschreven populatie hebben, want een ander systeem is niet denkbaar; dat is een noodzakelijke randvoorwaarde om te kunnen werken met bonussystemen, vanaf een bepaalde vaccinatiegraad van die populatie onder toezicht. Ik denk aan pneumococcon vaccinatie en griepvaccinatie bij 65 plussers. Dus die zaak is op komst. U heeft ook het voorbeeld aangehaald van meningitis; als u met zo'n probleem zit, is onze Vlaamse gezondheidsinspectie daar om de zaken wat te coördineren, maar wij botsen op één belangrijk probleem en dat is: hoe kunnen wij communiceren met de huisartsen op korte termijn. Indien alle huisartsen e-mail zouden hebben, dan was het voor ons een gemakkelijke zaak, om mits het permanentie systeem een snelle boodschap te verspreiden binnen een bepaalde geografische regio, maar dat is nu momenteel een operationeel vraagstuk waar we mee te kampen hebben. Een derde zaak die ik nog wil zeggen: er is een evolutie in het denken aanwezig van SIT naar SEL, en SEL staat dan voor Samenwerkingsinitiatief op de Eerste Lijn, waar naast de coördinatie van de thuiszorg, men het ook breder wil zien in termen van continuïteit van de zorg, de wachtdienstregeling. De bedoeling is om zoveel mogelijk zaken geografisch te laten samenvallen. Het is een terechte klacht van de huisartsen; daar zitten we met zo'n logo, dat afgebakend is. De bedoeling is om tot een soort lego systeem te komen, waarbij alle vakjes op elkaar kunnen geplaatst worden en wij dus geografisch tot sterk omschreven zones komen.

Dr. Kris Peeters, huisarts en artsen opleider: ik zou even willen inspelen op die samenwerkingsverbanden in de groepspraktijken, waar eigenlijk onvoldoende aandacht aan besteed wordt. Er wordt constant gesproken over: we moeten gaan samenwerken, we moeten in groepspraktijken gaan werken. Concreet, in onze gemeente doen wij dat. Met 2 duo praktijken en 1 solo praktijk gaan wij in één gebouw een samenwerking oprichten, maar wij stuiten steeds opnieuw op hetzelfde probleem: de centen. Uiteindelijk worden daar veel miljoenen in gestoken, uiteindelijk allemaal uit onze eigen zak. Wij willen dus permanentie verzorgen overdag en ook een soort permanentie in de week en zo. Concreet, een praktijk-hulp op het gebied van secretariaat, telefoons opnemen, dossier verwerking, dat moeten wij allemaal zelf bekostigen. Dus het is allemaal mooi, men spreekt daar over e-mails en zo, dat moet allemaal uit onze eigen zak komen; een netwerk computer systeem, moet allemaal uit onze eigen zak komen. Wanneer gaat de overheid als ze A zegt, B zeggen; ze zou ook die zaken financieel moeten stimuleren, zodat we daar ergens toch een soort tussenkomst kunnen krijgen.

Een tweede opmerking: er is gesproken over die huisartsenkringen, die ook een centrale plaats zouden moeten kunnen krijgen. Opmerking is dat er veel afhangt van: hoe zijn de besturen samengesteld, worden die democratisch verkozen? Want dat is dikwijls het probleem: er zitten een aantal mensen in zo een kring, die beslissen alles en jij zit daar en die mensen blijven daar eeuwig en tien jaar zitten zonder dat er iets kan veranderen. Zo moet er op dat vlak toch ook ergens een structuur komen.

Een derde opmerking, die hier nog niet ten berde is gekomen, is de opleiding. Ik leid ook HIBO's op.

Het groot probleem vandaag is het statuut van de HIBO, dat uiteindelijk ook weinig ter sprake komt. Die mensen moeten werken als zelfstandigen, maar ze worden als bedienden betaald. Dat is een heel complexe discussie. Op het ogenblik is er een van de collega's artsenopleider die een proces heeft door een HIBO omdat hij geen bediendenstatuut betaald heeft. Dus uiteindelijk worden wij, in onze goodwill als artsenopleider, weer geconfronteerd met zaken die vanuit de overheid heel slecht gestructureerd en geregeld worden.

Dr. Chris Geens: Voordat de overheid daar op antwoordt: wat vinden jullie over deze tussenkomst, wie heeft daar bedenkingen bij, wie heeft daar ideeën rond?

Dhr. Ivan Mertens, Vlaamse Beweging: Als ik mij opstel als leek, als buitenstaander, hoor ik: er moet meer geld komen voor dat en dat. Als leek zeg je: moet dat nog meer geld kosten? Het kan ook een verschuiving zijn binnen het budget van de organisatie van de gezondheidszorg.

Dr. Chris Geens: Had u een suggestie?

Dhr. Ivan Mertens: Men zou de geneeskunde per prestatie wel meer kunnen afbouwen en die zaken aanklagen. Ik denk dat dat een discussieonderwerp is, binnen de geneesheren zelf.

Dr. Paul Putzeys, huisarts (ASGB): Ik stel hier toch vast dat de geesten zeer snel geëvolueerd zijn, want wat hier nu gezegd wordt, was vijf jaar geleden eigenlijk onmogelijk. Ik hoor daar de vraag naar financiering van samenwerkingsverbanden; zo'n zaken zijn enkel mogelijk indien afgestapt wordt van de exclusieve prestatie vergoedingen. We krijgen zo veel taken op ons, die gebonden zijn aan structuur, aan algemene organisatie en die niets meer te maken hebben met prestatie, als we dat ten minste prestatie noemen: het individuele contact met die ene patiënt, waar we dan ons RIZIV nummertje voor invullen. Als we dat een prestatie noemen, dan schiet de financiering schromelijk tekort. We moeten dus inderdaad overgaan naar een andere vorm van financiering of zeker een gemengde vorm van financiering. Als wij een informaticasysteem willen opbouwen in de eigen praktijk, dan kost dat precies hetzelfde als wanneer we dat voor 5.000 prestaties per jaar doen of voor 10.000 of voor 20.000. De man die er maar 5 doet, doet misschien betere geneeskunde dan die van 20; dat weet ik niet, maar zijn infrastructuur kost hetzelfde, zijn wachtzaal kost hetzelfde, zijn beschikbaarheid, de permanentie en de continuïteit van zorgen kosten eigenlijk hetzelfde. En in de vorige interventies heb ik ook horen spreken over de accreditering en ik zou de toekomst van de huisartsen willen vasthaken aan 2 basispijlers. En mijn eerste pijler is: de kennis van de huisarts. En de tweede is zijn beschikbaarheid. De kennis van de huisarts is zijn wetenschappelijke kennis die hij, via accreditering en dergelijke op peil houdt, maar ook de kennis van de patiënt en dat hebben wij voor op de specialisten: wij kennen die patiënt, wij kennen die veel beter dan de specialisten en we moeten uitbouwen waarin we sterk zijn, dat is die kennis. En anderzijds moet onze beschikbaarheid geoptimaliseerd worden: wij zijn, en we moeten het allemaal toegeven, wij zijn niet 24 uur op 24 beschikbaar; al was het maar doodgewoon omdat we huisbezoeken doen, maar we hebben ook onze vrije tijd, onze andere activiteiten en die beschikbaarheid moeten we optimaliseren door het samenwerken met anderen, met collega's en ook door het beschikbaar stellen van onze dossiergegevens. Want onze sterkte is net die kennis, maar als die kennis er niet is voor vervangers, ja, dan is die kennis er niet. Dus, we moeten ook die kennis beschikbaar maken en daarin is informatisering een sterke troef en de toekomst zal daar veel mogelijkheden bieden.

Dhr. Ivan Mertens: Men spreekt nu over groepsvorming, en ik heb al een klein beetje aanduiding gekregen, maar mijn eerste idee was: gaat men zich nu bij de huisartsen ook specialiseren en daardoor tot groepsvorming moeten komen? Komt er dus eigenlijk een niveau van specialisten bij? Ten tweede vraag ik mij af of huisartsen zich terdege realiseren dat meer geld vragen een negatieve klank heeft; zou er daar ook niet eens moeten naar gekeken worden.

Dr. Chris Geens: Kan u dat even verduidelijken?

Dhr. Ivan Mertens: Ja, kijk, als je zegt: je moet je inschrijven bij een huisarts, dan komt daar direct bij dat je daar moet voor betalen. Misschien terecht, maar je moet iets dat terecht is, ook kunnen verkopen. Er wordt gezegd: goed, we hebben een groepsvorming, dat kost geld, dus dat geld moet er komen; de staat moet dat betalen. Dat moeten jullie verkopen aan de mensen, want die zeggen: de staat moet het betalen, wil zeggen: ik moet het bijbetalen. En ik vrees dat er op dat gebied, een soort kloof is tussen de huisarts, eigenlijk toch de vertrouwenspersoon, en het volk. Ik hoor U spreken "altijd beschikbaar zijn kan niet meer". Toen ik een klein jochie was, was die huisarts altijd beschikbaar op de onmogelijkste uren van de dag; ik pleit niet om daar naar terug te gaan – maar je moet het wel verkopen en ik vind dat de huisarts dat eigenlijk onvoldoende doet.

Dhr. Hugo Portier, ANZ: Ik ben een leek in deze materie en ik meen te weten, dat men meer en meer rechtstreeks naar de specialist begint te gaan en dat men met een grote boog rond de huisarts heengaait. Is het dan ook niet opportuun om door een aantal middelen, de patiënten, de bevolking voor te lichten?

Dr. André Lermiaux: Er zijn natuurlijk technieken om dat gedrag te stimuleren, maar we zitten hier in drie aparte vergaderzalen. Ik denk dat in de andere vergaderzalen minder enthousiast zal gereageerd worden op het voorstel dat er differentieel zal terugbetaald worden voor patiënten die verwezen zijn en patiënten die niet verwezen zijn. Hier zal daar wel consensus over zijn, maar er zijn momenteel meer specialisten dan huisartsen in België.

Dhr. Herman Gevaert, Vereniging Vlaamse Leerkrachten: Daarnet heeft mijn buurman over schoolgeneeskunde gesproken. Ik heb een klein beetje ervaring, alleen wat de sportgeneeskunde betreft. Er zijn meer en meer jongeren en jongerenorganisaties tussen amateurverenigingen, want professionelen bestaan bij de jongeren alleen maar in de voetbal en de tennis, die zich wenden tot sportgeneesheren of zogenaamde sportgeneesheren. En zij richten zich dan bijna uitsluitend op 'fitness'- zo noemen ze dat dan. Op dat ogenblik is er inderdaad een verwijdering van de huisarts.

Dr. Luc D'Hooghe, Brussels huisarts: In gans deze discussie, ook vanmorgen, is Brussel vergeten; er wordt in Brussel ook geneeskunde beoefend. Dat zorgt nogal voor wat problemen, zeker als gedacht wordt over controle van outcome. Hoe zullen zij ons in Brussel gaan controleren op preventie? Op wat wij met onze patiënten doen? Ik heb zo het gevoel dat wij meer en meer administratie en controle krijgen, en dat wij minder en minder tijd voor onze patiënten hebben. Ook in de organisatie van de gezondheidszorg vind ik dat wij als huisarts overal bij betrokken moeten worden, wij moeten in revalidatie zitten, in thuiszorg, en zomeer, wij zijn daarvoor niet betaald, dat wordt allemaal gevraagd binnen onze vrije tijd. Er zijn al enkele stappen gezet voor de erkenning en betaling van huisartsenkringen als wachtkring, die dan een rol kunnen opnemen binnen de secretariaatsfuncties en ook naar delegaties. Daarvan zou een zekere betaling kunnen uitgaan aan die mensen, die die vertegenwoordiging doen. Over beschikbaarheid: wij moeten 24 uur op 24 beschikbaar zijn. Wij moeten zoveel, en daar staat zo weinig tegenover. Er is een zeer groot misbruik van de beschikbaarheid. Ook op gebied van de echelonnering; de specialist zegt: ga naar de

huisarts, die zal het wel doen.

Voor die 500 frank medisch dossier op jaarbasis; het gaat er dan nog dikwijls om die dossiers door te sturen naar verschillende instanties, daar kruipen toch vele uren in. Ik heb de indruk dat er het laatste jaar een zeer negatieve beeldvorming is over de artsen, die niet overeenkomt met waarmee wij bezig zijn, en ik voel dat soms pijnlijk aan. Artsen vragen steeds geld, dit is misschien wel juist, maar als je de inkomens ziet van de artsen, die zijn zo hoog niet meer. Ze zeggen nog altijd dat wij de rijksten zijn van België, maar dat is zo niet. Die gans negatieve beeldvorming in de kranten vind ik zeer pijnlijk.

Dhr. Ivan Mertens: In elk beroep, waar men een dienst verleent op basis van oproep, heb je die misbruiken. Ikzelf heb een aantal jaren gewerkt in de liftindustrie, waar je ook 24 uur op 24 moet beschikbaar zijn om te depaneren. Dan krijg je ook toestanden die onmogelijk zijn omdat het lampje niet brandt 's nachts aan de deur: daarvoor wordt je opgeroepen, om een voorbeeld te geven. Het gaat niet zozeer over het feit of jullie nu te veel of te weinig verdienen, maar het geld speelt zijn belangrijke rol en de burger kan zich daartegen niet verdedigen. Het gaat niet over het geld zelf, het gaat over de sfeer. Als jullie er niet in lukken dit beeld te veranderen, dan ligt dat niet aan de burger, dan ligt het aan jullie zelf. Want jullie verkopen, dus het is aan jullie zelf om dit beeld op een andere manier te benaderen.

Dr. Kris Peeters: U sprak daarjuist inderdaad over 'beschikbaarheid', maar als u 's nachts uw licht laat repareren zult u waarschijnlijk wel een grotere vergoeding gekregen hebben, dan wat wij zouden gekregen hebben om 's nachts een patiënt te bezoeken. Als ik een informaticus een kwartier laat komen, moet ik 3000 frank betalen; dat zullen ze niet aan de huisarts betalen. Het probleem is dat, bij de beeldvorming vanuit de pers naar de patiënt toe, het allemaal niets mag kosten. Een huisarts, dat mag niets kosten, maar als ze naar de kapper gaan, geven ze 2000 frank. Als wij een huisbezoek aanrekenen, dan is het al veel te veel geld. Dus ik denk dat die beeldvorming natuurlijk afhangt van de pers, maar wij hebben de pers niet. Wij hebben wel eigen vertegenwoordiging via vakbonden, maar die mogen zich niet als huisarts nationaal vertegenwoordigen omdat er verplicht evenredigheid moet zijn tussen huisartsen en specialisten. Dus hoe kunnen wij ons dan als huisarts naar buitenuit gaan verkopen?

Dr. Pol Herman, huisarts in Deurne: Met betrekking tot de financies: ik denk niet dat dit een probleem stelt bij de bevolking. Ik denk dat er een algemeen besef is dat de huisarts in feite zeer goedkoop werkt. Ik denk dat iedereen zich realiseert dat wij heel vaak aan 600 frank per uur werken, dat wij heel vaak consultaties hebben die uitlopen, als dat nodig is tot 1 uur voor 620 frank. Ik denk dat een huisarts die optimaal functioneert, 60 uren per week werkt. En dat dat een maximale bruto inkomst kan betekenen van, laat ons zeggen rond de 5 miljoen. Als je dan in samenwerkingsverband moet gaan werken - stel dat je optimaal werkt - dat je een maximaal aantal doenbare prestaties hebt, maak je daarmee 5 miljoen per jaar. Als je een groepspraktijk moet gaan opstarten, is het natuurlijk dat mensen gaan samenwerken. Wat vergt dat niet aan infrastructuur; dat is gewoon onbetaalbaar vanuit de huidige honoraria. Toch zijn er mensen die daarin slagen. Dat was één punt met betrekking tot de financies. Ik denk dat wij inderdaad veel meer tot samenwerkingsverbanden moeten komen, maar dat moet door de overheid ondersteund worden. Als men die samenwerkingsverbanden wil, moet men daarvoor betalen. Vanuit de honoraria is dat technisch niet mogelijk? Nog een punt in verband met die 'output-meting': ik denk dat dit ook een heel groot probleem is, als men dat op een 'Big Brother' manier gaat doen, als men gaat kijken wat doet die man in feite, wat schrijft hij voor, welke handelingen stelt hij. Ik denk dat dit zeer moeilijk vergelijkbaar is omdat de praktijken daarvoor onderling veel te verschillend zijn. Als je in een appartementsbuurt zit, waar alleen maar oudere mensen wonen vanuit een bepaalde sociale achtergrond, kan dit een totaal andere praktijk zijn dan als je woont in een villawijk waar heel veel jonge gezinnen zijn. Je gaat tot heel andere praktijken komen, gewoonweg vanuit de demografische situatie, waarin je woont.

Dr. Chris Geens: Als je aan de overheid geld vraagt om iets te doen voor u, dan ga je aan de overheid moeten tonen dat je met dat geld iets gedaan hebt.

Ik denk dat er andere middelen zijn: het Amerikaans accrediteringssysteem is een voorbeeld. Ik ben akkoord dat men verwacht van iedere huisarts dat hij een aantal basiskennissen heeft, dat er een minimum kennis moet aanwezig zijn, want dat is perfect testbaar. Men kan die man aan zijn lot overlaten om zichzelf op te leiden. Er zijn nu informatiepakketten die daartoe echt bruikbaar zijn. Men kan ook via elektronische systemen, computer e-mail systemen enz., mensen examens laten afleggen via multiple-choice systemen en zo meer.

Dr. Pol Herman: Wij zullen toch aan de overheid moeten tonen wat wij met het geld doen en heel wat collega's blokkeren daarop. Ik ben ermee akkoord dat een huisarts een bepaalde minimum kennis moet hebben met betrekking tot een aantal domeinen en dat is controleerbaar.

Dr. Luc D'Hooghe: Ik wil nog stellen dat we voor Brussel met een probleem zitten. Bvb. de georganiseerde borstkanker screening. We hebben zelf als Vlaamse gemeenschap met de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie en de Franstalige gemeenschap een initiatief genomen, maar Vlaanderen start op 15 juni. Het zal dus aanzienlijk later worden voor Brussel.

Dr. Chris Geens: Dat is duidelijk een probleem. Mijn oplossing daarvoor was geweest: zou het niet zinvol zijn om een opsplitsing te maken in grotere districten zoals men in Nederland doet. Je zou dat naar ons land kunnen vertalen, wanneer men per provincie een apart beleid gaat voeren. En dat kan je ook, als dat federale geld over provincies zou verdeeld worden. Het is mij nog opgevallen: we hadden onlangs een discussie over thuisgezondheidszorg en dan zie je dat de gemiddelde West-Vlaamse thuisverpleger 5 prestaties meer doet dan het landsgemiddelde. Dus er zijn nogal wat

verschillen tussen het noorden van de Kempen en het zuiden van Limburg. Het zou voor Vlaanderen een oplossing kunnen betekenen, wanneer men zoals in Nederland per district gaat bepalen hoeveel huisartsen zij moeten bij hebben, wanneer zij hun wacht gaan regelen, want het is anders in Friesland dan in Zeeland. Zou dit een oplossing kunnen zijn voor jullie probleem in Brussel?

Dr. Luc D'Hooghe: En waartoe zou Brussel behoren? Tot het Brussels gewest of tot Vlaanderen?

Dr. Chris Geens: Ik heb daar totaal geen idee van. Is het oplosbaar zonder dat het ergens toe behoort? Voor mij behoort het nog altijd tot Vlaanderen, daar is geen discussie over.

Dr. Luc D'Hooghe: Het is duidelijk dat wij binnen de gezondheidszorg in Brussel, en dat is ook al aangegeven binnen de ziekenhuisgeneeskunde, een andere cultuur hebben, ook binnen palliatieve, ook binnen thuiszorg. Wij hebben heel grote problemen gehad rond de vorming van een palliatief overlegcentrum hier. En, ja, wij behoren eigenlijk nog bij Vlaanderen en wij voelen ons altijd nog een stukje van Vlaanderen; en toch worden wij meer en meer door de huidige regering ertoe gedwongen om binnen het Brussels gewest op te treden, wat ons niet zint en wat ook niet gaat. Dus, ik denk dat een district met Vlaams Brabant voor ons wel een oplossing zou zijn. Dus een communautarisering van de gezondheidszorg ligt ons voor een stuk genegen, ik heb daar ooit een artikel over geschreven. Meer en meer heb ik de indruk dat dit een zuiverder deal zou zijn, waar wij dus binnen Brussel elk onze keuze zouden kunnen maken zodat wij het veel gemakkelijker zouden kunnen regelen.

Dhr. Ivan Mertens: Ik wil meedelen dat de ziekenfondsen, en ik spreek dan specifiek voor de CM, bezig zijn in Brussel de splitsing door te voeren. De VCM bestaat: de Vlaamse Christelijke Mutualiteit evenals de Waalse tegenhanger, waarbij je dus als burger moet kiezen voor welke CM.

Dr. Chris Geens: Het Wit-Gele kruis doet net hetzelfde, is ook in die zin aan het werken. Ik denk dat wij de overheid moeten souffleren en suggereren, hoe wij vanuit het veld de toestand kennen. Ik heb daarstraks een pleidooi gehouden: dit verhaal zou een consensusverhaal moeten zijn vanuit de wetenschappelijke vereniging en de universiteit en de syndicaten. Laat ons samen een verhaal vertellen, dan pas heeft de federalisering van de gezondheidszorg zin. Als we daar niet in lukken in Vlaanderen, zelfs met een eigen beleid, en we blijven kakelen onder mekaar, komen we er niet uit. We moeten echt heel goed nadenken over wat wij wensen. En daarom vind ik deze bijeenkomst erg zinvol, als er dan natuurlijk ook een vervolg op komt uiteraard. Als we een leuke zaterdag in Brussel gehad hebben en we fietsen terug naar huis, dan is er niks gebeurd. Als hier een vervolg aan komt en contacten gelegd worden, dan zie ik het toch wel zitten.

Dr. Luc D'Hooghe: Ik denk dat een basissubsidiëring zeker belangrijk is. En dat is dan te bekijken naar subsidiëring volgens het aantal patiënten binnen de praktijk, hetzij groepspraktijk, hetzij solopraktijk. Anderzijds, praktijken van 5 miljoen in Brussel, dat is ondoenbaar. Dus zijn wij meestal geassocieerd; wij zitten nooit aan zo'n cijfer. Wij gaan naar minder dan de helft. Als ge heel veel ander werk erbij neemt of moet doen, zit ge natuurlijk met een basisfinanciering die veel te laag is. En dit is een beetje de uitleg waarom wij zo'n slechte naam hebben. Omdat wij niet vertegenwoordigd zijn: wij hebben geen tijd om onszelf te vertegenwoordigen; wij zijn huisartsen, wij steken er geen tijd in, we worden er niet voor betaald, bij wijze van spreken. We gaan dus ook niet naar al die organisaties waar specialisten wel naartoe kunnen gaan omdat zij binnen een ziekenhuis iemand kunnen afvaardigen en doorbetalen, die dan de specialistische geneeskunde kan verdedigen. Wij zijn als huisartsen zeer slecht verdedigd binnen de gezondheidszorg en binnen de kabinetten.

Dr. Paul Putzeys: Ik zou toch niet overdrijven met de negatieve beeldvorming van de huisarts. Uit elke enquête komt de huisarts er als primus uit. En dan, wat de financiering en de kanalen van financiering betreft, die drie kanalen zijn zeer recent gecreëerd. Ze bestaan dus. Wij leven voor 90 % van onze prestaties, wij leven voor een klein deeltje van het GMD forfait (de 513 frank per capita) en er is een minimaal deeltje, die 5.000 frank, een praktijk vergoeding voor het GMD voor artsen die in het GMD treden. De kanalen bestaan nog maar twee of drie jaar. Die kanalen moeten ontwikkeld worden, maar de belangrijkste stap is gezet: het creëren van die kanalen. Nadien kunnen die verder ontwikkeld worden. Dat zal nog wel eventjes duren en op verzet stuiten, maar de kanalen bestaan. Dat is een kwestie van organisatie en dat zal wijzigen zo gauw heel de bevolking toegetreden is tot het GMD, het is te zeggen vanaf 1 mei 2002, hopelijk zal het probleem dan opgelost zijn.

Dr. Chris Geens: Ik vind dat een belangrijk stuk nog niet aan bod gekomen is, niet in mijn voordracht, wel in het gedeelte dat collega Dr. Lenaerts geschreven heeft, namelijk onze relatie met de specialisten. Prof. Dr. Van Hee heeft een heel leuk verhaal verteld, dat er helemaal geen discussie is over eerste en tweede lijn; dit is zo duidelijk gescheiden, dit werkt zodanig perfect, terwijl het probleem tussen tweede lijn en derde lijn ongelooflijk onhaalbaar is. Maar wat vinden wij over die relatie huisarts - specialist en die echelonnering. Wat zouden wij, in de Vlaamse context daar als kapitaal punt moeten eisen of kunnen vragen?

Dr. André Lermينياux: Radicale echelonnering. Ik heb daar geen twijfels over. Ik vind dat we daar moeten blijven naar streven. Het is ook het allerbelangrijkste: hoe kunnen wij een dossier beheren, als we geen informatie krijgen, als onze patiënt zomaar kan gaan waar hij wenst. Dit kan niet: ik denk dat heel strikt moet geëchelonnerd worden. Dat is een zeer radicale eis, maar je moet daarbij stappen voorstellen. Een goede stap zou zijn: geen verslag krijgen, zou

moeten gesanctioneerd worden. Een ander ding: die organisatie van spoedgevallen rond ziekenhuizen, in welke mate moeten wij daar bij betrokken worden? Kan dat een breekijzer zijn om in dat systeem te geraken?

Patiënten vertellen mij: spoedgevallen heeft niets te maken met spoeddokter, ik heb daar nog nooit spoed gezien, ik zit daar uren te wachten. Ik weet niet wat "spoed" is, maar als ge in uw vinger gesneden hebt en ge zit in mijn wachtzaal, dan bellen de assistenten mij op en dan kom ik van 5 km ver uw vinger repareren. Daar is spoed mee gemoeid.

Moeten we geen suggesties doen? Ik denk dat het essentieel is en dat kan alleen financieel. Wij weten allemaal heel goed dat een consultatie op spoed, stukken meer kost dan een consultatie bij een huisarts. Het kost veel meer en de patiënt betaalt niets en bij ons betaalt hij wel. Voor zijn gehechte vinger op een weekend betaalt hij misschien dan toch wel tegen de 2000 frank.

De omgekeerde wereld: enkele weken geleden had ik een patiënt die kwam van Erasmus. Die had 2 uren zitten wachten om zijn vinger te laten hechten en kwam bij mij omdat ik van wacht was, of ik dat niet vlugger kon?

Dr. Roger Renders: Het is een discussiepunt, dat al lang aan de orde is. Na vele jaren trekt de "Spoed" zelf aan de alarmbel: wij kunnen het eigenlijk niet meer bolwerken. Niemand is uiteindelijk tevreden met de situatie, noch de specialist, noch de urgentist, noch de huisarts. We zijn er nu mee bezig om daar toch een beetje orde op zaken te stellen en dat moet dus van alle kanten komen. Ook de huisarts moet aan de beschikbaarheid werken en we zullen opteren voor één groot centraal wachtnummer, dus voor gans Vlaanderen, zodat elke patiënt maar één nummer te bellen heeft en hij van een huisarts een antwoord krijgt wat hij met zijn probleem moet doen. Daar zijn wij heel actief mee bezig en dat zal één van de volgende maanden starten. Anderzijds zegt men aan de overheid: die flow van patiënten naar de spoeddienst zal men zo niet kunnen oplossen, en één van de voorstellen was een terugverwijzing van de spoeddienst naar de huisarts van wacht te honoreren. Er is inderdaad een overconsumptie van de spoeddiensten, maar dat wordt ook in de hand gewerkt door de mensen, die zich daar aanbieden, ook te behandelen. Zij worden dus telkens bevestigd in hun slechte houding als het ware. Het voorstel is: als de patiënt zich aanmeldt aan de spoeddienst en er is manifest een huisartspathologie mee gemoeid, dan wordt die terugverwezen naar de huisarts van wacht, - en dan komt men weer met financiële implicaties - met een verwijzingsvergoeding voor de spoedarts. Nu zegt hij: wij moeten de patiënt onderzoeken, maar we krijgen er niets voor. Een triagevergoeding voor de spoedarts moet haalbaar zijn, en dat zou ook mooi klinken voor de overheid.

Dr. Luc D'Hooghe: Omtrent de arts als telefooncentrale, hebben wij in Brussel een project gehad met een zeer goede outcome. Wij zijn bij de 100 gaan zitten, en hebben daar alles, wat aan een huisarts toekwam, naar de huisarts van wacht gestuurd. Het is gestopt geweest door politieke en syndicale activiteiten hier in Brussel; dat is een beetje spijtig geweest. In Brussel en ook aan de VUB wordt gezegd: dit jaar hebben wij 10.000 spoedgevallen, volgend jaar hebben we er 20.000.

Dhr. Ivan Mertens: Ik vind de idee van de patiënt terug te verwijzen tegen elke logica in: dat is nog maar eens mensen negatief opladen. Ik ben naar een ziekenhuis gekomen om behandeld te worden, niet om doorverwezen te worden. Waarom creëren jullie niet, binnen die spoeddienst, een huisarts, die die gevallen behandelt?

Dr. Frans De Vos: Ik zou hier de vraag willen stellen of we tot het besluit komen dat we achter een eigen Vlaamse gezondheidszorg staan. Ik zou toch die vraag willen stellen aan al die toehoorders hier. En als ik dan nog even mag wijzen op het concreet probleem van de Vlaamse gemeenschap in Brussel, dan verwijs ik via het onderwijs naar de 113 basisscholen, waarbij er nu een voorrangbeleid bezig is, en met één van die participanten de CLB, de vroegere PMS, heeft men een probleem.

Dr. Raymond Lenaerts: Het is evident dat op drie kwartier tijd deze problematiek bespreken onmogelijk is. We zouden een hele dag moeten bezig zijn. Maar in alle geval: een aantal punten zijn naar voor gekomen, en die zullen zeker in het verslag komen, onder andere de subsidiëring, en het probleem van de spoed.

Dr. Frans De Vos: Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag: ik vraag aan de mensen, die hier aanwezig zijn, dat ze eventueel hun hand opsteken als ze akkoord zijn met een eigen Vlaamse gezondheidszorg?

Dr. Chris Geens: Het antwoord is unaniem Ja.

Discussiegroep EXTRA MUROS SPECIALISTEN

Voorzitter: Dr. Robrecht VERMEULEN

Verslaggever: Dr. Robert DE BEULE

Dr. R. de Beule: De verslaggever stelde dat een verschil van nomenclatuur zou kunnen ontstaan tussen de specialisten extra- en intra-muros, maar ik heb de indruk dat dit reeds bestaat: een radiografie bij mij wordt op een andere manier terugbetaald dan in een ziekenhuis. Dat is dus een zaak die reeds bestaat, maar misschien kan deze discriminatie nog uitgebreid worden.

Dr. Erik Buntinx, voorzitter van de extra- murale specialisten van het VBS: Ik wens vooreerst de spreker proficiat te wensen voor zijn toespraak. Ik vond dat wij en onze beroepsvereniging daar een heel aantal dingen in terug vonden die voor ons essentiële punten zijn en waar wij dus ook voor strijden. Met name het feit dat de extra-murale specialist zijn plaats heeft en zijn plaats moet behouden binnen het medisch landschap en dat het niet opgaat om deze weg te bonjournen in de strijd tussen de geneesheren-specialisten verbonden aan ziekenhuis enerzijds, en huisartsen anderzijds. Er is ook het punt aangehaald over de noodzaak aan kwalitatieve extra-murale specialisten in de gezondheidszorg, met noodzaak aan controles. Ik denk dat wij met onze groep daar hoegenaamd geen probleem mee hebben, indien dat op een geijkte manier gebeurt, en zonder dat de extra-murale specialist daar financieel schade door lijdt. Het is nogal wies dat een extra-murale specialist het zich niet kan permitteren om een audit van een week te laten passeren in zijn centrum of in zijn praktijk en tegelijkertijd geen patiënten kan zien of weet ik veel door welke administratieve rompslomp moet gaan die hem een hoop geld kost.

Het tweede belangrijk punt bij die controles is natuurlijk dat die binnen dezelfde standaarden gebeuren als voor de ziekenhuizen. Ik had de indruk dat men een beetje de mythe lanceert of onderbouwt dat de kwaliteitscontroles in de ziekenhuizen wel gebeuren en dat die er goed is. Daar heb ik persoonlijk de grootste twijfels rond: wij als extra-murale specialisten horen daar nog relatief vaak klachten over - en ik hoor ook van de huisartsen (mijn echtgenote werkt in een huisartsen-groepspraktijk) regelmatig dergelijke geluiden. Nu, dat is geen verwijt, het is gewoon een vaststelling dat er binnen de specialistische ziekenhuiszorg heel wat problemen qua kwaliteitszorg zijn: patiëntenbejegening is vaak een groot probleem; de coördinatie tussen de verschillende diensten is vaak een zeer groot probleem. Ik ben gisteren nog geconfronteerd geworden met een patiënte, waarbij de ene arts vrijdag beslist de patiënt maandag te opereren en de andere specialist maandagmorgen zegt: ik opereer niet. Dergelijke toestanden zijn voor de patiënt natuurlijk onbegrijpelijk. Daarom zeg ik naar de ziekenhuisgeneesheren toe: kwaliteitscontrole, management, als extra-murale specialisten aanvaarden wij dat, maar dan moet de lat voor iedereen gelijk liggen. Men moet niet zeggen, omdat men in het ziekenhuis werkt, dat alles sowieso voor elkaar is. Dat is hoegenaamd niet waar. Het is niet omdat men in de ziekenhuizen een grote management structuur heeft, 'zorg-managers' ten overvloede heeft en er een x aantal collega's en mandatarissen rondlopen met dat plaatje op zich, dat er effectief op de werkvloer ook alles kwalitatief gecontroleerd wordt en in goede samenwerking verloopt. Dat zijn dingen die wij toch zeer sterk willen onderlijnen, want ik denk dat dit gegeven vanuit het beleid over het hoofd wordt gezien - en de nota Aelvoet bewijst dat natuurlijk ten overvloede. Ik ben blij dat de collega deze nota heeft aangereikt en erop gewezen heeft dat daar zelfs gesteld wordt dat de extra-murale specialist niet op de eerste lijn thuishoort en dan verder niet zegt waar hij wel thuishoort - dus hij heeft geen huis, hij mag blijkbaar geen huis hebben. Ik denk dat dit ontstaat uit de nog altijd zeer sterk bestaande mythe dat die extra-murale specialist zo'n miezerige figuur is, die ergens in zijn achterkeuken of in een achtergebouwtje van zijn eigen woning, een cabinetje heeft en dat de goedgelovige patiënt die daar naar toegaat hoegenaamd geen kwaliteitszorg kan ontvangen. Ik meen dat dit beeld dat vaak geschetst wordt, ook in de media hoegenaamd onjuist is, en dat wij in werkelijkheid staan voor uitstekende kwaliteit.

Dr. Robrecht Vermeulen: Ik dank u voor uw tussenkomst die iets langer was, maar ik heb u langer laten spreken want ik weet dat gij een belangrijke organisatie vertegenwoordigt. Er is wel een punt waarop ik moet wijzen: kwaliteitscontrole aanvaarden als die niet ten koste valt van de specialisten, volledig akkoord, maar kwaliteitscontrole aanvaarden, betekent dat er ook mogelijkheid is om door de mand te vallen, om gebuisd te worden en dat is geen prettig vooruitzicht voor ons. Maar ik denk dat dat ook in andere takken van de samenleving meer en meer zal komen: men moet dat durven voor ogen zien. Ik zou nu graag ook niet-geneesheren aan het woord horen. Zijn er niet-artsen aanwezig?

Mijn naam is **De Turck**, ik ben ere-griffier van het arbeidshof, maar ik heb een zoon die specialist is en in een kliniek werkt als anesthesist. Ik ben ook toevallig als patiënt in handen geweest van zowel een kliniek als van een specialist extra murs. Ik weet dus ongeveer wat het betekent, het verschil van wachttijd als men op visite gaat in een kliniek of althans een universitaire kliniek en bij een extra murs specialist, waar men veel vlotter afspraken bekomt. Ik kan ook zeggen waar men meer de geneesheer heeft, waarin men vertrouwen heeft. Ik mag niet zeggen dat het bij de geneesheren in universitaire klinieken minder goed gaat, integendeel: die mensen zijn zeer bekwaam, maar voor veel mensen stelt zich het probleem van het vertrouwen en ook het probleem van de afstanden. Men gaat bij een specialist, die eventueel dichter bij huis is. Ik woon in Brussel en ik ben uit Vlaanderen afkomstig maar over de verdeling in Vlaanderen kan ik weinig zeggen. Ik heb familieleden die 40 kilometer ver moeten gaan om, voor bepaalde specialisaties, opgenomen te worden in universitaire klinieken van Gent. Ik weet niet of het nuttig is, dat u zoiets ook hoort van een patiënt.

Dr. Robrecht Vermeulen: Dat is zeker nuttig. Dank u voor uw bijdrage.

Ik ben **Jan Remans**, reumatoloog extra murs in Genk in een associatie van 4 reumatologen, waar ook nog vier andere

specialisten mee samenwerken. Ik ben tevens senator voor de V.L.D. Ik denk dat we de extra muros moeten verdedigen en dat doe ik omdat ik ervan overtuigd ben dat de mensen zelf daar naar vragen. We kunnen dat niet tegen de hele lobby van ziekenhuizen en tegen de lobby van de huisartsenverenigingen. Ik wil ze beiden met hun naam noemen. Die hebben beide rechten en dat is goed. Maar als wij reden van bestaan hebben, is het punt één: de patiënten vragen het en punt twee: we moeten dat bewijzen met cijfers. En ik heb dat hier opgeschreven: er zijn tientallen organisaties die cijfers bijhouden: RIZIV, mutualiteiten, APB, de gemeenschappen. Al deze instanties houden cijfers bij en deze worden niet gecoördineerd. Laat ons vragen de cijfers van de prestaties over heel België gecoördineerd te laten opschrijven.

Honderden rapporten worden gemaakt en niemand kan de volledige cijfers geven. Ik heb vorige week nog geprobeerd de cijfers te krijgen betreffende ziekteverzuim. Na een week kon niemand die geven. Hetzelfde geldt voor medicatie:

iedereen heeft een beetje cijfers, maar die zouden moeten gecoördineerd worden en één centrale verwerking krijgen.

Voor de administratie – ik kan dat zeggen als senator - is dat niet haalbaar, want dat vraagt jaren werk en overleg. Als dat zou uitbesteed worden aan een privé-onderneming zouden we tenminste cijfers over prestaties hebben. Ziehier waarom precies ik die cijfers vraag: omdat we de kosten niet langer mogen verdelen in verticale schotten, bvb. medische beeldvorming. Nee, we moeten dat doen in horizontale pathologie groepen: dan kan vooraf een budget gemaakt wordt voor alles wat uitgegeven wordt aan hartziekten of longziekten of locomotorische stelsel.

We weten allemaal dat er zo'n 11-tal grote pathologiegroepen bestaan. Als we die cijfers hebben, dan zullen we zien hoe efficiënt wij extra muros werken om in de groep cardiologie, of in de groep longziekten, of in de groep locomotorische aandoeningen, ons bestaan te verrechtvaardigen.

Ten derde, we hebben cijfers nodig als er een nieuwe techniek bijkomt. Alvorens een nieuwe techniek aanvaard wordt moet er een "health assessment" gebeuren – en dat bestaat reeds in bijna ieder West-Europees land, tot in Polen toe. Dit betekent een nieuwe techniek moet bewijzen hoeveel hij globaal bijbrengt, niet alleen wat betreft vooruitgang op geneeskundig vlak, maar ook of hij minder werkonbekwaamheid, minder medicatie in dezelfde groep meebrengt, etc. En dan denk ik dat niet om het even welke nieuwe techniek, vooropgesteld in om het even welk groot ziekenhuis zal aanvaard worden. Indien een nieuwe techniek zijn vooruitgang moet bewijzen ten eerste door algemene cijfers voor alle prestaties, ten tweede door de cijfers per pathologiegroep en ten derde door cijfers in een "health assessment" dan ben ik overtuigd dat we sterker dan ooit zullen naar voor komen. Anders zullen wij altijd het zwakke broertje zijn. Dat was mijn voorstel.

Ik heb ook een vraag: de inleidende spreker Chris Geens was nogal heel sterk waarschuwend naar de gewesten toe. Het kan niet dat de geneeskunde wordt georganiseerd naar gewesten in plaats van tot nu toe naar de gemeenschappen. Ik heb daar de vraag over, we hebben eigenlijk twee gemeenschappen, drie gewesten. Iedereen kent grosso modo de rapporten "Jadot". De conceptie van de geneeskundige praktijk verschilt veel meer tussen Brussel en Wallonië dan tussen Wallonië en Vlaanderen. Is het dan zo een drama als er wel wordt gewerkt per gewest. Brussel is een multicultureel gewest dat verschillend is van Vlaanderen. Mijn vraag is dan: welk is de reden waarom zo sterk wordt gewerkt naar gemeenschappen en dat er gezegd wordt: voor gezondheidsorganisatie kunt ge niet met de gewesten werken. Ik denk dat de voorzitter van deze vergadering daar best zelf antwoord kan op geven, omdat ik weet in welk gewest hij werkzaam is.

Dr. Robrecht Vermeulen: Ik woon in Brussel en dat geeft mij misschien het recht om daarop te antwoorden. De reden waarom dat wij naar de gemeenschappen toe willen werken, is dat de Brusselse Vlamingen, indien ze afgezonderd worden van de rest van Vlaanderen, een veel te zwakke groep worden en dat zij hier gewoon zullen moeten verdwijnen of vreemdelingen worden hier in Brussel. En zoals Chris Geens gezegd heeft, indien het Lambermont-akkoord zou goedgekeurd worden, wordt er een grote stap gezet naar de drieledige gewestvorming en naar het afsnijden van de Brusselse Vlamingen van de rest van Vlaanderen. Dat wordt wel tijdelijk gecompenseerd met de belofte van enkele voordelen, maar die toch niet zullen kunnen waargemaakt worden door de kleine minderheid van Brusselse Vlamingen indien ze los gemaakt worden van de grotere Vlaamse gemeenschap. Daarom vind ik het zeer belangrijk dat de Vlaamse gemeenschap in Brussel integraal blijft deel uitmaken van Vlaanderen. Wat de geneeskunde betreft, menen wij dat dit een persoonsgebonden materie is en dat ook op dat gebied de Vlaamse gemeenschap in Brussel bij Vlaanderen moet horen. Ik denk dat het voor Vlaanderen belangrijk is dat er een voldoende grote Vlaamse gemeenschap in Brussel zou blijven bestaan omdat Brussel onze hoofdstad is, omdat Brussel ons venster op de wereld is en omdat Brussel de belangrijkste economische groeipool is. Zoals Chris Geens zeer duidelijk gezegd heeft, wordt met het Lambermont-akkoord een stap gezet naar de drieledige gewestvorming en zal het zeer moeilijk worden om de geneeskunde en volksgezondheid naar de gemeenschappen toe te splitsen. Hoe dit verder zal evolueren, weet ik niet. Mag ik vragen wat de vergadering daar over denkt ?

Dr. Robert de Beule: Ik wil daar iets meer over zeggen. Als wij hier trachten een gemeenschapsvisie voor Vlaanderen op poten te zetten over wat de geneeskunde in de toekomst zou moeten zijn bij ons, dan is het wel een beetje onmogelijk, dat die kleine groep Vlamingen die in Brussel overblijft nog een eigen afzonderlijke visie zou hebben. Natuurlijk is Brussel een grootstad, multicultureel en met een zeer groot overwicht aan Franstalige ziekenhuizen. Er is in feite maar één Nederlandstalig ziekenhuis en misschien een of twee die min of meer tweetalig zijn, maar de rest is allemaal volledig Franstalig. Dus, wij kunnen als Vlamingen - ik ben Antwerpenaar - daar geen eigen visie en geen eigen structuur gaan opbouwen.

Het zal al niet eenvoudig zijn voor Vlaanderen om te verkrijgen dat, bij de federalisering van de sociale zekerheid, het stukje Vlaamse gemeenschap in Brussel bij Vlaanderen hoort en eenzelfde visie heeft en dat ook het woord van de Vlaamse minister van Volksgezondheid daar kan meetellen.

Dr. Robrecht Vermeulen: Zijn er misschien nog anderen die daarover een opinie hebben ? Of over iets anders ?

Dr. Omar Bartier, neuropsychiater in Mechelen: ik denk dat er natuurlijk voor uw stelling en ook voor die van collega Remans, wat te zeggen is, en ja van Vlaams, laat ons zeggen van zeer Vlaamsgezind standpunt, is er natuurlijk misschien wat meer voor de stelling van de voorzitter te zeggen. Ik denk dat men niet kan zeggen: u hebt 100% of 0% gelijk of omgekeerd.

Dr. Jan Remans: Ik heb de vraag gesteld en inderdaad, ik heb geen stelling genomen. Ik ben hier omdat ik deel uitmaak van de Vlaamse gemeenschap en ik had daarbij de vraag of het wel mogelijk is in Brussel, de Europese hoofdstad, multicultureel, de gezondheidszorgen ook uit te bouwen in functie van de gemeenschappen omdat daar ook Vlaamse dokters zijn. Dat is de vraag: is dat mogelijk? Dus, ik heb geen stelling geponeerd en ik kan het misschien niet anders dan onder de vorm van gewesten, gezien het feit van de cijfers. En ik ben een man die naar cijfers vraagt, om ons te verdedigen. En gelijk we de Vlamingen verdedigen in Brussel, verdedigen we ook de extra muros specialisten in het gezondheidsprofiel en dat kan alleen op basis van cijfers gebeuren. Iedereen heeft zijn gevoeligheden, maar daar hebben we geen duidelijke argumenten mee.

Dr. Robrecht Vermeulen: U had inderdaad geen stelling genomen; het alternatief is de driedelige splitsing: dan is er een eigen Brusselse gezondheidszorg, waarin Vlaanderen in feite niets zou te zeggen hebben en de Brusselse Vlamingen individuen zullen zijn, die hier naast vele anderen, een kleine minderheid zijn zonder eigen visie. Dat is de andere optie die ik niet graag zou zien genomen worden, maar die mogelijkheid bestaat.

Dr. Robert de Beule: U spreekt hier van het rapport "Jadot": u houdt zich met cijfers bezig. Persoonlijk heb ik zeker 15 jaar of langer naar cijfers gevraagd aan het ministerie over de verdeling van de budgetten in de regio's. Wij hebben die nooit gekregen tot die van "Jadot" en dat is over 1997. Die cijfers zijn dan nog vervalst, dat weet u zo goed als iedereen die er zich mee bezig houdt. Ze komen veel te laat, er worden cijfers achtergehouden enz., maar tevoren hebben we op geen enkel gebied cijfers kunnen krijgen. Wij zijn in onze ministeries nog altijd praktisch nergens. Ook Dokter Dercq - mijn goede vriend - tracht met zijn glimlach de zaken onder tafel te houden en we krijgen ook van hem geen cijfers.

Dr. Jan Remans: Ik ben begonnen met naar cijfers te vragen om zowel de Vlamingen in Brussel te verdedigen als de extra muros. En ik heb gezegd: ze zijn er niet, iedere organisatie houdt ze een beetje bij, maar er is geen coördinatie. Wat betreft het rapport 'Jadot', het laatste gaat inderdaad over '97. Ik heb daar interventies over gedaan o.a. in de senaatscommissie van sociale aangelegenheden. Daar staat bvb. in: Brussel verbruikt 115 fr. per inwoner, als Wallonie 105 fr. en Vlaanderen 96 fr. verbruikt. En Limburg zit dan maar aan 78 fr. Maar wat we moeten vragen zijn horizontale cijfers en dit zowel naar de extra muros, naar de Vlamingen toe en naar iedere specialiteit toe. En als er een nieuwe techniek komt, moeten we vragen naar het bewijs dat er nieuwe mogelijkheden in zitten. Laat ons aandringen op die cijfers, eerder dan op gevoelsargumenten. We moeten het halen door cijfers, en die cijfers zijn er echt niet, tenzij grosso-modo cijfers, die inderdaad verwerkt zijn. Ik noem dat liever "verwerkt" dan vervalst (hilariteit). Dus ik dring aan, dat is mijn argument: laat ons vragen naar die cijfers bij een privé-firma die daarvoor een contract maakt met de overheid. Slechts zo zullen we bekomen dat we die cijfers binnen het jaar hebben en dat ze niet verwerkt zijn.

Dr. Robrecht Vermeulen: Wel, dat wordt zeker genoteerd voor de besluiten. Maar er blijft wel een probleem, namelijk dat die cijfers en statistieken worden achtergehouden omdat zij te grote verschillen tussen de verschillende gemeenschappen zouden aantonen. Het resultaat is dat er geen goed beleid kan gevoerd worden omdat degenen die het beleid moeten maken, ook de cijfers niet krijgen. Er is één deel van de volksgezondheid waar dat nu wel verbeterd is, dat is de preventieve gezondheidszorg. Dat is een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap en de Vlaamse overheid heeft nu wel goede cijfers en kan een beleid uitstippelen. Op Belgisch niveau, wordt er van alles verdoezeld en komt er uiteindelijk een beleid dat voor geen van beide landsgedeelten goed is. Dat is de fundamentele reden waarom wij streven naar een splitsing van de volksgezondheid naar de gemeenschappen toe.

Dr. Eric Rosseel internist uit Sint-Genesius-Rode: Brussel is natuurlijk een buffergebied en ik zou dan ook willen statistieken hebben over het aantal Vlamingen dat in het Erasmusziekenhuis (Franstalig universitair ziekenhuis van de Universit  Libre de Bruxelles) opgenomen wordt, ook vanuit het Pajottenland, en het aantal Vlamingen dat opgenomen wordt in St. Lucas (Franstalig universitair ziekenhuis van de Universit  Catholique de Louvain), en ook het aantal Franconen dat opgenomen wordt in het academisch ziekenhuis van de VUB in Jette. Het is dus niet zo eenvoudig, als men over transfers spreekt. Dit geldt ook voor de verschillende laboratoria. In Brussel is het een buffer en een moeilijke zaak, maar er zitten veel meer Nederlandstaligen in Franstalige hospitalen dan omgekeerd. En hoe gaan we die cijfers vastkrijgen van de Vlaamse gemeenschap?

Dr. Robrecht Vermeulen: de cijfers bestaan over de herkomst van de patiënten, maar ze zijn niet gesplitst per taal. Met een beetje cijferwerk kan men er wel de taalgroep uit afleiden.

Dr. Paul Van Durme, allergoloog, vertegenwoordiger van de Belgische vereniging van vrij gevestigde specialisten, lid van het V.B.S.: van het tekort aan cijfermateriaal zijn we reeds zeer lang bewust en in de schoot van het VBS zijn er recent enkele vergaderingen aan gewijd. Daar heeft Dr. Lemy ervoor gepleit dat de artsverenigingen zelf hun cijfermateriaal zouden verwerven en dat ze dat cijfermateriaal zouden verwerven met privékapitaal. Hoe dat zou gefinancierd worden, valt nog te bekijken. Eventueel farmaceutische sponsoring, maar dat brengt de onafhankelijkheid wat in het gedrang, of door de overheid.

Een ander punt dat ik wou ter sprake brengen, is dat de beleidsnota van minister Aelvoet, maar ook deze van de voorgaande minister mevrouw Demeester, op een totaal vooringenomen wijze het bestaan van de vrij gevestigde geneeskunde ontkent. Minister Aelvoet kent wel de homeopaten, heb ik gehoord, maar dermatologen, NKO's, oftalmo's, gyneco's, pediaters, allergologen zoals ikzelf, worden totaal als onbestaande betiteld. Dat is een ongelooflijke vooringenomenheid van de overheid, dat is dogmatisme dat ik overigens al een twaalfal jaar geleden in studie bureau's van CVP en ACV heb gehoord.

Een derde punt dat ik wou aanraken is de differentiële nomenclatuur en terugbetaling. Dr. de Beule heeft er daarnet naar verwezen. Wat ik gezien heb in nomenclatuuraanpassingen voor de privésector: dat is altijd extreem naar beneden geweest. Met de bedoeling niet de zaak te saneren, maar die zaak kapot te maken. Ik heb dat meegemaakt, en u hebt dat ook meegemaakt, collega Remans, in de klinische biologie. Daar zijn we netjes uitgebond nadat ze ons jaren gedoogd hebben. In de radiologie is dat net hetzelfde: men maakt daar de zaak onmogelijk. Men heeft al situaties gehad, waar privé-artsen werkten met apparatuur van de tweede wereldoorlog, het is niet dat, wat we moeten hebben. Maar wanneer ge de nomenclatuur van de privé-gevestigden van die aard maakt, dat ze niet valabel kunnen investeren, en kwalitatief niet goed uit de hoek kunnen komen, dan zijn we er niet. Trouwens, de koopkracht van de ganse artsenpopulatie gaat extreem naar beneden. In vergelijking met tien jaar geleden, staan wij nu op 60% van de koopkracht. Andere vrije beroepen staan op 160 %. Wanneer de gezondheidszorg onbetaalbaar blijft, is het zeker niet door het hoge inkomen van de artsen. Hetzelfde geldt trouwens voor de huisartsen. Dr. Putzeys, die hier als huisarts aanwezig is, maakt daar regelmatig becijferingen over.

En dan is er een ander punt dat, als er in Vlaanderen dan toch zou gesplitst worden, ter sprake moet gebracht worden. In de beroepsverenigingen ben ik enorm geërgerd door het feit dat er vele dossiers hangende zijn. Prof. Dr. Gruwez, actueel voorzitter van het VBS, heeft niet minder dan 29 dossiers, die worden opgevolgd. Die zaken opvolgen is een eufemisme. Die worden ons gewoon door goede winden gebracht en misschien bent U een van deze goede winden, collega Reemans. Die goede winden komen helaas verschrikkelijk te laat zodat je eigenlijk geen tijd meer hebt om de zaken ten gronde te bekijken. Er moet in overleg gehandeld worden met de betrokkenen op het terrein en dat gebeurt momenteel helemaal niet. Men krijgt papieren onder ogen over bvb. oncologie, waarbij men in een ijtempo moet proberen zaken terug te schroeven, hetgeen dan blijkbaar gelukkig gebeurd is. Een bijkomend punt is ook dat we op amateuristische wijze ons beroep moeten verdedigen, niet alleen onze portemonnee, maar ook ons beroep en de volksgezondheid en dat gaat eigenlijk niet. Wij hebben daar geen tijd voor. Ik moet ook hard werken zoals de meeste artsen hier om rond te komen terwijl onze koopkracht daalt, nietwaar. Er is een vraag van de syndicaten om gesyndiceerd te zijn; er is de vraag van de wetenschappelijke verenigingen enz. Als ik kijk naar de bijdragen die ik moet betalen voor het beroep, dat is een hele bom geld, terwijl ik daar zelf dan nog zeer veel energie en tijd in steek. Ik denk dat er een financiering moet komen van de beroepsverenigingen, of men dat nu syndicaten noemt, representatief of niet representatief, dat staat nog ter discussie en ik denk dat het een goede oplossing zou zijn, dat die financiering zou komen uit één promille van de prestaties. Dan komt men aan een budget van ongeveer 176 miljoen. Ik denk dat het op die manier doenbaar is om op behoorlijke wijze ons beroep en onze patiënten te verdedigen. Een principe dat trouwens door de overheid in ruime mate geaccepteerd wordt, want waar zouden we staan in onze democratie, indien we ook niet de syndicaten zouden hebben? Sociaal overleg is één van de voedingsbodems van een goede democratie.

Dr. Robrecht Vermeulen: Dank u voor uw tussenkomst, waar u inderdaad de knelpunten zeer juist beschreven heb.

Dr. Jan Remans: Ik ben blij dat men toch ook naar de cijfers toe wil gaan. Professionele verdediging op basis van een promille van de prestaties, zou ik zeker niet toelaten, want dan zijn wij zo'n klein groepje t.o.v. de grote ziekenhuis-lobby. Ik ben er voor dat de regering aan een private onderneming de opdracht zou geven de cijfers bij te houden. Wij zouden daar onze inbreng kunnen doen en toezien hoe de cijfers verwerkt worden. Indien de kosten per pathologiegroep berekend worden en indien de waarde van een nieuwe techniek onderzocht wordt door middel van "health assessment", moeten de extra muros specialisten niet beschouwd worden als concurrent van de artsen in het ziekenhuis of van de huisarts. Indien we ons laten verdedigen op basis van een promille van onze prestaties, komen we er veel meer uit als de kleinste groep. Indien de beroepsverdediging gebeurt op basis van verticale groepen, is het alleen maar lobby-werk dat telt: wie de grootste omzet heeft, wie de meeste prestaties levert, heeft het meest te zeggen.

Dr. Erik Buntinx: Ik zou toch graag een beetje fundamenteel willen reageren op collega Remans. U maakt, als senator deel uit van de meerderheid van dit land. Wij worden momenteel, sinds het aantreden van deze paars-groene regering, geconfronteerd met een bepaald gezondheidsbeleid. De rapporten van mevrouw Aelvoet volgen elkaar alsmaar sneller op en ze worden alsmaar meer ideologisch. Ik bedoel, als jij vraagt naar cijfers, wij zijn er honderd procent voor, maar eerst moeten we het eens zijn over wat soort cijfers en dat is, geloof ik, het thema van deze dag: wat soort geneeskunde willen wij in Vlaanderen of in Brussel of in België. Tout court: wat willen wij als geneesheren naar de patiënten toe als geneeskunde verdedigd zien? Wel, als wij geconfronteerd worden met mensen die pure demagogische ideologische stellingen innemen en ik stel dan vast dat er in de schoot van de regering alleszins niet verwerpend op gereageerd wordt, ja dan hebben wij onze grootste vragen, dan zijn wij zeer ongerust, zeer onzeker en dan gaan we daar ook in oppositie tegen.

Dr. Robrecht Vermeulen: Geeft u maar een antwoord, maar heel kort.

Dr. Jan Remans: Ik ben van de VLD en de VLD zit mede in de regering. Ik denk dat het zonder de VLD allemaal veel erger zou zijn. Ten tweede, u weet heel goed langs welke wegen, goede winden of hete winden de dingen nog kunnen tegen gehouden worden. En dat is nog maar een geluk, anders was het echt waar heel veel erger. Ten derde, wij kunnen op gevoeligheden, geen redenering aangaan. We kunnen die alleen aangaan op basis van cijfermateriaal. En als straks gezegd is: de vorige regeringen hebben de cijfers nooit willen geven, dan is het evenzeer een werk van de ziekenfondsen,

zelfs van medische specialiteiten of van aparte groepen of ziekenhuizen. We kunnen bewijzen dat wij als extra muros specialist veel waard zijn, door de cijfers te doen opsplitsen, naar specialisten in en buiten het ziekenhuis, naar prestaties voor het verzorgen van dezelfde diabetische patiënt of dezelfde longpatiënt, waarbij de nieuwe technieken hun waarde moeten bewijzen. Wij kunnen die studies niet betalen, die cijfers zijn er, en die worden nu verwerkt, overal een beetje. Laat ons vragen dat de regering een private firma aanstelt. Ik zit hier niet enkel als Vlaming maar ook als extra muros specialist, en niet dermate als senator, maar toch wel om aantijgingen tegenwind te geven.

Dr. Robrecht Vermeulen: Ik denk dat het antwoord duidelijk genoeg is. Het is al aangehaald dat in de vorige regeringen ook al gelijkaardige tendensen aanwezig waren. Objectieve cijfers zijn absoluut nodig maar het gevaar bestaat dat ze op een tendentieuze manier zouden verkregen worden. Gedifferentierende nomenclatuur, akkoord, behalve als ze in een ideologische vorm gemaakt wordt om ons uit te sluiten. Het is gemakkelijk de nomenclatuur terug te schroeven en dan te zeggen dat de extra muros specialisten geen kwaliteit kunnen leveren. Om dat te vermijden moeten we objectieve cijfers hebben.

Dr. Erik Buntinx: Objectieve cijfers kunnen pas waar gemaakt worden als dat gebeurt door een externe audit of door een firma, die daar ervaring mee heeft. Die bestaan, dat gebeurt in andere landen ook. Ge moet daar toch voorzichtig mee zijn. Ik zal nu mijn specialiteit vernoemen: de psychiatrie. Ik ben een volledig extra muros werkende psychiater. Er is voortdurend discussie over de kwaliteitszorg van de zuiver privé werkende psychiater, die vaak door het maatschappelijk spel aanzien wordt als ongeletterd, terwijl wij barsten van de patiënten. Binnen de sector, neem maar het centrum geestelijke gezondheidszorg, worden wij steeds geklasseerd als kwalitatief niet volwaardig. Wat is dan het argument: jullie presteren steeds aan volle bak, en kassa, kassa. Wel, stel dat ik een rapport krijg dat stelt: je ziet zoveel patiënten per week en men daaruit afleidt dat ik niet kwaliteitsvol werk. Waarom? Omdat ze zeggen: zoveel mensen op een week zien, dat kan niet kwaliteitsvol zijn. Dat is puur tendentius. Dat heeft te maken met appreciatie. De vraag is: als je wat doet met cijfers, dan moet je ook zeer bekwame mensen hebben, die dat inhoudelijk kunnen beoordelen en dat is niet zo evident. Als een of ander McKinsey-bureau gevraagd wordt om de cijfers te interpreteren, dan kan dat ook tendentius gebeuren. Het centrum van geestelijke gezondheidszorg beweert dat zij de kwaliteitsvolste zijn, want ze zien maar weinig mensen per week en hebben de tijd om het dossier te bestuderen. Wij zijn voor kwaliteitscontrole, maar dan wel op een zeer degene inhoudelijke manier, waar we absolute controle over hebben.

Prof. Dr. Gaston Verdonk: Wel, ik ga akkoord met een aantal tussenkomers dat we goede cijfers kunnen gebruiken, ofschoon dat we iedere dag cijfers in onze bus krijgen. Akkoord, om assertief te zijn en te overtuigen dat de extramurale geneeskunde goed beheerd wordt. Maar er is iets veel belangrijker waar wij als extramurale specialisten moeten aan togen en dat is de vrije keuze. Die moet bestaan van patiënt tot arts. Die wordt door minister Aelvoet in de huidige context totaal genegeerd. Of alleszins geminimaliseerd. Door haar systeem maakt zij die vrije keuze totaal onmogelijk. Ik vind dus dat we de extramurale geneeskunde moeten in stand te houden om twee redenen: ten eerste, om de vrije keuze te garanderen van die talrijke patiënten, die zo tevreden zijn van deze extramurale specialisten en ten tweede, men kan niet loochenen: de kostprijs voor een bepaalde pathologie, die een patiënt tot een specialist voert, komt toch goedkoper uit dan wat door een intramurale specialist gevraagd wordt. Akkoord dat we cijfers nodig hebben om dat te bewijzen, maar iedereen van ons weet dat toch. Dit wil ik onderstrepen: twee zware argumenten: de vrije keuze, die zo dierbaar is voor onze patiënten, en de kostprijs.

Dr. Paul Van Durme: Ik wil nog even inhaken op wat Prof. Dr. Verdonk zegt: er zullen altijd patiënten zijn, die naar een individuele arts of specialist gaan en die dat ook kunnen betalen. Wanneer men ons als vrij gevestigde specialisten de zon niet meer in de ogen gunt, dan zullen we er nog altijd zijn. En dat is precies hetgeen een tweesnelheidsgeneeskunde is: er zullen er altijd komen, en het kan hun niet schelen wat het kost. Het gaat sneller in de privé en misschien gaat het ook kwalitatief beter. Ik denk dat dit belangrijk is en dat degenen die het anders plannen daar een fout maken.

Dr. Robert de Beule: Ik wil nog iets zeggen over die statistieken., meer bepaald de laatste statistieken die Dr. J.-P. Dercq naar alle verenigingen en naar de commissies gestuurd heeft, namelijk het aantal specialisten, die nog mogen opgeleid worden. Hij heeft zijn cijfers gehaald bij de administratie en voor wat mijn erkenningcommissie betreft, de pneumologie, zouden er dan maar twee of drie in Vlaanderen mogen opgeleid worden. Waar haalt hij die cijfers? Omdat er in die jaren, tien jaar terug, maar zoveel opgeleid zijn? Wat betekent dat? Dat hij niet genoeg nagedacht heeft, want anders moest hij het weten: de hier aanwezige specialisten weten dat vroeger iedereen eerst internist werd en daarna reumatoloog of gastroenteroloog of pneumoloog, of cardioloog, enzovoorts. En daarna zijn deze specialisten overgekomen tot die specialiteit, die zij nu uitoefenen. Misschien zijn er zo in de laatste jaren 60 als pneumoloog erkend, en deze cijfers kent Dr. Dercq niet. Natuurlijk zijn alle universitaire centra in opstand gekomen. Dr. Dercq had het moeten weten. Maar hij heeft eenvoudig niet nagedacht.

Dr. Jan Remans: Ik heb niet gezegd dat ge met cijfers alles kunt oplossen, maar wel dat cijfers objectieve argumenten kunnen aanbrengen. De zaal zegt dat die cijfers niet objectief zijn, maar die kunnen wel door gespecialiseerde privé-firma's geobjectiveerd worden. Die werken gewoon op contract, dat zelfs jaarlijks opzegbaar is, en dan hebben we tenminste de kans om de cijfers bij mekaar te krijgen, om ze te beoordelen, en dan kunnen wij als Vlamingen in Brussel en in België zeggen: de Vlamingen in het Brussels gewest zijn anders dan in een ander gewest. Even zo voor de extra muros specialisten: ik ben er van overtuigd dat het horizontaal maken van de pathologiegroepen ons de argumenten zal geven om de kwaliteit van ons werk te objectiveren. Die nieuwe technieken moeten ons een sterke stimulans geven om anderen dan ministers Aelvoet en Vogels de kans te geven een deel van hun besluiten door te duwen.

Dr. Robert de Beule: Ik heb iets communautair niet verteld en dat zal bij anderen dan pneumologen ook zo zijn: er zat een communautaire angel achter: in Wallonië zijn ze allemaal altijd pneumoloog geworden, en dat betekent dat ge er in Wallonië 10 per jaar mocht opleiden, en in Vlaanderen 2.

Dr. Robrecht Vermeulen: Het is al gezegd geweest dat wij kwaliteitscontrole aanvaardden. Door wie moet dat gebeuren? Moeten we rekenen op de beroepseer van de artsen? Door de mutualiteiten? Door "peer review"? Of moeten we, zoals in de Verenigde Staten, gewoon wachten tot de advocaten er zich mee moeien?

Dr. Paul Van Durme: Ik heb er een eenvoudig antwoord op: als we het zelf niet doen, gaan de anderen het voor ons doen. Wij hebben met de peer-review als zodanig geen probleem, daarvoor moet de nodige consensus vanuit de overheid bestaan. Wij hebben sinds jaren een van de beste vormen van geneeskunde ter wereld, onder andere door het bestaan van de extramurale specialistische geneeskunde, die in vele landen gewoon onbestaande is. Wat ik nu niet begrijp is, dat wij ons nu moeten verdedigen tegen mensen die zeggen dat dit eigenlijk geen bestaansredenen heeft. Dat is hetzelfde alsof wij zouden moeten bewijzen dat de zon bestaat. Vanuit het beleid moet men hoe dan ook duidelijker gaan stellen: de gedachten en meningen moeten beantwoorden aan een realistische opinie. Wij worden in het defensief gedrukt daar waar we eigenlijk niet in het defensief staan. Integendeel, we moeten ons eerst afvragen, of onze defensieve houding wel binnen de realiteit past. Met demagogie moeten we zeer voorzichtig zijn. We moeten ons daar scherp tegen afschermen. We moeten ons daartegen niet verdedigen, maar afwijzen.

Dr. Robrecht Vermeulen: Dat is de reden waarom het VGV gedacht heeft deze vergaderingen te moeten houden. Om eens zelf te zeggen welke geneeskunde wij willen. Ik hoop dat onze stem gehoord zal worden.

Dr. Robert de Beule: Er waren twee problemen in dit forum: enerzijds de verhouding huisarts en extramurale specialist, en anderzijds de verhouding extramurale specialist tot ziekenhuisarts. Wat het eerste probleem betreft: door het huidige systeem krijgt de huisdokter een zeer bevoogdende invloed over de patiënt, die zich bij hem laat inschrijven. Hij stuurt de patiënt naar de specialist van zijn keuze. Daar is iets voor te zeggen en tegen te zeggen ook. En de verhouding extramurale specialist - intramurale specialist: deontologisch mogen wij geen reclame maken. Maar instellingen mogen wel reclame maken. Ziekenhuizen en poliklinieken mogen zeggen: wij hebben die dienst en zijn zo uitgerust. De extramurale specialist mag dat niet.

Dr. Robrecht Vermeulen: De problemen die u aanhaalt bestaan inderdaad. Ik kan U wel zeggen dat volgens de code van medische plichtenleer ziekenhuizen dat ook niet mogen doen en dat al die dokters zouden kunnen ter verantwoording geroepen worden. Maar dat gebeurt zelden.

Dr. Jan Remans: Er worden nu zorgenprogramma's voor chronische pijn gemaakt. Alleen een huisarts zou volgens het programma van Vandenbroucke een patiënt mogen sturen naar dergelijke pijnkliniek. Ik als reumatoloog heb daar geen recht toe. Een oncoloog zou dat ook niet kunnen. Zoals het nu op tafel ligt, kan alleen de huisarts dat. Ik heb mij daartegen verzet face to face, bij Frank Vandenbroucke. Ik heb dat gedaan op officiële vergaderingen, op het kabinet, maar dat is een voorbeeld van hoe het op dit ogenblik loopt. Daar moeten we heel voorzichtig mee zijn.

Dr. Robrecht Vermeulen: De oplossing ligt alleen in de samenwerking tussen huisartsen en de specialisten extra- en intramuros. Dat is ook de reden waarom we deze vergadering opgezet hebben om mekaars opinie te kunnen horen.

Prof. Dr. Gaston Verdonk: We hebben hier een totale contradictie tussen wat aanvoelt als patiëntenrechten en vrije patiëntenkeuze enerzijds en het beleid anderzijds. Wat we zojuist horen, moet ons aansporen om de minister te verwittigen voor deze contradictie. Willen we geen vrije keuze meer? Willen we werkelijk naar het systeem van het U.K., waar een reeks wachtlijsten bestaan, waar de 70-jarigen uitgeschakeld worden van dialyse en revalidatie? Willen we dat systeem voor onze ouderen of willen we, zoals wij het tot hiertoe deden, deze zorg optimaal verzekeren aan alle mensen? That is the question!

Nog iets over de financiering van het systeem. Nu zit alles in enveloppes: dat, samen met de plethora, brengt met zich mee dat onze koopkracht als artsen daalt. Maar het is een enveloppe waar alle medische en farmaceutische prestaties in zitten. En doordat de farmaceutische industrie almaar expandeert met nieuwe medicijnen, is er geen ruimte om in dezelfde enveloppe enige ruimte te geven aan het artsenkorps en ook niet aan de vrij gevestigde specialisten. Dat is een belangrijk punt qua financiering.

Dr. Robrecht Vermeulen: dank U allemaal voor de medewerking. Wij zullen in de plenaire zitting verslag uitbrengen.

Discussiegroep ZIEKENHUIZEN*Voorzitter: Prof. Dr. Robrecht VAN HEE
Verslaggever: Dr. Jan VAN MEIRHAEGHE*

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Laat ons in deze discussie toekomstgerichte perspectieven bespreken, uitgaande van de 3 actuele themata, aangebracht tijdens de inleiding:

- progressieve scheiding tussen een tweede en derde lijns specialistische gezondheidszorg.
- hoe moet het verder met onze medische en vooral specialistische opleiding?
- welke evolutie in ons ziekenhuiswezen en met name financiering van de ziekenhuisartsen?

Prof. Dr. Jacques Gruwez: Ik spreek hier namens het VBS: wij zijn natuurlijk tegen echelonnering. Wij begrijpen niet hoe zo'n systeem ons nog moet opgedrongen worden. Is dat uit economische overwegingen, of is dat om de status van de huisartsen op te krikken? Ik bedoel dan zowel de morele als de financiële status? Of is het misschien om bepaalde ideologische systemen in te voeren? Of is het misschien ten gunste van de patiënt? Ten gunste van de patiënt begrijp ik nog veel minder. Ik heb een lange ervaring achter de rug. Men durft het eigenlijk niet te zeggen: men is te collegiaal. Ik respecteer dat in zekere zin, maar we hebben toch al te vaak gezien dat een patiënt, die gedurende 6 maanden of een jaar uit het kabinet van de specialist bleef, er zeker niet beter op werd. Die echelonnering begrijp ik dus niet. Moeten we misschien kijken naar onze buurlanden, Engeland en Nederland? Onlangs verscheen er een studie van de Erasmusuniversiteit te Amsterdam, waarin men zegt dat er in België een vrij goedkope, kwaliteitsvolle en zeer toegankelijke geneeskunde gevoerd wordt. Ik begrijp dan ook niet waarom onze politici absoluut die richting willen opgaan.

Maar dat is onze eerste lijn; kort nu over die andere lijnen, de tweede en de derde. Ja, dat is dus het onderscheid tussen het Algemeen Ziekenhuis (AZ) of het niet-universitaire ziekenhuis, en het Universitaire Ziekenhuis (UZ). Ik begrijp ook niet waarom men de titulatuur 'universitair ziekenhuis' gebruikt. Er zijn in ons land vele voorbeelden van ziekenhuizen, die niet universitair zijn, en die zeer kwaliteitsvol zijn, die misschien kwalitatief hoger staan dan een universitair ziekenhuis! Het onderscheid tussen UZ en AZ kan misschien behouden blijven, maar niet als echelon, en de overheid moet deze structuur niet financieel ondersteunen.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik kan compleet met jou meegaan, maar de definiëring in tweede en derde lijnsgezondheidszorg is geen waardeoordeel over kwaliteit. Het mag niet zo zijn dat de indruk gewekt wordt dat in een tweede lijnsziekenhuis geen kwaliteit zou geleverd worden. Het hier gebruikte argument is dat de doelstelling van de beide types ziekenhuizen wezenlijk verschillend is. Het universitair ziekenhuis heeft als derde lijn de opdracht zich bezig te houden met wetenschappelijk onderzoek en met opleiding. Dat zijn doelstellingen, die niet primair de taak zijn van een algemeen ziekenhuis, waar een zeer kwalitatieve geneeskunde moet geleverd worden, die van praktische aard is, die een patiënt gebonden zorg en geen onderzoeksgebonden zorg moet vertegenwoordigen. Dat is de onderbouwing van het idee om aan universitaire ziekenhuizen een aparte status en aparte financiering toe te kennen. Dat heeft mijns inziens niets te maken met het leveren van kwaliteit.

Prof. Dr. Jacques Gruwez: Uw definitie van universitair ziekenhuis houdt geen steek. De universitaire ziekenhuizen doen research, maar andere ziekenhuizen kunnen dat ook doen. Er komen trouwens heel kwaliteitsvolle studies uit andere centra dan universitaire. Dat is echter één van de drie argumenten die de overheid gebruikt om de universitaire ziekenhuizen preferentieel te behandelen. Het andere: de opleiding. De opleiding wordt ook gegeven elders, en bovendien vergeet men te zeggen dat diegenen, die opleiding hebben, beschikken over zeer ruime manpower, die in zichzelf reeds een betoelaging is, in zekere zin. Het derde punt, waarmee men de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen onderscheidt: de evaluatie en het invoeren van nieuwe technieken. Ge weet evengoed als ik dat het in de endoscopische chirurgie net het tegenovergestelde was: eerst in de algemene, later in de universitaire! Andere voorbeelden: de robotchirurgie, enzovoort ... De financiële betoelaging en de bevoordeling van de universitaire ziekenhuizen, zoals het op dit ogenblik op schrijvende manier gebeurt, is volgens mij onrechtvaardig.

Dr. Marc Moens (VBS/VAS): Met dat debat komen we natuurlijk in de financiering terecht. Collega Gruwez heeft een paar voorbeelden opgesomd, ik kan er nog een paar andere toevoegen: IVF is niet in een universitair ziekenhuis gestart, maar bij wijze van spreken op het platteland, en daar is het verder gegroeid. Het probleem is dat al die bijzondere technologie en diensten steeds a priori aan een universiteit worden toevertrouwd, zonder dat daar vooraf een kwaliteitsevaluatie gebeurt, en dat is zeer storend. Het is gebeurd dat bepaalde ziekenhuizen perfecte IVF of PET-scan ambities hadden, maar dat zij gewoon uit de boot vielen omdat men zegt: die en die criteria, per provincie - en er zijn weinig provincies die geen universiteit hebben -, enzovoort. Al die criteria hebben een rechtstreekse consequentie op financiering. Persoonlijk denk ik dat we niet zo ver moeten gaan; misschien bedoelt Prof. Dr. Gruwez dat er iets apart moet bestaan voor de financiering van universiteiten. Punctuele research, oncologische technieken, chirurgische laparoscopische technieken: dat kan perfect in lokale ziekenhuizen als men zeer goed opgeleide en zeer goed gemotiveerde mensen heeft, maar basic research is niet mogelijk, zelfs in ver geavanceerde ziekenhuizen, alhoewel, sommigen doen het toch. Ook politiek gesproken zal er aparte financiering moeten blijven, en ik heb daar persoonlijk geen probleem mee.

Dit mag echter niet op hetzelfde moment gebeuren met RIZIV-gelden ook. U moet weten dat voor de terugbetaling via

RIZIV, er de "tripartite" is in de geneeskundige raad. Dat zijn drie equivalente groepen: daar zitten universiteiten, verzekeringsmaatschappijen (de mutualiteiten) en de artsensyndicaten.

Dikwijls is daar een overwicht van universiteiten omdat men naast die geneeskundig-technische raad nog studiegroepen heeft, en uiteraard gaat men daarvoor nog eens op de deur kloppen van de universiteiten, dat is de logica zelve. Wat ik echter niet kan accepteren, is dat men geen duidelijkere lijn maakt tussen onderzoeks- en RIZIV-financiering, want die is er tot nu toe niet, alhoewel dat expliciet verboden is. Ik ben voorstander van een aparte financiering voor researchonderwijs, want dat hoort ook niet bij RIZIV-financiering. Het onderwijs is trouwens geregionaliseerd. Maar dat men voor research niet verdoken RIZIV-gelden gebruikt, dat zou een veel correctere situatie worden, en men zou veel minder ongenoegen op het terrein induceren. Mijn vereniging staat grotendeels achter deze persoonlijke overweging.

Dr. Hendrik Discart: Van het ziekenhuis te Bonheiden. Het aantal universitaire ziekenhuizen, of die zich met brio universitair noemen, ligt in verhouding tot de Vlaamse bevolking te hoog. Er ontstaat een discrepantie tussen het aanbod dat van deze ziekenhuizen mag verwacht worden en het aanbod dat ze werkelijk leveren. Er zou moeten bespaard worden op universitaire diensten. De tweedelijnsgezondheidszorg moet dus veel meer zijn rol kunnen spelen.

Dr. André Van Melkebeek: Neuropsychiater KUL. Ik zou de discussie meer willen uitbreiden op het niveau van jonge specialisten die veelbelovend zijn en dan forfaitair betaald worden. De spanning tussen de prestatiegeneeskunde en forfaitaire geneeskunde is te groot. Die goedopgeleide mensen verlaten de universiteit naar niet-universitaire ziekenhuizen om daar hun loopbaan verder te zetten. Dat brengt een groot probleem mee in de organisatie van een universitair ziekenhuis. Door het feit dat de betaling in de periferie vele malen hoger is. Onze kinderen gaan dus op een zeker ogenblik het universitair veld verlaten. Ik zou in de discussie willen brengen: forfaitaire geneeskunde en prestatiegeneeskunde, de spanning tussen de grootverdieners en de minder-verdieners onder de specialisten. Dit vraagt een groot overleg in de toekomst tussen de specialisten onderling. Dit heeft een onmiddellijke repercussie op de organisatie van onze geneeskunde.

Em. Prof Wilfried Dierick: Emeritus en erector univ. Antwerpen, ik ben radiotherapeut en biochemicus, ik ben dus een vreemde eend in de bijt. Ik wil eerst een woordje zeggen over de term universitaire ziekenhuizen. Die naam is ergens uit het niet opgedoken op een zeer curieuze manier, want eigenlijk heetten in tempore non suspecto die dingen 'academische ziekenhuizen'. Dan kwamen de Algemene Ziekenhuizen en de afkorting was ook 'A.Z.'. Heel dat verhaal is kinderlijk belachelijk, maar dit is hoe mensen zijn. Als U mij vraagt wat de enige echte inhoud voor een universitair ziekenhuis is, dat is een ziekenhuis dat organisch verbonden is met een universiteit. Daar eindigt de omschrijving; er is volgens mij niets anders aan. De geneesheren en wetenschappers die daaraan verbonden zijn, hebben de verplichting van onderzoek te doen op wereldniveau. Als ze dat niet doen horen ze daar niet thuis. Over de betoelaging en over de verloning van de individuen die daar werken kan ik mij niet uitspreken, daarvoor sta ik er te ver vanaf. Het essentiële is: men moet weten waar de term vandaan komt, en het enige belangrijke is, dat men organisch aan een universiteit verbonden is, en dat men verplicht is research te doen op wereldniveau. Mag er research gebeuren in algemene ziekenhuizen? Volgens mij wel. Ik zou zeggen: liever zelfs. Maar de VERPLICHTING is er niet. Men moet dan wel weten dat men research, zowel klinische als basisresearch, waar ik het grootste deel van mijn leven in doorgebracht heb, niet meer alleen doet. Daarvoor moet ge mensen rond u vormen, en daarvoor moet ge in een internationaal samenwerkingsverband zijn. Anders loopt ge 100 jaar achter.

Dr. Eugeen De Bleeker (VVMV): Het economisch aspect is toch ook wel belangrijk. Of Vlaanderen akkoord gaat dat bijvoorbeeld een operatie van een appendicitis in een universitair - academisch - ziekenhuis drie keer meer mag kosten dan in een perifeer ziekenhuis. Dat is toch ook een aspect: aanvaarden wij dat? Het is mijns inziens belangrijk dat het economisch aspect in deze discussie besproken wordt.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik denk niet dat die discussie kan gevoerd worden los van het feit van de noodzaak die operatie uit te voeren in een universiteitsziekenhuis. Die vraag moet zich eerst stellen om dan te antwoorden hoe ze gehonoreerd moet worden.

Dhr. Jan Caudron: Erelid van de kamer van volksvertegenwoordigers. Ik zou een communautair probleem willen aansnijden: de onaanvaardbare manier waarop Vlaamse patiënten in de meeste van onze Brusselse ziekenhuizen worden behandeld. Ik noem dat geen geneeskunde maar veterinaire keuring. U weet dat onze Vlaamse patiënten meestal niet in hun eigen taal worden behandeld en dat is onaanvaardbaar. Mijn vraag is: Wat kunnen wij daaraan doen? Wanneer ik die vraag ook heb gesteld aan dokter Vic Anciaux, dan antwoordde hij mij dat er geen Vlaamse artsen zijn die bereid zijn in Brusselse ziekenhuizen te werken. Nu denk ik dat er wel een middel voor is, namelijk ze beter te verlonen, zodanig dat op een aantrekkelijke manier die mensen wel kunnen aangetrokken worden. Dat bijvoorbeeld het Vlaams parlement of de Vlaamse regering een speciale inspanning zou doen om op de begroting een speciaal bedrag te voorzien, zodat tweetalige artsen aangetrokken kunnen worden voor onze Brusselse ziekenhuizen.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Het gaat een beetje in de richting van de vraag van daarnet: welke spanning wensen wij tussen de verloning van verschillende artsen. Er is reeds gesproken over de duidelijke spanningsvelden tussen de universitaire forfaitair betaalde artsen en de prestatiegebonden geneeskunde in de perifere ziekenhuizen. U brengt daar bovenop het argument van een extra verloning voor artsen uit Vlaanderen die in de Brusselse algemene en universitaire ziekenhuizen willen werken. Dat is nu juist één van de onderwerpen, die wij moeten aansnijden, maar in relatie met de keuze: wat wordt in welk ziekenhuis behandeld? Ik blijf daar toch op terugkomen: collega Gruwez zei 'het nut van universitaire ziekenhuizen moet als apart niveau wat in vraag gesteld worden'. Zover zou ik persoonlijk niet durven gaan. Elke universiteit heeft sinds de KUL-oprichting in 1425, ook de Gentse en Brusselse en Antwerpse universiteit sinds het begin van België, altijd hun ziekenhuis vooruitgeschoven, niet alleen als één van hun paradepaardjes, maar als één van de noodzakelijke aangelegenheden in het onderzoek, dat aan die universitaire instelling diende te gebeuren. Als dat onderzoek nu gebeurt in de Romaanse filologie of in de klinische geneeskunde, het ziekenhuis was er om dat onderzoek te ondersteunen. Ik herhaal: proefondervindelijk, maar ook patiëntgebonden. Deze aparte entiteit is historisch ontwikkeld en in alle landen rondom ons aanwezig en zal mijns inziens moeten behouden blijven. Daaraan zal een bepaalde financiering moeten gekoppeld zijn. De overheid in ons Vlaanderen zal moeten evalueren hoeveel centen zij voor dergelijke aparte onderzoekingscentra overheeft. Deze financiering moet dermate zijn dat onderzoek kan gebeuren, en anderzijds dat specialisten, die daar werken en voor onderzoek gekozen hebben, daar blijven. Anders zit je in een spanningsveld waar de universitaire onderzoekscentra mensen kwijtraken.

Dr. Myriam Azou: Kinderarts in de periferie, lid van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Ik vind dat er een continue verweving is tussen echelonnering en financiering, en wij merken dat nog meer in de perifere ziekenhuizen. Ik vind dat eerst en vooral de patiënt moet centraal staan en er moet goede geneeskunde kunnen gedaan worden. Daarvoor is er zeer veel investering nodig. Als ik zie dat in ons ziekenhuis, Damiaan in Oostende, de neurochirurg spreekt over neuronavigatie, en als ik dan denk dat al die neurochirurgen een toestel voor neuronavigatie moeten gaan kopen, en goed werk en geneeskundige techniek moeten gaan uitvoeren, dan moet er toch voor het algemeen belang van de patiënt een planning gemaakt worden in het Vlaams en Belgisch gedeelte: wat gaan we waar doen? Als iedereen zomaar wild dit en dat gaat uitvoeren, ik vind dat er meer een planning moet gemaakt worden. Het is typisch Belgisch dat je eerst moest starten met coronarografie en moest kunnen bewijzen dat het draaide, vooraleer je een erkenning kunt aanvragen. Ik vind dat een verkeerde politiek.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: U ondersteunt daarmee mijn uitspraak. Ik wil er één ding aan toevoegen: wij hebben in bijna alle provincies universitaire ziekenhuizen, met uitzondering van een tweetal provincies, wat zou kunnen betekenen dat er ergens een rol zou kunnen weggelegd zijn voor een soort supraregionaal ziekenhuis of een hoe je dat zou willen noemen, in die provincies. Ik ben het volmondig met u eens dat men tot deze planning zou moeten komen die betrekking heeft op zorgprogramma's en daaraan gekoppelde apparatuur en investeringen, en dat daarin, niet alleen vanuit de overheid, maar ook vanuit ons geneesherenkorps zelf een planning zou moeten naar voor geschoven worden. Dat is nu net de bedoeling van de dag van vandaag.

Dr. Myriam Azou: Het is ook zo dat die planning grotendeels opgemaakt wordt door mensen die in een universitair ziekenhuis werkzaam zijn. Als u het programma voor mucoviscidose bekijkt, dan moeten de patiënten 3 of 4 keer per jaar naar een universitair ziekenhuis; 3 of 4 keer resultaten. Ik heb een 3-tal mucoviscidosepatiënten: ik zie die niet meer terug in mijn praktijk.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Dat is correct. Dat is een gevolg van de echelonnering van gezondheidszorg, die omwille van de beperktheid van een pathologie binnen die universitaire ziekenhuizen thuishoort. Je kunt over de opportuniteit daarvan discussiëren. Het is voldoende in de Verenigde Staten aangetoond dat als wij het hebben over de opportuniteit ervan met betrekking tot de zeldzaamheid van die pathologie, er een grotere kwaliteit kan bereikt worden wanneer er een kritisch minimum aan patiënten kan bereikt worden. Dwz dat men zich voor specifieke pathologieën moet afvragen of ze in universitaire of in supraregionale ziekenhuizen gereserveerd worden, of moeten wij in alle perifere ziekenhuizen een neuronavigatie voor neurochirurgen hebben? Dat moet door ons, geneesheren, geprogrammeerd worden.

Dr. Marc Moens: Je moet als je zo'n planning maakt en dikwijls om economische redenen, beperkingen opleggen. Dat moet dan regionaal goed verspreid zijn, en als je dan geen universiteit in je provincie hebt, dan ben je al een beetje uit de boot aan het vallen. Maar vooreerst moet er bekeken worden wat er bestaat en moet de kwaliteit geëvalueerd worden. Het is niet omdat een universitair ziekenhuis een bepaalde zorg aanbiedt, dat die per definitie goed is, of even goed of beter dan in een niet-universitair ziekenhuis. Het is evenmin zo dat een universitair ziekenhuis met al zijn disciplines op internationaal top-niveau staat. Dat is jammer genoeg niet zo, wij weten dat allemaal. In elk ziekenhuis zul je wel bepaalde disciplines hebben die werkelijk uitstraling geven, ook naar het buitenland. Je moet gaan vergelijken maar dat is erg moeilijk omdat iedereen concurrent is van iedereen in dit kleine land, dus moet je dat gaan "internationaliseren". Je moet daar Nederlanders bij betrekken, zoals wij dat bij de opleiding van de universiteiten hebben gedaan; ik denk dat dat een suggestie kan zijn.

Ik heb nog één puntje over kritisch minimum. Dat is waarschijnlijk waar, maar ik stel vast dat wat betreft de erkenningen de cardiale pathologieën voor de congenitale afwijkingen geen kritisch minimum hebben ingebouwd en dat dus universiteit A misschien 2 dergelijke ingrepen doet, universiteit B 3 en nog een andere 30. Dan kun je wel de vraag stellen: is dat wel zinvol of niet. Als men dat hanteert naar de niet-universitaire ziekenhuizen toe, dan moet men ook kritisch genoeg zijn om dat intern onder de universitaire ziekenhuizen te bekijken, en dat is dan taakverdeling onder de universiteiten. Voor bepaalde pathologieën zullen dus ook een aantal universiteiten uit de boot vallen.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik ben het helemaal met u eens en dat op de 2 punten die u aanhaalt. In de eerste plaats moet de kwaliteitscontrole gelden voor alle vormen van ziekenhuizen, zoals ze ook voor de huisartsen op alle echelons moet kunnen gegarandeerd worden. Dat wil zeggen dat de universitaire ziekenhuizen even zeer aan kwaliteitscontrole moeten onderworpen zijn als de algemene ziekenhuizen of de specialisten daarin werkzaam. En het ander aspect, dat van de controle: ik ben het met u eens dat we waarschijnlijk niet tot een "peer review" zullen komen die uitsluitend uit eigen land komt.

Wanneer we die controle op een adequate manier willen uitvoeren, dan zal dat ondermeer of mede met buitenlandse kwaliteitscontrole moeten gebeuren, want anders zie ik er eerlijk gezegd niets van komen.

Dr Dirk Himpe: VAS/Anesthesie. Ik heb toch een bedenking en die is de volgende: het uitgangspunt waar we als Vlaming mee bezig zijn, is: 'wat we zelf doen, doen we beter'. We moeten wel kritisch zijn op onszelf want is wat we zelf doen echt noodzakelijk beter? Ik verwijs naar de Vlaamse gezondheidsraad die compleet ondemocratisch is samengesteld, die compleet de bestaande artsenorganisaties negeert. Nu is er een werkgroep ingericht binnen dat kader namelijk 'de werkgroep voor de accreditering van de ziekenhuizen.' Ik heb het genoeg om namens het Vlaams Artsensyndicaat daarin te zetelen. Ik ben blijkbaar ook de enige dokter die daar in zit, van wat men noemt een perifere situatie. Er zitten 2 hoofdgeneesheren in van academische ziekenhuizen, er zitten 3 tot 4 mensen in van mutualiteiten. Dus wat we zelf doen, doen we zogezegd beter. Ik denk dat het appèl vanuit onze Vlaams denkende groep duidelijk moet zijn naar onze eigen Vlaamse structuren, namelijk dat ze nu éénmaal correcter moeten handelen met ons als groep geneesheren, dat zij er niet altijd moeten van uit gaan dat wat academische ziekenhuizen denken noodzakelijkerwijze superieur is! De kritiek van collega Moens is terecht. Ik wil u melden dat een academisch ziekenhuis (ik zal niet zeggen welk) in Vlaanderen, geen totale radicale prostatectomies doet en die doorstuurt naar een ziekenhuis onder andere daar waar ik werk. Dit zijn zaken die niet kunnen. En een derde punt: men moet kritiek geven op onze regering van vroeger en mijnheer

Dehaene, met alle respect, de minister van volksgezondheid, was door Jan Peers geadviseerd en zij hebben het concept van het 'Algemeen ziekenhuis' ingevoerd. Kettingpolitiek noemde men dat. Als men wilde een CT scan hebben, moest men een spoedgevallendienst hebben - onder andere één van die problemen waar we nu mee zitten. We moeten durven te responsabiliseren en de vinger te wijzen naar waar hij moet geweest worden. De regering heeft ons opgezadeld met die problemen. Dus als wij willen Vlaams worden moeten wij kritiek leveren op die Belgische regering en ook op onze eigen Vlaamse regering die dezelfde weg opgaat als de federale!

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik zou kort willen reageren door te zeggen dat het juist de bedoeling is van een dag als vandaag om onder artsen en dan misschien per echelon een consensus op gang te brengen, of in ieder geval een discussie aan te moedigen, die hopelijk in een consensus uitmondt, ten einde juist te vermijden dat dit soort beslissingen uitsluitend in politieke middens wordt genomen, waarin onze stem onvoldoende kan gehoord worden. Het is juist daar dat wij met consensusmodellen moeten naar voor komen om onze ideeën te spuien en te laten goedkeuren door de overheden. Dat is de bedoeling van vandaag.

Prof. Dr. Jacques Gruwez: Over de neuronavigatie. We moeten natuurlijk weten wat we willen: of we een liberale geneeskunde willen of niet. Als men aan de overheid toelaat om te zeggen hier en daar en daar mag er zoiets zijn, dan is dat pure programmatie. Waarom kan dat niet komen uit privé initiatief? En kan niet een bepaalde private groep zo een neuronavigatie toestel sponsoren? Hetgeen hier natuurlijk het probleem is en het onderscheid maakt, dat is niet het feit dat dat toestel daar is maar de manier waarop men dat terugbetaalt, de manier waarop men de prestaties terugbetaalt. Dat moet men dus controleren met een zeer nauwgezette kwaliteits-evaluatie. Maar programmatie, daar heb ik in ieder geval geen goed woord voor, en liberale of vrije geneeskunde vind ik zeer zeker waardevol.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik kan het daar mee eens zijn, voor zo ver deze liberale vorm van geneeskunde voor het ganse land en voor Vlaanderen in het bijzonder betaalbaar blijft.

Dr. Myriam Azou: Die financiering vind ik een groot probleem, als ik bijvoorbeeld kijk naar de verschillende soorten specialisaties. Als kinderarts ben ik zeer sterk vragende partij om een loon uitbetaald te krijgen. Als ik zie wat mijn collega's specialisten verdienen in de helft van de tijd die ik werk, dan vind ik dat schandalig. Die financiering zou eigenlijk moeten kunnen herbekeken worden, maar we zitten in een zodanig systeem van prestaties en prestatie-gerichte verloning en prestatie-gerichte geneeskunde. Uiteindelijk, als je de prestaties eruit haalt en een pakket geeft waarin je met je materiaal moet proberen je geneeskunde op een goede manier te doen, dan denk ik dat iedereen eraan uit komt als men een beetje gelijke verdeling krijgt.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik kan alleen maar bijtreeden dat het debat op zijn minst moet gevoerd worden over de wijze van verloning. Aan de andere kant moet men zich hoeden voor de onderlinge naijver die dan vaak ontstaat tussen de specialisten. Ik denk dat men dat creëert door prestatiegebonden geneeskunde, zeker als het op basis van terugbetalingstarieven geschiedt die historisch ontstaan zijn en veel te weinig worden aangepast. Aan de andere kant denk ik dat men de forfaitaire geneeskunde misschien in een aantal situaties meer kansen moet geven, mits zij op een adequate manier gebeurt. Op het ogenblik is het zo dat onze forfaitaire vormen van geneeskunde (spoedartsen, universitaire ziekenhuisartsen en zo vele anderen), ver beneden deze liggen in bijvoorbeeld Nederland en andere landen. Men creëert daarmee spanningen onder de specialistengroepen.

Dr. André Van Melkebeek: Ik zou een persoonlijk getuigenis willen geven. Ik ben verantwoordelijk voor een geronto-psychiatrische kliniek in Leuven. Ik krijg wekelijks ten minste tien aanvragen en ook in andere diensten waar ik verantwoordelijk voor ben, aanvragen voor hoogbejaarde mensen. Ze zijn zeer goed onderzocht in de universiteit met veel technische onderzoeken maar ze moeten na een korte ligduur de kliniek verlaten en ik krijg dan via collega's altijd maar aanvragen voor die 80 - jarigen en meer. Dus onze samenleving is, in die 30 jaar dat ik geneesheer ben, naar mijn gevoel, sociologisch ook veranderd. Ik bedoel daarmee dat er een vierde generatie gekomen is van mensen die alleen zijn. De derde generatie die er moet voor zorgen, kan er niet meer voor zorgen, omdat ze zelf al oud zijn of zelf met kinderen en kleinkinderen bezig zijn en het gevolg is dat ik zeer veel aanvragen krijg op onze diensten voor hoogbejaarde mensen. Ik associeer daarmee de geriater of de geronto-psychiater die daar werkt. Er is een groot tekort aan geriateren en daarmee wil ik komen tot mijn 'statement': moeten we als specialisten voor toekomstig Vlaanderen ook niet onder mekaar overleggen dat er daar wat evenwichtigere verdeling is in het belang van de behoefte van onze medemensen.

Dr. Jan Van Duppen: Huisarts en Vlaams volksvertegenwoordiger: Ik wil even aansluiten bij de vorige collega en als je dat probleem verder doortrekt is het de volgende 15 tot 20 jaar nog erger. Die mensen gaan niet naar de geronto-psychiater of naar een rusthuis of naar een verzorgingstehuis. Die mensen zullen thuis verzorgd moeten worden in de best mogelijke omstandigheden en ik denk dat binnen het budget van de gezondheidszorg de vraag gaat komen en zal moeten gesteld worden vanuit de maatschappij, van hoe gaan wij dat doen? Wij gaan dat niet doen door budgetten aan hooggespecialiseerde technieken her en der in het kader van de ontwikkeling van de vrije markt toe te kennen, maar wij zullen dat, denk ik, moeten doen in overleg. En daar zullen delen van de hooggespecialiseerde geneeskunde, er zullen delen van de derde en de tweede lijn moeten vrijgemaakt worden, om grote delen van onze bevolking op een waardige en goede manier thuis te kunnen verzorgen, en dat zal niet zijn met hoog-technologische middelen.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik ben het daar volledig mee eens. Het grote probleem van de liberale geneeskunde, waar eigenlijk de facto iedereen achter staat, is de moeilijkheid van de implementering op financieel vlak. Ik denk dat de Belgische staat of ons eigen Vlaanderen niet bij machte zal zijn dit soort technische ontwikkelingen op alle terreinen, in alle zorgmodellen te kunnen blijven betalen. En ofwel gaat men, vrees ik, naar een twee-stromen beleid, waar alleen diegenen die kapitaalkrachtig zijn het zullen kunnen betalen; ofwel gaat men naar een verschuiving van gelden, zoals u dat noemt van de tweede, derde lijn naar mogelijkere eerste of preventielijn.

Dr. Marc Moens: Hetgeen collega Van Duppen zegt is correct en U antwoordt in dezelfde lijn, maar dan kom je tot een fundamenteel en maatschappelijk debat. U hebt de mogelijkheden, technisch zijn ze er en je hebt deskundig opgeleide academici, die ook buiten het universitair ziekenhuis kunnen werken. Dat is er. Het kan echter niet allemaal gedragen worden door de maatschappij. De arts heeft een individuele patiënt voor zich. De deontologische code zegt al jaren dat ge uw patiënten zo goed mogelijk moet behandelen. Ge moet echter rekening houden met de maatschappelijke draagkracht, ook financieel, en dan zit je met een ethisch probleem, wetende dat je je patiënt wel degelijk kan behandelen en je mag hem niet behandelen, want sociaal gezien - en voor een socialistisch minister als Frank Vandenbroucke is dat een zeer pijnlijk dilemma - kan je het oplossen als hij het zelf betaalt. Dat is de liberale vorm, en anders moet je als individuele behandelende arts meedelen: dit kan niet meer. Ik geef een klassiek voorbeeld: nierdialyse stijgt van jaar tot jaar, er is een belangrijke overschrijding in het budget nierdialyse, is er vorige maandag nog gemeld. Wat doe je...? En nog een ander debat: universitaire versus niet-universitaire dialyse, moet dat meer kosten? Dat is een element: daar kan niets (of iets?) aan gebeuren. Maar goed, de behoeften stijgen. De mensen die gedialyseerd worden, worden ouder. Toen ik startte: een 80-jarige die gedialyseerd werd, dat kende ik niet; nu ken ik er héél wat. Zet je daar een leeftijdsgrens op? Moet je dat dan doen? In Engeland is het zo. Dus we zitten aan een zeer fundamenteel debat van hoe financieren we dat; maatschappelijk kun je niet alles financieren en de minister is zich daar heel goed van bewust. We hebben daar trouwens 2 weken geleden over gedebateerd. Als je dat niet kan, dan moet je als arts, die nochtans de deontologische verplichting hebt de patiënt zo goed mogelijk te helpen, zorg ontzeggen, waarvan je weet dat ze er is. Dus hetgeen nu in de sociale organisaties in de Verenigde Staten ook gebeurt. Maar daar is het om platte commerciële redenen. Maar hier staan we binnenkort voor hetzelfde probleem en dan is een breed maatschappelijk debat nodig. Gaan we toestaan, zoals Jacques Gruwez zegt, dat daar privé- initiatief staat om de noden op te vangen, maar dat is dan "la médecine à 2 vitesses". Dat kan in een liberale geneeskunde, maar niet in een gedirigeerd systeem. Maar dat is dus een debat dat we niet ontwijken. Je moet adequaat werken, je moet onnodige zorg daaruit bannen, want we weten allemaal dat in de commerciële sfeer, er ook wel eens iets mis kan lopen en je kan dat niet tot in het oneindige doortrekken.

Dr. Hendrik Discart: Ik wil eventjes herhalen: als het inderdaad zo is dat het maatschappelijk draagvlak beperkt is, dan moet er geen geld uitgegeven worden, waar het kan vermeden worden. En als dus een appendicitis in een universitair ziekenhuis drie keer de prijs kost van een appendicectomie in een perifere ziekenhuis, dan zijn daar enorme sommen te besparen, waar eigenlijk niet aan gedacht wordt en ik denk dat daar veeleer een ideologisch debat achter schuilt, eerder dan het zuiver medisch- maatschappelijk - financieel debat. En dat ideologisch debat van elke provincie, elke regio moet zijn eigen universitair ziekenhuis hebben, en dat moet dan finaal gefinancierd worden, dat wordt niet aangekaart.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Marc Moens zegt eigenlijk wat ik ondersteun: wanneer men uitgaat van de premisse dat er onvoldoende gelden zijn om dit soort hoogtechnologische geneeskunde in alle ziekenhuizen te verzorgen, en zeker bovenop de primaire en preventie-zorg die er is, dan is het aan de artsen om te pogen verschuivingen op zo'n manier aan te brengen, dat de totaliteit van het beschikbare budget voldoende is om aan iedereen een volwaardige zorg te geven. Het ontkennen aan bepaalde diensten of ziekenhuizen van bepaalde apparatuur, het versluizen van bepaalde pathologieën of patiënten naar ziekenhuizen die daar een grotere expertise in hebben – ik zeg daar niet per se bij: universitaire ziekenhuizen -, maar in ieder geval een programmatie van pathologieën en van verwijzingen die we zelf in de hand houden, die we op een bepaalde zinnige manier zelf proberen te organiseren. Misschien mag ik nog even ingaan op het probleem, wat ik ook heb aangesneden, van de medische opleiding. Velen onder ons, denk ik, zijn er zich nog niet terdege van bewust van wat er op ons afkomt, wanneer het aantal artsen drastisch, maar dan ook drastisch gaat verminderen. Wij zien dat nu nog niet omdat tot in de doctoraten onze medische faculteiten op dit ogenblik nog voldoende studenten hebben. Zeker in onze specialistische zorg, moet je daar nog eens vijf, zes jaar bijnemen, eer deze groep van artsen specialist zal zijn, maar eens deze, laat ons maar kort afronden 10 jaar achter de rug zijn, denk ik, dat wij met een beduidende vermindering van het aanbod van artsen op de markt zullen zitten. Niet dat men mij hoort zeggen dat dit betekent dat die plethora gaat omkeren in een tekort aan geneesheren. Ik denk dat we de plethora op dit ogenblik dermate hebben opgebouwd, dat we daar nog wel jaren zullen mee verder kunnen. Maar ik denk wel dat de manier van werken en daaraan gekoppeld de manier van verloning van de artsen, die op dat ogenblik, over een tiental jaar met specialistische geneeskunde zullen bezig zijn, er gans anders kan en zal uitzien. Vergeet u niet dat de meeste universitaire en grote algemene ziekenhuizen op dit ogenblik werkzaam zijn op basis van, hetzij studenten, hetzij zeer jonge artsen die nog eigenlijk hun praktijk moeten opbouwen. En, als dat eenmaal wegvalt, betekent dit dat een veel grotere vorm van integratie en van samenwerking onder die artsen, misschien zelfs over verscheidene ziekenhuizen heen, zal moeten gerealiseerd worden.

Dr. Myriam Azou: Ik wil het voorbeeld van de pediatrie aanhalen, waar er bij de assistenten 90 % vrouwen zijn. En ik zie in mijn buurt een ziekenhuis waar één van de twee kinderartsen op pensioen gaat. Wel, de andere zegt: 'als ik dat hier alleen moet runnen, dan haak ik liever af'. Zodanig dat zij straks in feite zonder pediater zullen zitten en nog een materniteit moeten runnen, waar geen pediater meer aanwezig zal zijn. Die arts in kwestie is verplicht geweest om alleen voort te doen. Als ik nu voor de keuze zou staan om als kinderarts in het ziekenhuis te gaan werken, dan zou ik liever naar een ziekenhuis gaan, waar ze al met 3 of 4 kinderartsen zijn. Eerst en vooral om het haalbaar te maken in combinatie met mijn gezin, en tweedens heb ik dan nog het voordeel dat ik niet alleen voor mijn inkomen moet zorgen. Ik denk dat naar de toekomst toe in de financiering, en in het samenwerken, en in de organisatie van de diensten daar terdege rekening mee moet gehouden worden, zodat men meer gaat kiezen voor grotere groepen waar men de wachtdiensten kan verdelen. En ik denk verder dat er zeker rekening moet gehouden worden met het feit dat er een andere verdeling komt tussen mannen en vrouwen in het beroep. Als ik deze vergadering vanmorgen goed bekeken heb, dan heb ik in dat grote gros welgeteld 7 vrouwen geteld! Ikzelf heb nu terug tijd voor dergelijke vergaderingen - mijn kinderen zijn wat groter - maar de combinatie gezin en beroep is niet altijd makkelijk. Ook met dit fenomeen zal men in de toekomst serieus rekening moeten houden bij de financiering en programmatie van de ziekenhuizen

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik kan dat in die zin bijtrede dat de vervrouwelijking zich zal enten op de vermindering van het aantal studenten en dus van het aantal artsen. De manier waarop vrouwelijke artsen hun professionele loopbaan zullen indelen zal twijfelloos anders zijn dan die, welke de mannelijke collega's hebben ingevuld in de afgelopen tien, vijftien jaar. Dus het probleem zal, zoals u het aangeeft, er alleen mee vergroten.

Prof. Dr. Jacques Gruwez: Ja Bob, je hebt daarjuist gezegd: de manier waarop "we" de plethora opgebouwd hebben. Het zijn niet de artsen die de plethora opgebouwd hebben: laat ik dat duidelijk stellen! Het zijn de politici geweest, maar de politici zijn de emanatie van de mensen.

En niet alleen de politici, ook onze universiteiten hebben daar een zeer belangrijke rol in gespeeld. Als Piet De Somer, ik geloof dat het ergens in 1975 was, tijdens zijn openingsrede, het probleem van de plethora aansneed, dan is hij daarin helemaal niet gevolgd geworden.

De manier waarop u daarstraks gereflecteerd hebt, is eigenlijk een vraag naar "manpower". U vermeldt dat degenen die opgeleid worden eigenlijk moeten dienen om de machine om de kliniek draaiende te houden. Nu, daar moet men oplossingen voor zoeken; men moet oplossingen zoeken in het tewerkstellen van onze menigvuldige jonge specialisten, die dikwijls geen plaats krijgen, alhoewel er wel werk in die of die kliniek is. Ten tweede, waarom zou men niet denken aan een stage voor de huisartsen of voor de toekomstige huisartsen, gedurende één of zelfs twee jaar in een instelling, in een hospitaal, in een kliniek, zoals het in andere landen wel meer gebeurt? Het zou al een groot deel van het probleem oplossen.

Dr. Eugene De Bleeker: Ik denk inderdaad, dat het vooral een probleem is van universiteiten om bepaalde diensten straks draaiende te kunnen houden, zoals Prof. Dr. Gruwez zegt. En dan wil ik ook nog zeggen: is het nodig dat elke

universiteit, alle specialisten en alle subspecialisten opleiden? Dat is toch ook nog wel iets, waar onze Vlaamse gemeenschap moet over nadenken; dat is toch ook een zeer dure zaak

Dr. Jan Van Duppen: Ik heb nog een suggestie om dat probleem van die tekorten op te lossen en collega Moens zal daar ongetwijfeld cijfers over kunnen geven. U weet dat er een verschillende invulling is van de beperking tot de RIZIV toegankelijkheid van artsen in Vlaanderen en Wallonië. En de ontwikkeling van die cijfers en de besluiten die daar recent rond genomen zijn, zouden wel eens kunnen meebrengen, dat er binnen drie jaar een enorme vloed van Franstalig opgeleide artsen zal zijn, die zeer geïnteresseerd zullen zijn om in Vlaamse ziekenhuizen te komen werken om de zaak draaiende te houden, wegens bij hen geen werk. Kunt u daar een oplossing voor aandragen want dat is niet zo evident om hen deze vorm van zorg te ontzeggen?

De zaal: Zullen ze Nederlands kennen? Dat is toch primordiaal!

Dr. Willem Van Wilderode: Perifeer radioloog. Ik wou inpikken op wat collega Himpe daarjuist heeft gezegd: namelijk het gebrek aan inbreng of mogelijkheid tot inbreng bij organisatie van de ziekenhuiswereld vanwege de ziekenhuisartsen van de kleinere perifere ziekenhuizen. Het is zo, zoals daarstraks is aangehaald, dat die commissies en beslissingsorganen bijna helemaal bevolkt zijn door vakorganisaties en vertegenwoordigers uit de universitaire wereld. Ziet u enige mogelijkheid om die groep van kleinere ziekenhuizen (300 à 400 bedden), waar veel mensen toch ook hun best doen, beter aan bod te laten komen in die discussie? En liefst ook met concrete voorstellen, om o.a. tegemoet te komen aan de wantoestanden die er bestaan, wantoestanden is misschien wat grof gezegd, maar aan moeilijk te voldoende voorwaarden om in regel te zijn met de organisatie van spoedopname en wachtdiensten. In een perifeer ziekenhuis bestaan er drie, vier wachtlijsten met tweede, derde wachten, allemaal bereikbaar; het sociale leven wordt daardoor sterk gehypothekeerd. Die regeling van de organisatie van de spoedopnames is volledig geschreven op de maat van de universitaire ziekenhuizen, met al hun middelen en een uitgebreide staf van assistenten en stafleden. Dit zijn maar enkele concrete voorbeeldjes naast de beschikbaarheid van apparatuur, NMR-scanners, enz. Maar ziet u enige mogelijkheid om die groep ziekenhuizen die toch een groot deel van de bevolking verzorgen, wat meer inspraak te kunnen geven in dat debat, in die discussie?

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Ik kan het alleen maar hopen dat zij in de toekomst meer inspraak zullen krijgen. Collega Himpe heeft aangehaald, dat uit politieke overwegingen dat niet meteen te verwachten is. Zij hebben er ook geen enkel voordeel bij al deze mensen uit te nodigen. Maar worden wij dan binnenkort niet overwalst, zoals ik zie gebeuren bij onze 'extra muros' collega's?

Daarom denk ik, dat wij het debat onder artsen, van al die verschillende geledingen, juist niet tot deze dag van vandaag mogen beperken, maar daar moeten mee verdergaan en zo intensief mogelijk. Dat is inderdaad wat syndicaten, VBS en dergelijke, reeds gedaan hebben, maar het is ook een taak die het VGV op zich zou kunnen nemen als het gaat om Vlaamse Gezondheidszorg.

Prof. Dr. Jacques Gruwez: Het was enkele jaren geleden een initiatief onder leiding van Prof. Dr. Prims om die kleinere groepen mee rond de tafel te verzamelen, maar intussen is die fusie-manie opgetreden en zijn er dus niet veel kleinere ziekenhuizen van 350 bedden meer of kleinere entiteiten. Dat stelt toch wel een groot probleem, vind ik.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Het probleem is dat alle ziekenhuizen van verschillende grootte gepoogd hebben aan de normen van de wetgeving te voldoen. Normen die anderszijds door de wetgever opgelegd werden, juist om een zekere vorm van onderscheid te maken tussen de ziekenhuizen. De reactie in de ziekenhuizen en tussen de geneesheren is dermate geweest dat het onderscheid nooit ontstaan is, maar nu zitten wij met een wetgeving voor alle artsen, die eigenlijk niet meer invulbaar is voor die artsen. Het is nu aan de artsen zelf om beslissingen te nemen over hoe het verder moet, met wachtdiensten, met zorgprogramma's, enzomeer.

Het is een fout van de artsen zelf dat de verdeling van inspraak niet numeriek of niet logisch is .

Dr. Philip Van Cauwelaert: Lid van het VAS en werkzaam in een groot ziekenhuis in Antwerpen. Een aanmerking over het onderscheid tussen universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen. In elke specialiteit zijn er jaarlijks tientallen congressen, via internet hebben we toegang tot alle informatie, en via teleconferentie hebben we dezelfde dag toegang tot alles, wat in de ziekenhuizen gebeurt. Het onderscheid dus tussen het niveau van de verschillende ziekenhuizen is zeer sterk vervaagd. Het is aan de individuele geneesheer gelegen of die dienst in dat ziekenhuis op niveau werkt of niet. In universitaire ziekenhuizen is een groot deel van het werk gedragen door assistenten, die het allemaal nog moeten leren. Ik denk dan dat vele perifere specialisten, die jarenlang ervaring hebben opgedaan, een hoger niveau van geneeskunde leveren met veel minder verwickelingen en veel minder risico's dan in universitaire ziekenhuizen, in geval de ingrepen worden uitgevoerd door assistenten in opleiding.

Tweede punt: er is gesuggereerd dat er zou moeten afgestapt worden van de vergoeding per prestatie. Ik werk zelf in een groot Antwerps ziekenhuis waar een systeem van solidariteit enigermate aanwezig is tussen de diensten en over de diensten heen. Het gevaar van dit systeem is dat solidariteit voor collega's, die ietwat lui zijn ingesteld, zeer snel leidt tot profitaat.

Wij hebben zelf voorbeelden van geneesheren, die zich bezig houden met “kijk”operaties, en daarmee bedoel ik niet de endoscopische heelkunde, maar wel dat die artsen alleen maar wat gaan kijken links en rechts, waar andere chirurgen bezig zijn met opereren. Die mensen worden evenveel betaald als zij die, dag in dag uit, gedurende uren bezig zijn. Ik wil ook waarschuwen voor het systeem van vaste salarissen, zoals het in Nederland toepasselijk is, en, horresco referens, het Engels systeem, met ellenlange wachtlijsten, en waar naast het National Health System een echt bloeiende privaat geneeskunde bestaat, die vele malen duurder is voor de individuele patiënt, en onbetaalbaar voor een groot deel van de bevolking. Een vorm van betaling per prestatie moet behouden blijven, wil men niet verzinken in systemen met wachtlijsten, etc.

Prof. Dr. Jacques Gruwez: Ik wil herinneren aan wat collega Himpe gezegd heeft. Ik denk als deze vereniging hier effect wil hebben en iets wil doen, dan moet ze er bij de Vlaamse regering op aandringen dat wij artsen op een degelijke manier vertegenwoordigd worden in de beleidsorganen. Het is effenaf niet te slikken dat er in de Vlaamse raad daarover praktisch geen geneesheren zitten en als ze er zitten, dan is het nog in eigen naam en omdat ze daarvoor aanvaard zijn. Ze zijn dus niet representatief. Daar kan die dag van vandaag zeer zeker tot iets leiden.

Prof. Dr. Robrecht Van Hee: Mag ik afsluiten. Het initiatief van het VGV is zeer erg te appreciëren, want het heeft een boel mensen van in het veld en het parlement bij mekaar gebracht, om over deze materie te praten. Deze vergadering zou moeten gevolgd worden door vele andere, die ons mogelijkwijze met evenveel enthousiasme bij mekaar brengt, mogelijkwijze over specifieke topics. Collega Ponette zal het eindbesluit van de dag geven. Iedereen van harte bedankt voor de discussies. Ik hoop dat ze ook bij het opnemen van de geluidsbandjes goed tot uiting kwamen.

Verlag van de drie discussiegroepen (plenaire zitting)

Verlag van de discussiegroep "Huisartsen" (H.A.)

Dr. Raymond LENAERTS

Dr. Chris Geens leidt de discussie in met het opsommen van een aantal besluiten die in de werkgroep geformuleerd werden.

1. Mogelijkheid van grote groepspraktijken te voorzien in de toekomst, zoals reeds in het buitenland. Voorlopig in Vlaanderen, met de bestaande solopraktijken, niet te realiseren.
2. Pleidooi voor samenwerkingsverbanden in de schoot van de lokale huisartsenkringen met onderlinge taakafspraken en verlofregelingen.
3. Thuiszorg, palliatieve thuiszorg, preventie, RVT-activiteit behoren tot het specifieke HA domein.
4. Publieke ondersteuning van het werk van de HA moet gebeuren door de lokale HA kring (organisatie maar ook informatie van de bevolking).
5. Kwaliteitseisen zijn onontbeerlijk voor de waardebepalen en het imago van de HA. Vandaar het belang van de accreditering en verzet tegen de toekenning van een medische bevoegdheid aan niet-artsen. Voorlopig behoud van numerus fixus.

? Kwaliteitseisen: (Dr. André Lerminiaux, Dr. Chris Geens)

De accreditering moet herbekeken worden met een actieve inzet van de deelnemers. Een oplossing kan zijn de geplande "Out-come-outing" met registratie van de resultaten op het terrein (als voorbeeld diabetesopvolging).

? Samenwerkingsverbanden en groepspraktijken (Dr. André Lerminiaux, Dr. Kris Peeters, Dr. Paul Putzeys)

Er bestaat een brede consensus voor samenwerkingsverbanden: deze bieden meer mogelijkheden en ook grotere vrijheid aan de HA. Zij zijn ook "de facto" meer haalbaar gezien de overgrote meerderheid van bestaande solopraktijken. Er wordt gepleit voor democratisch verkozen besturen van de lokale kringen. Het juridisch statuut van de HIBO dient herbekeken te worden. De beschikbaarheid - een van de basis principes van de HA-geneeskunde naast de kennis - is niet 100% realiseerbaar zonder samenwerking met andere HA in een netwerk. Dit vereist ook beschikbaarheid over de dossiergegevens.

Dr. Dirk De Wolf (Ministerie Vl. Gemeenschap)

1. een decreet basis gezondheidszorg is in voorbereiding
2. communicatie dient geoptimaliseerd: best E-mail bij elke HA.
3. Evolutie van "SIT" naar "SEL" (samenwerking 1st lijn) om een betere geografische indeling te bekomen, vooral in verband met de preventie.
4. Brussel blijft een probleem.

? Subsidiering door de overheid: (Dr. Kris Peeters, Dr. Paul Putzeys)

1. In verband met de thuiszorg is men akkoord dat de HA de spil is van de equipe maar het "management" moet aangevuld worden door de overheid.
2. Een gemengde vorm van financiering is nodig: de exclusieve prestatiegeneeskunde moet afgebouwd worden en vervangen door praktijkondersteuning door de overheid.
3. De HA leeft hoofdzakelijk van "prestaties". Het G.M.D. is een eerste stap naar alternatieve financiering, ook al is het maar 5.000Bfr. per jaar per H.A.

? Toestand van de HA geneeskunde in Brussel (Dr. Luc D'Hooghe)

Brussel heeft specifieke problemen met mogelijk misbruiken zowel van de overheid als van de patienten. Enerzijds meer controles (bv. bloed staal afnamens voor alcohol bepaling door de politie) en minder patiënten, anderzijds misbruiken i.v.m. de "beschikbaarheid" Basis-subsidiering is belangrijk.

? Beeldvorming over de HA bij het publiek, niet artsen. (Yvan Mertens, Hugo Portier, Herman Gevaert)

1. Er bestaat enige verwarring i.v.m. de groepspraktijken en netwerken: moet er hierin een soort "specialisten" werkzaam zijn? (Antwoord= uiteraard niet!)
2. HA zou een negatieve klank hebben en hij zou daarbij "zijn waar niet goed kunnen verkopen"
3. Als patient kan men zich niet verdedigen tegen de machtspositie van de arts.
4. Misbruiken (door de artsen aangehaald) zijn te vinden in alle sectoren waar gesubsidieerde dienstverlening bestaat.
5. Rechtstreekse toegang tot de 2de lijn kan alleen aangepakt worden door een partiele terugbetaling.
6. Begripsverwarring bestaat bij het publiek; als voorbeeld wat betekent "sportgeneesheer"?

Antwoord van de HA (Dr. Chris Geens, Dr. Paul Putzeys, Dr. Luc D'Hooghe)

1. De negatieve beeldvorming is niet specifiek voor de HA maar bestaat t.o. elk arts. De media zijn hiervoor verantwoordelijk.
2. De negatieve beeldvorming over de HA is niet zo absoluut: getuige het hoog percentage patiententrouw.
3. Het blijft een feit dat de HAen zelf aan positieve "Image-building" moeten doen.

? Relatie HA specialist: (Dr. Chris Geens, Dr. André Lerminiaux)

De grote meerderheid van de huisartsen is voor een doorgedreven echelonnering waarbij eventueel financiële sancties moeten voorzien worden.

? Spoedgevallen (Dr. Roger Renders)

1. De beschikbaarheid van de HA kan geregeld worden door netwerken van HAen.
2. Voorstel om een HA-wachttelefoonnummer voor gans Vlaanderen te voorzien, bemand door een HA.
3. Voorstel om een terugverwijzing van de "spoed" naar de HA wachtdienst of de HA, die moet gehonoreerd worden (bij oneigenlijk gebruik van de "spoed")
4. De samenwerking met de "spoed" moet gebeuren niet op concurrentiële basis, maar wel door taakverdeling.

? Slotvraag Dr. Frans De Vos: "moet er een eigen Vlaamse gezondheidszorg komen in Vlaanderen?"

Antwoord: alle aanwezigen zeggen: JA!

Verlag van de discussiegroep "Extra Muros Specialisten"

Dr. Robert DE BEULE

1. Moeten wij ons bestaan verdedigen?

Ik hoop enkele rechtlijnige besluiten naar voor te brengen. Verplicht want wij worden platgedrukt door het rapport Aelvoet. **Eigenlijk niet nodig.** Onze patiënten wensen ons omdat de extramurale specialisten een goede geneeskunde leveren, waar zij gemakkelijker naar toe kunnen, waar steeds dezelfde geneesheer hun dossier behandelt en zij meer persoonlijk aan bod komen. Trouwens het stellen van de diagnose in een ziekenhuis kost beduidend meer dan in een privé praktijk. Als de vrijgevestigde geneesheer verdwijnt, zal er een duurbetaalde privé overblijven alleen voor de heel rijken.

2. Hoe ons verdedigen zonder statistieken?



Zowel de privé specialist als de Vlaamse geneesheer beschikken over geen juiste cijfers om onze kwaliteit en deelname aan de uitoefening van de geneeskunde te kunnen bewijzen.

Moet dat door privé bureaus? Zou wellicht minder tendentius en objectiever uitvallen. Denken wij maar aan het rapport Jadot.

Kwaliteitscontrole?

Is zeker goed. Hierdoor wordt bewezen dat privé geneeskunde ook goede geneeskunde is. Dient best door het geneeskundig korps zelf georganiseerd te worden, bv. door peer-review.

Gedifferentieerde tarieven?

Dr. Robert de Beule

Geen principiële bezwaren, als ze op een objectieve basis vastgelegd worden, rekening houdend met de nodige investeringen om de goede kwaliteit te

blijven waarborgen.

Er bestaan al gedifferentieerde tarieven, nl. een negatief verschil in terugbetaling voor bepaalde prestaties nl. minder in de privé dan in de kliniek (RX-thorax).

5. Tot slot werd door vele panelleden een warm pleidooi gehouden voor de vrije keuze van de patiënt.

***Verlag van de discussiegroep
"Specialistische Geneeskunde in de Ziekenhuizen"***

Dr. Jan VAN MEIRHAEGHE



Echelonnering

Prof. Dr. Van Hee pleit in zijn inleiding voor een afbakening van de taken tussen de ziekenhuizen.

Maar een onderscheid tussen tweede en derde lijn, wordt in de ziekenhuiswereld niet door iedereen zomaar aanvaard. Er blijven in Vlaanderen duidelijk voorstanders van een meer liberale geneeskunde. Het zijn de vertegenwoordigers van VAS/VBS die deze stroming duidelijk verwoorden.

Toch blijkt uit de discussie dat de tegenstellingen eerder gaan over semantiek, dan wel over de grond van de zaak. Zo wordt duidelijk gesteld dat echelonnering geen waarde-oordeel is over kwaliteit. Een universitair ziekenhuis (UZ) heeft gewoonweg andere taken (opleiding, onderwijs) dan een algemeen ziekenhuis (AZ), waar hoogkwalitatieve specialistische zorg van meer praktische aard verleend wordt.

Als zorgprogramma's worden opgesteld om bepaalde pathologieën te groeperen, wegens hun schaarste of nood aan dure

hoogtechnologische aanpak, dan moet ook rekening gehouden worden met de regionale spreiding van ziekenhuizen. Sommige provincies hebben geen UZ. Overigens komt vaak de opmerking dat er teveel UZ zijn in verhouding tot de Vlaamse bevolking.

Dr. Jan Van Meirhaeghe

Ook het economisch aspect doorkruist de discussie over de echelonnering. Is Vlaanderen akkoord dat een appendectomie in een UZ drie maal meer kost dan in een AZ?

Onderzoek, opleiding en nieuwe technologie zijn voor de overheid argumenten om UZ anders te financieren dan AZ. Toch kunnen deze aspecten van de werking vaak even goed in algemene ziekenhuizen verzorgd worden. Overigens komt de financiering van onderwijs reeds van het Vlaamse niveau, en is het dus verkeerd dat dit deel van de financiering van UZ via RIZIV-gelden blijft gebeuren.

Financiering

Financiering en echelonnering zijn nauw met elkaar verweven, en ook hier komen in de gesprekken dezelfde argumenten van voor- en tegenstanders aan bod.

Er volgen enkele – soms zeer persoonlijke – pleidooien voor forfaitaire verloning, en dit zowel uit de UZ als uit de AZ. Uit de UZ ziet men node de beste krachten weglopen, wegens de vermeende betere financiële status in de AZ.

Minstens moet het debat gevoerd worden over de forfaitaire vergoeding, maar dat zal zeker niet zonder slag of stoot verlopen.

Opleiding

Moet zowel in UZ als in AZ gebeuren, wat trouwens de huidige situatie is!

Door een adequate aanpak van de plethora in Vlaanderen rijzen er binnenkort problemen voor de bestaffing van de ziekenhuizen, en het gevaar is reëel dat Nederlandsonkundige Franstalige artsen dit tekort zullen willen opvullen, omdat men daar geen maatregelen ivm de plethora genomen heeft. De toenemende vervrouwelijking van het beroep zal zich enten bovenop het nakende tekort aan "mankracht" voor de ziekenhuizen.

Tenslotte mag men de geschiedenis geen geweld aandoen, en mag men niet vergeten dat de plethora niet door de artsen werd opgebouwd. Het was Leburton die zei: "On les aura par le nombre"... !

Tot slot

Ere-volksvertegenwoordiger Jan Caudron klaagt de schrijnende toestand aan van de Vlaamse patiënten in de Brusselse ziekenhuizen, die hij vergelijkt met veterinaire keuring.

Te weinig Nederlandstalige artsen willen in Brussel werken, en een betere verloning vanwege de Vlaamse overheid zou hier zeker helpen.

Verschillende artsen klagen de ondervetegenwoordiging aan van de algemene ziekenhuizen en de kleinere entiteiten in de commissies en in de beleidsorganen. Ligt hier niet een taak voor het VGV, vragen ze?

Uit de discussie, met verschilpunten en overeenkomsten, bleek dat de deelnemers dit initiatief van het VGV gewaardeerd hebben, en dat er een vervolg verwacht wordt.

WELKE GENEESKUNDE WILLEN WIJ IN VLAANDEREN ?

BESLUITEN EN SLOTTOESPRAAK

Prof. Dr. Eric PONETTE

Sinds het aantreden van de nieuwe regeringen in de zomer '99, is het zowel in de Wetstraat als op het Martelaarsplein windstil geworden rond de Vlaamse eis om de volledige gezondheidszorgen toe te vertrouwen aan de Vlaamse en Franstalige gemeenschap.

Die eis staat wel in het Vlaams regeerakkoord doch is zelfs niet in embryonale vorm terug te vinden in het federale regeerakkoord.

De Waalse Minister-president Jean-Claude Van Cauwenberghe beschouwt de afwezigheid van ook maar de geringste overheveling van de Sociale Zekerheid (SZ) als één van de belangrijkste Waalse pluspunten in het Lambermontakkoord.

Argumenten voor communautarisering van de gezondheidszorgen.

Wij hebben nochtans goede argumenten om als Vlaamse gemeenschap de bevoegdheid over de integrale gezondheidszorg op te eisen.

1. Vooreerst leggen wij nu reeds een aantal eigen klemtonen ; wij wensen die in de toekomst nog duidelijker en vrijer te kunnen leggen.

? In "The Lancet" van 9 juni 2001 schrijft Prof. Dr. Boudewijn van Houdenhove naar aanleiding van het chronisch vermoeidheidssyndroom: "Walloons are more oriented - culturally as well as scientifically - to France, whereas Flemish people are on the same wavelength as countries with Anglo-Saxon culture and science. Consequently, Walloon and Flemish patients and doctors use different labels to communicate about distress and ill health. This labelling process is strongly mediated by the media but, interestingly, a new phenomenon is that the patients and their self-help associations actively participate in this process" (1).

Dit heeft voor een groot deel te maken met het Nederlandstalig en Franstalig onderwijs, evenals met de defederalisering van de arts- en specialistenopleiding. In dat verband verwees Prof. Dr. Els Witte van de V.U.B. naar de verschillende aanpak van de numerus clausus door Vlaanderen en Wallonië: "... Maar alles wat te maken heeft met de structuren en de regelgeving van de gezondheidssector zal uiteraard nog meer twee verschillende sporen gaan volgen. Kijk maar naar de numerus clausus in de geneeskunde, waar je in Wallonië een heel andere aanpak ziet ..." (2).

? Uit detailanalyse van de rapporten Jadot blijkt dat wij, bij het gebruik van de geldmiddelen, minder dan Wallonië de klemtoon leggen op klinische biologie en medische beeldvorming doch meer dan Wallonië op thuisverpleging, evenals op rust- en verzorgingstehuizen (figuur 1) (3).

? Dat de Vlaamse bevolking meer dan de Waalse gewonnen is voor één of andere vorm van echelonnering en dichter bij haar huisarts staat, was reeds langer geweten, doch blijkt nu duidelijk uit het veel grotere enthousiasme van de Vlaamse bevolking boven de 60 jaar voor een globaal medisch dossier (G.M.D.), dat bijgehouden wordt door een door de patiënt gekozen huisarts.

Zo blijkt uit een rondvraag door "Artsenkrant" bij de ziekenfondsen dat in het Christelijk ziekenfonds 6 van de 10 Nederlandstalige leden een G.M.D. aanvroegen tegen slechts 3 op de 10 Franstalige ; ook bij de Socialistische en Liberale ziekenfondsen is er een veel grotere deelname van de Nederlandstaligen (figuur 2) (4).

2. Ons tweede argument is dat samenhangende bevoegdheidspakketten de efficiëntie van het beleid bevorderen.

? Op dit ogenblik hebben 8 ministers verspreid over 6 regeringen in België te maken met het gezondheidsbeleid, daar waar twee (één per gemeenschap) zouden volstaan.

? Nu zijn de gemeenschappen verantwoordelijk voor het ziekenhuizenbeleid, terwijl de financiering van dat beleid een federale bevoegdheid is. Door dergelijke regeling wordt een spaarzaam beleid van de gemeenschappen niet gehonoreerd en bijgevolg niet bevorderd.

? De gemeenschappen zijn sinds 1980 verantwoordelijk voor de preventieve gezondheidszorg doch de federale overheid bleef bevoegd voor het grootste deel van de zorgenverstrekking.

Nochtans horen preventie en verzorging in een goed gezondheidsbeleid samen bij dezelfde overheid om redenen van efficiënte planning en budgettering.

Men kan het de gemeenschappen moeilijk ten kwade duiden dat ze onvoldoende investeren in preventie, wanneer de resultaten daarvan niet hun eigen budget, doch dat van een andere overheid, ten goede komen.

Doch het effect van een minder goede preventie is nefast voor de volksgezondheid. Zo stelde Prof. Dr. Chris Vandembroeke (Universiteit Gent) vast, enerzijds dat de levensverwachting in Wallonië, zowel bij mannen als bij vrouwen, korter is dan in Vlaanderen (Figuur 3) (5) en anderzijds dat dit verband houdt met een hoger Waals sterfterisico in vergelijking met het Vlaamse, op jonge middelbare leeftijd, namelijk tussen 30 en 50 jaar (figuur 4) (5) ; daarbij stelde hij de hypothese voorop dat dit verschil te maken heeft met een minder goede preventie. Wallonië heeft er dus alle baat bij om het ganse gezondheidsbeleid in eigen handen te nemen.

Verder stellen we vast dat Vlaanderen, zelfs vooraleer er sprake was van federale middelen voor borstkankerscreening,

met dat preventief onderzoek verder gevorderd was en is dan Wallonië.

3. Ons derde argument voor de toewijzing van de volledige gezondheidszorg aan de Vlaamse en Waalse volksgemeenschap is de responsabilisering tot een gezondheidsbeleid met optimale prijs/kwaliteitsverhouding. Het is voldoende gekend dat de toekenning van financiële verantwoordelijkheid voor de besteding van een bepaald budget, de bedachtzaamheid bij de uitgaven bevordert.

Doch de responsabilisering neemt nog toe wanneer de deelstaat bovendien verantwoordelijk wordt voor de inning van de inkomsten, dus fiscaal autonoom wordt.

Responsabilisering van een gemeenschap voor haar gezondheidsbeleid heeft evenwel niet alleen financiële voordelen, doch zal er ook voor zorgen dat specifieke gezondheidsproblemen van die gemeenschap beter aangepakt worden.

4. Ons vierde argument is dat wij in Vlaanderen zuiniger omspringen met de overheidsmiddelen.

Dit wordt nog eens aangetoond in het vierde (voorlopig laatste) rapport Jadot, gepubliceerd op 29 november '99 over het jaar 1997: de uitgavenkloof (meer - uitgaven in Wallonië in vergelijking met het aantal verzekerden + minder - uitgaven in Vlaanderen in vergelijking met het aantal verzekerden) tussen Vlaanderen en Wallonië bedroeg toen minstens 15,646 miljard frank (figuur 5) (6).

Een ander leerzaam document is een recent rapport van het RIZIV, vermeld in "Artsenkrant" van 20 april (7) en 1 juni 2001 (8) over regionale aspecten van antibioticagebruik en appendectomieën (figuur 6).

Het antibioticagebruik ligt 30 % hoger in Wallonië dan in Vlaanderen.

Het aantal appendectomieën ligt duidelijk hoger in Wallonië dan in Vlaanderen, wat op zichzelf reeds vragen doet stellen. Doch de kostprijs van de preoperatieve onderzoeken, die de appendectomie voorafgaan, ligt eveneens duidelijk hoger in Wallonië, zowel voor klinische biologie, Rx thorax, als electrocardiogram, om nog te zwijgen over vector- en fonocardiogram.

Deze zaken wijzen duidelijk op een verschillende medische cultuur.

De gezondheidszorgen in Brussel.

Wat de modaliteit van de defederalisering van de gezondheidszorgen betreft, die een persoonsgebonden materie zijn, wil ik duidelijk stellen dat het Vlaams Geneeskundigenverbond (V.G.V.) en het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (O.V.V.) van meet af aan hebben gekozen voor een communautarisering en niet voor een regionalisering.

Dat wil dus zeggen dat wij in het Brussels hoofdstedelijk gewest met zijn 19 gemeenten een regeling willen, waarbij de inwoners de keuzemogelijkheid krijgen tussen aansluiting bij het gezondheidszorg - verzekeringsstelsel van de Vlaamse gemeenschap of bij dat van de Franstalige gemeenschap. Daarom wil ik de titel van dit colloquium verduidelijken als "Welke geneeskunde willen wij voor de Vlaamse gemeenschap?"

Of die aansluiting in Brussel na verloop van tijd al dan niet kan gewijzigd worden moet bespreekbaar zijn.

De door sommigen geuite bezwaren van administratieve aard voor de artsen en voor de ziekenhuizen in Brussel zijn gemakkelijk op te lossen in dit computertijdperk.

De voorgestelde regeling heeft bovendien enkel te maken met de keuze van het gezondheidszorg - verzekeringsstelsel en belet in principe niemand - noch in Brussel, noch in Vlaanderen of Wallonië - een arts te raadplegen die werkzaam is in de gezondheidsstructuur van de andere gemeenschap.

Organisatie van de gezondheidszorgen in de Vlaamse gemeenschap.

In afwachting van de communautarisering van de gezondheidszorgen moeten we ons daarop voorbereiden onder Vlaamse artsen. Dat is de bedoeling van dit colloquium, van deze "samenspraak".

Ons vanzelfsprekend gemeenschappelijk **doel** als artsen is een gezondheidszorg met een preventief en een curatief luik, een gezondheidszorg met een optimale prijs/kwaliteitsverhouding, en een gezondheidszorg die toegankelijk is voor zoveel mogelijk mensen uit de ons toevertrouwde gemeenschap. (figuur 7) Over dat uitgangspunt als voornaamste pijler zal weinig discussie bestaan.

Doch om dat doel te bereiken is **planning** noodzakelijk.

Dat is vanzelfsprekend het geval voor de preventieve geneeskunde, waar men niet alles ineens kan verwezenlijken doch waar men bepaalde doelstellingen met bijhorende termijnen voor de verwezenlijking moet vooropstellen.

Planning en regelgeving is ook noodzakelijk voor de curatieve geneeskunde.

Naargelang de geneeskunde vordert moeten we aanvaarden dat een aantal diagnostische methodes en behandelingswijzen achterhaald zijn en verdrongen worden door andere ("evidence based medicine"); we moeten ook zorgen dat we daarvan op de hoogte blijven ("permanente vorming") en we moeten onze diagnostische en therapeutische bekwaamheid regelmatig testen. ("peer review")

Planning is ook noodzakelijk in verband met de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten, evenals tussen verschillende types ziekenhuizen onderling.

Bij de planning van preventieve en curatieve geneeskunde moeten frequent budgettaire keuzen worden gemaakt, omdat de beschikbare overheidsmiddelen uiteraard niet oneindig zijn.

In die planning is er een rol voor de overheid, als uitvoerder van de beslissingen van het parlement en als behoeder van het budget, doch een evenwaardige rol voor de artsen, waarbij ook de stem van andere beroepsgroepen, werkzaam in de gezondheidssector, moet worden gehoord. Idealiter moet dit alles in een onderlinge samenwerking kunnen gebeuren.

Ook deze stellingen over de noodzaak en de principes van planning, die ik de tweede pijler zal noemen, lijken logisch in de ogen van een arts, in het jaar 2001.

Doch er is nog een derde pijler waarop onze geneeskunde sinds jaar en dag berust: de traditionele **vrijheid** van diagnose en behandeling voor de arts en het recht van de patiënt om zelf zijn arts te kiezen. Die stelregel heeft gedurende eeuwen de handelwijze van de artsen bepaald en is eveneens eerbiedwaardig hoewel niet absoluut: enerzijds zou hardnekkig vasthouden van voorbijgestreefde diagnostische of therapeutische technieken onverstandig zijn en anderzijds heeft de patiënt bv. tijdens de wachtdienst slechts een beperkte keuzevrijheid.

Wanneer artsen het onderling of met de overheid oneens zijn over de organisatie van de gezondheidszorg, dan heeft dat meestal te maken met modaliteiten van de "planning", vooral wanneer die in conflict komen met de "vrijheid" van de arts of van de patiënt.

De voornaamste knelpunten die aan het licht kwamen hetzij tussen de discussiegroepen onderling, hetzij binnen de discussiegroepen, draaien rond echelonnering en financiering.

Wat zijn de best aanvaardbare echelonneringsmodaliteiten tussen huisarts en specialist, tussen algemene en universitaire ziekenhuizen ?

Wat is de best aanvaardbare financieringsmodaliteit: per prestatie, forfaitair of gemengd ?

De oplossing van die problemen is de dialoog, waarin vooreerst onder artsen moet worden gezocht naar een harmonisering van planning en vrijheid, waarbij we verder onder artsen moeten nadenken en discussiëren over modaliteiten van "planning", en waarbij we tenslotte als artsen de dialoog met de overheid moeten aangaan en vanuit onze medische competentie constructieve voorstellen moeten doen en de voorstellen van de overheid kritisch moeten evalueren.

Uit de discussie kwamen bovendien een aantal eisen en aanbevelingen naar de overheid tot uiting, o.a. de eis om de extra muros specialisten hun bestaansrecht te gunnen, de eis om de Nederlandstalige patiënten in de Brusselse ziekenhuizen in het Nederlands op te vangen, de nood aan actuele en voor iedereen beschikbare statistische gegevens, de vraag om de samenstelling van de Vlaamse gezondheidsraad aan te passen.

Besluiten.

1. Ik ben verheugd dat hier artsen uit artsenverenigingen, artsensyndicaten, vertegenwoordigers van ziekenfondsen en van de Vlaamse Administratie Gezondheidszorg, doch ook politici en anderen die belang stellen in deze problematiek samen geluisterd en gediscussieerd hebben over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Wij zullen deze discussie verder zetten.

2. Ik ben ervan overtuigd dat de communautarisering van de gezondheidszorg er komt, omdat we behalve goede inhoudelijke argumenten ook legale argumenten hebben:

? Vooreerst is er de bijzondere wet van 8 augustus 1980 die bepaalt dat het Vlaamse parlement en de Vlaamse regering, wat het gezondheidsbeleid betreft, bevoegd zijn voor de zorgenverstrekking - weliswaar met tal van uitzonderingen - en voor de gezondheidsopvoeding evenals de preventieve gezondheidszorg (figuur 8) (9).

? Verder zijn er de resoluties over de staatsvorming van het Vlaams parlement, goedgekeurd met een grote meerderheid en zonder tegenstemmen op 3 maart 1999 ; hierin staat dat de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid voor het volledige gezondheids- en gezinsbeleid integraal naar de deelstaten moet worden overgeheveld met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen en met keuzemogelijkheid voor de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (figuur 9) (10).

? Tenslotte is er het huidige Vlaamse regeerakkoord van juli 1999 waarin gesteld wordt dat in de eerste helft van deze legislatuur een definitieve oplossing moet worden geboden voor de gezondheidszorg en gezinsbijslag, waarbij de Vlaamse regering streeft naar de overheveling van de normerings- en uitvoeringsbevoegdheden betreffende het gezondheids- en gezinsbeleid naar de gemeenschappen.

In de toegevoegde regeringsverklaring zegt Minister president Patrick Dewael bovendien dat alle partijen die ook in de federale regering vertegenwoordigd zijn, zich engageren om afspraken van het Vlaamse Regeerakkoord inzake institutionele vernieuwing consequent te verdedigen op het federale niveau (figuur 10) (11).

3. Wat in Schotland, Zwitserland, Spanje en Canada mogelijk is, moet ook in Vlaanderen kunnen.

Wij geven Minister - president Dewael en Minister Vogels nog steeds krediet en vragen hen met aandrang het dossier van de communautarisering van de gezondheidszorgen terug op het politieke forum te brengen.

23 juni 2001

F i g u r e n

Gemiddelde kostprijs per rechthebbende

(bij nationale gemiddelde kostprijs = 100)
Algemene regeling (93.2 % van de uitgaven)

Dienstjaar 1997

	VL	W	B
? Klinische biologie (amb. +gehosp.)	89	113	124
? Nierdialyse	95	100	134
? Thuisverpleging	115	89	42
? Rust- en verzorgingstehuizen	110	78	113
? Rustoorden voor bejaarden	88	108	151
? Ziekenhuisverpleging	93	105	127
? Psychiatrische instellingen	117	76	77
? Geneesmiddelen (huisartsen)	94 *	119 *	76 *

* indien loc. huisartsen = loc. patiënten.

Bron: 4^e rapport Jadot (29.11.99)

Deelname aan Globaal Medisch Dossier door 60+ patiënten (eind april 2001)*

	N	F
Christelijk ziekenfonds	6 op 10	3 op 10
Socialistisch ziekenfonds	182.000	127.000
Liberaal ziekenfonds	63.051	15.345

*Bron: Artsenkrant 27.04.01

Figuur 1

Figuur 2

Bijlage :levensverwachting bij de geboorte per regio

MANNEN

	1987	1998	Verschil
Vlaanderen	73,24 jaar	75,76 jaar	2,52 jaar
Wallonië	70,42 jaar	73,15 jaar	2,73 jaar
Brussels Hoofd- Stedelijk Gewest	71,79 jaar	74,15 jaar	2,36 jaar

Nieuwsbrief VGV, mei-juni 2001

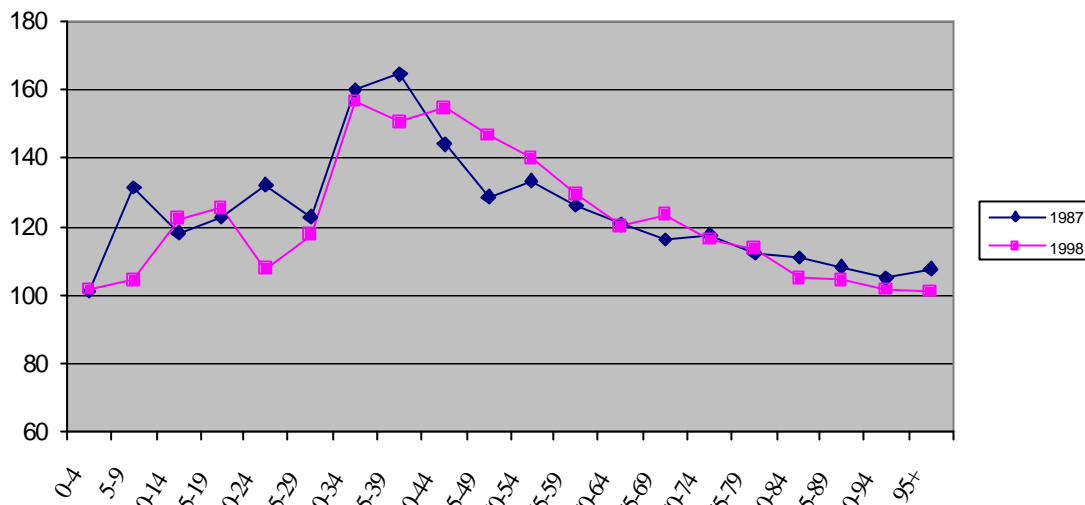
VROUWEN

	1987	1998	Verschil
laanderen	79,47 jaar	81,62 jaar	2,15 jaar

Vallonië	77,87 jaar	80,16 jaar	2,29 jaar
russels Hoofd- tedelijk Gewest	78,89 jaar	80,96 jaar	2,07 jaar

Figuur 3

Procentuele verhouding van de sterfrisico's per leeftijd in Wallonië t.o.v. Vlaanderen (=100%)



Nieuwsbrief - VGV, mei-juni 2001

Figuur 4

Uitgavenkloof Vlaanderen - Wallonië 1997

Algemene regeling + zelfstandigen	11,660 miljard BEF
Pharmaca huisartsen	3,986 miljard BEF
TOTAAL	15,646 miljard BEF

Nieuwsbrief - VGV, mei-juni 2000

Rapport Dienst Geneeskundige Verzorging RIZIV*

Antibiotica gebruik
30 % hoger in Wallonië dan in Vlaanderen.

Appendectomieën

? Aantal appendectomieën
Wallonië 197/100.000 inw.
Vlaanderen 146/100.000 inw.

? Aantal spoedappendectomieën
Wallonië < Vlaanderen

? Pre-operatieve onderzoeken bij appendectomieën:
Klinische biologie
Wallonië 1.880 BEF
Vlaanderen 1.188 BEF
Wetenschappelijke lit. 1.077 BEF

E.C.G.
Wallonië 4x frequenter dan Vlaanderen

RX Thorax
Wallonië: bij 47,5 %
Vlaanderen bij 21,9 %

Vector- + fonocardiogram
Wallonië: sommige ziekenhuizen systematisch
Vlaanderen: praktisch geen.

*Geert Verrijken, *Artsenkrant* 20.04.01 en Filip Ceulemans, *Artsenkrant* 01.06.01

Figuur 5

Figuur 6



BIJZONDERE WET VAN 8 AUGUSTUS 1980 TOT HERVORMING DER INSTELLINGEN

Art. 1§ 1 - De Raad en de Regering van de Vlaamse Gemeenschap ... zijn bevoegd voor de aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis van de Grondwet.

Art. 5 § 1 - De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59 bis, § 2bis, van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft:

1° het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van:

a) de organieke wetgeving;

b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;

c) de ziekte - en invaliditeitsverzekering;

d) de basisregeling betreffende de programmaties;

e) de basisregeling betreffende de financiering van de infrastructuur met inbegrip van de zware medische apparatuur;

f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoor;

g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

2° De gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

RESOLUTIES STAATSHERVORMING VAN HET VLAAMS PARLEMENT**3 maart 1999**

Resolutie 4 betreffende het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten in de volgende staatshervorming.

Het Vlaams parlement aanziet het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten dan ook als een prioritaire doelstelling van de volgende staatshervorming. Dit impliceert inzonderheid het volgende;