

# Gezondheidszorg is geen koopwaar

Dr. Dirk Van Duppen neemt op 23 april deel aan het paneldebat van het symposium 'Medische Wereld'. Dat doet hij in zijn hoedanigheid van huisarts (praktijk Geneeskunde voor het Volk, Deurne) en van gezondheidsspecialist bij PVDA. Voor *Medi-Sfeer* overloopt hij nu alvast de standpunten die hij op het symposium zal verdedigen, onder vorm van een gestructureerde visie op de gezondheidszorg.

**"G**ezondheidszorg is een basisrecht", zegt dokter Van Duppen. "Dat staat niet alleen in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in onze Grondwet, maar wordt ons ook ingegeven door ons ethisch en maatschappelijk denken. Een rechtstreeks gevolg daarvan is dat gezondheidszorg geen koopwaar mag zijn. Uit de resultaten van mijn wetenschappelijke studie blijkt dat drie concepten belangrijk zijn voor een goede organisatie van de gezondheidszorg: solidariteit, samenwerking en een beleid gestoeld op bewijzen – *evidence-based medicine* of conclusies van wetenschappelijk onderzoek over de organisatie van de zorg."

"Die drie concepten komen ook voor in het boek dat ik in september zal publiceren samen met Johan Hoebeke, professor emeritus in de moleculaire biologie: *De supersamenwerker* (zie kader). Maar hieronder zal ik ze toelichten aan de hand van vijf relevante dimensies in de gezondheidszorg, die centraal staan in het debat dat zal worden gevoerd op het symposium 'Medische Wereld', en meer algemeen in het debat dat in de toekomst sowieso op maatschappelijk niveau moet plaatsvinden."

## 1. De strijd tegen ongelijkheid

Met gezondheid en gezondheidszorg zijn er een aantal intrinsieke ongelijkheden verbonden. Een eerste aspect daarvan is de sociale gradiënt van gezondheid: sociaal kwetsbare personen zijn vaker ziek, hebben een minder goede gezondheidstoestand en kijken aan tegen een lagere levensverwachting. Een Belgische studie, die intussen een tiental jaar oud is, wees uit dat er destijds tussen de hoogst- en de laagstgeleiden een verschil in levensverwachting van 7 jaar bestond. Bij vrouwen viel op dat vooral het verschil in gezonde levensverwachting groot was, met een kloof van 25 jaar. Vrouwen uit de minst goeude sociale klassen zijn dus al chronisch ziek nog voor ze de pensioengerechtigde leeftijd bereikt hebben. Intussen is er een tweede studie in de maak, waarvan de resultaten al gedeeltelijk bekend zijn. De studie kijkt naar drie variabelen: opleidingsniveau, inkomen en sociale status. Als men de groepen uit elkaar trekt aan de hand van die drie variabelen, dan draagt het verschil in levensverwachting tussen de meest en de minst bedeeden 14 jaar. "Dat kan betekenen dat je over een afstand van twee metrostations een verschil in levensverwachting van 14 jaar opmeet", illustreert de PVDA-gezondheidsspecialist.

Een tweede aspect van ongelijkheid in

gezondheid en gezondheidszorg betreft de scheve risicoverdeling: 10% van de patiënten consumeert 75% van het aanbod in gezondheidszorg. De sterk zorgbehoevende groep omvat hoofdzakelijk chronische patiënten en ouderen.

"Als men de beide ongelijkheden samenneemt – de sociale gradiënt en de scheve risicoverdeling – én als men gezondheidszorg beschouwt als een basisrecht, dan wordt duidelijk dat men alleen aan de bestaande zorgbehoefte kan voldoen aan de hand van **solidariteit**", zegt Dirk Van Duppen. "Er moet binnen de bevolking een transfer van middelen bestaan van gezond naar ziek, van jong naar oud en van actief naar inactief. Deze vaststelling staat haaks op het commercialiseren van gezondheidszorg, zoals privéverzekeraars dat doen. Een private zorgverzekering wordt bij voorkeur toegekend aan jonge, gezonde en koopkrachtige mensen. Ik heb laatstleden een patiënt gehad die voor zijn hospitalisatieverzekering werd uitgesloten van alle ziekenhuisopnames die iets met de prostaat te maken hadden, omdat hij een middel tegen prostaatisme nam."

## 2. Een pragmatische omgang met het winstgestuurde functioneren van de geneesmiddelensector en de sector van medical devices

Dr. Van Duppen schuift hier het kiwimodel naar voren, dat hij enkele jaren geleden in België gelanceerd heeft. De eerste stap bij het toepassen hiervan is de behoefteanalyse. Als de resultaten van die analyse eenmaal voorliggen, is een panel van onafhankelijke experts aan zet om te bepalen welk geneesmiddel de bestaande behoefte(n) het best kan dekken. Het doorlopen van deze twee stappen doet een beroep op **evidence-based gegevens**. Met het oog op de gezamenlijke koopkracht bedingt de ziekteverzekering in een derde stap de beste prijs voor het geneesmiddel. "Hier komt het **solidariteitsprincipe** in beeld, want onze gezamenlijke koopkracht is een solidair gegeven", duidt Dirk Van Duppen. "Daarnaast hoeft het geen betoog dat **samenwerking** als een rode draad doorheen de uitrol van het kiwimodel loopt." Het kiwimodel wordt intussen in ons land toegepast op vaccins en nog enkele andere geneesmiddelenklassen. In het buitenland is het veel verder ontwikkeld.

## 3. De motivatie van artsen

"Mijn stelling: geld is niet wat artsen echt motiveert", aldus dr. Van Duppen. "Het artsenberoep heeft een aantal eigenschappen die maken dat de intrinsieke motivatoren ervan zeer krachtig kunnen

zijn. Een klassiek voorbeeld is de autonomie van artsen (*mastership* in de Engelstalige literatuur), wat verwijst naar de mogelijkheid die de persoon heeft om zichzelf te ontwikkelen. Een andere belangrijke intrinsieke motivator is de mogelijkheid om met anderen samen te werken. Of nog, de missie: het artsenberoep is een nobel beroep, waarbij je anderen kunt genezen. Je haalt daar niet alleen voldoening uit, maar ook dankbaarheid van de kant van de patiënt. Bovendien heb je ruimte voor vernieuwing en kwaliteitsverbetering. Omdat de intrinsieke motivatoren talrijk en krachtig zijn, moet men vermijden te veel te focussen op extrinsieke motivatie onder vorm van financiële *incentives*. Dat verklaart de hele discussie – die ook op het symposium zal worden gevoerd – rond nomenclatuur. Niemand wil zogenaamd iets doen als daar geen vergoeding tegenover staat. Dat is absurd. Recent onderzoek toont aan dat de intrinsieke motivatoren, zeker bij mensen met een conceptueel beroep zoals artsen, veel krachtiger zijn dan de extrinsieke motivatoren. Maar men heeft ook aangetoond dat het inspelen op de factor 'geld' de intrinsieke motivatoren verdringt: je zet mensen ertoe aan zich steeds weer af te vragen hoeveel ze aan een interventie zullen verdienen."

"Een voorbeeld van correct motiveren vindt men in de universitaire ziekenhuizen. De artsen-academici krijgen daar een fatsoenlijk loon, met sociale zekerheid en pensioenopbouw. De arts hoeft dus geen bvba op te richten om in goede en slechte tijden over het nodige geld te kunnen beschikken, of om zijn fiscaliteit te regelen. Daardoor kan hij zich volledig toeleggen op de intrinsieke motivatie. Nu kan je toch niet zeggen dat artsen in academische ziekenhuizen niet hard werken. Ze hebben vaak in hun hoedanigheid als stafid nog een hele reeks activiteiten buiten de zorg in het ziekenhuis en het lesgeven."

"We moeten het systeem van de academische ziekenhuizen veralgemenen, zoals dat het geval is in Scandinavische landen. Op die manier kunnen we vermijden dat artsen in privéziekenhuizen gaan werken omdat ze daar viermaal meer verdienen. Dat is niet rechtvaardig. En het is ook niet stichtend als zo iets in de pers komt. Bovendien toont onderzoek aan dat het niet wérkt. Uit gegevens blijkt dat, binnen een bepaald bereik, het psychisch welzijn van werkenden stijgt naarmate hun loon toeneemt. Maar op zeker ogenblik bereikt die curve een plateau: meer loon doet het geluksgevoel niet verder toenemen. Erger nog is dat wanneer men het loont blijft opdrijven,

het geluksgevoel gaat dalen. Werk moet dus betaald worden met het loon waarop de curve in haar plateau treedt. Een KCE-studie wijst uit dat artsen die vooral met mensen werken (zoals psychiaters, geriateren, kinderartsen en reumatologen) een relatief lage vergoeding krijgen ten opzichte van specialisten die vooral met machinerie werken (zoals dialysespecialisten en radiologen)."

"Wat we moeten bestrijden in onze gezondheidszorg, is wat ik de *prestatitis* noem – of een mentaliteit waarin de arts des te meer betaald wordt naarmate hij meer prestaties levert. Dat leidt tot perverse toestanden. Een andere kwaal van ons systeem is de *suppletitis*: patiënten betalen supplementen en krijgen daardoor een voorkeursbehandeling. Het **solidariteitsprincipe** komt hier in het gedrang. Het aanrekenen van supplementen moet verboden worden. Artsen moeten werken waar ze het meest nodig zijn, niet waar ze het meest verdienen. Vaak vallen die beide locaties niet samen."

## De supersamenwerker – nieuw boek op komst

**"D**e timing van het interview is eigenlijk prima", zegt Dirk Van Duppen. "In september publiceer ik een nieuw boek, samen met Johan Hoebeke, professor emeritus in de moleculaire biologie: *De supersamenwerker*. Het boek kijkt naar de manier waarop ons mensbeeld de laatste 10-15 jaar veranderd is onder invloed van verschillende disciplines, essentieel de neurowetenschappen, de evolutionaire psychologie en paleoantropologie. Uit onze gegevens blijkt dat we steeds meer naar een sociaal mensbeeld geëvolueerd zijn. Er zijn intussen robuuste studies voorhanden die aantonen dat er bij de mens een co-evolutie bestaat tussen sociaal-zijn en cumulatieve intelligentieopbouw. Vergeleken met de chimpansees, de primaten die het dichtst bij ons staan, zijn wij van nature supersociale en supersamenwerkende wezens. Het is in belangrijke mate een instinct waarmee we geboren worden. Door ons potentieel om samen te werken en ons solidair gedrag hebben we onze intelligentie kunnen opbouwen. Chimpansees hebben geen cumulatieve intelligentieopbouw. De drie concepten die ik hier voortdurend aangehaald heb, zijn dus ook prominent aanwezig in het boek: samenwerking, solidariteit en de mogelijkheid tot wetenschappelijk denken, die we aan onze intelligentie te danken hebben." ■



#### 4. Patiëntgerichte geneeskunde

De arts tast in de dialoog met de patiënt alle somatische, psychische en sociale aspecten van de zorgvraag af. Hij heeft aandacht voor de bezorgdheden/angsten en de verwachtingen van de patiënt. Aan de hand van deze gegevens én **gegevens uit wetenschappelijke studies** doet hij de patiënt het meest geschikte behandelingsvoorstel, dat hij op een bevattelijke manier verwoordt. Men kan spreken van een democratisering van de geneeskunde. Samen komen arts en patiënt tot een consensus over het te voeren beleid. Dirk Van Duppen: "Onderzoek heeft de verdiensten van de patiëntgerichte geneeskunde duidelijk aangetoond. De 'warme arts', zo blijkt uit gegevens, is veel helender dan de 'koude arts': de patiënt voelt zich beter en maakt het ook objectief beter. David Sackett heeft als pionier de *evidence-based medicine* voorgesteld als een vennediagram van drie verzamelingen: de harde bewijzen vanuit klinische studies; de normen, waarden en geschiedenis van de patiënt; en de normen, waarden en expertise van de arts. De drie moeten worden geïntegreerd. EBM is dus geen kookboekgeneeskunde die je klakkeloos op de patiënt toepast. Dat werkt niet. EBM behelst niet alleen het gebruik van *evidence-based* gegevens. Er moet ook **solidariteit** en een doeltreffende **samenwerking** met de patiënt bestaan."

#### 5. De impact van gezondheidsdeterminanten/de arts als gezondheidsactivist

"Het referendum tegen de Lange Wapperbrug, dat het betrokken project wegstemde, is van onze praktijk uitgegaan", vertelt Dirk Van Duppen. "In 2008 hadden we vastgesteld dat de helft van de kinderen onder de zes jaar bij ons een doseeraerosol gebruikte. Dat is geen normaal cijfer. In een praktijk in Baarle-Hertog haalde men slechts een tiende van dat cijfer. Net toen verscheen in *The Lancet* een artikel dat het verband aantoonde tussen verkeer en longlijden. We concludeerden daaruit dat onze registratie te maken had met de nabijheid van grote wegen, inclusief de Ring. Door acties tegen de Lange Wapperbrug heb ik als arts meer kunnen doen dan alleen maar een aerosol voorschrijven aan patiënten die al last hadden. Als arts moet je ook onderzoek doen naar de impact van sociale determinanten op de gezondheidszorg. Ook op dat vlak zijn **solidariteit, samenwerking** en **evidence-based medicine** noodzakelijke ingrediënten."

"We hebben hier in de praktijk onderzoek gedaan naar de impact van een onzekere werksituatie op de gezondheid. We gebruikten daarvoor de 100 vragen van de nationale gezondheidsenquête. De paar 100 patiënten tussen 18 en 50 jaar die deelnamen, kenden de onderzoeksvraag niet. Het hardste eindpunt 'zelfmoordgedachten tijdens het afgelopen jaar', was het sterkst gecorreleerd met baanverlies: 33% van de mensen die in het afgelopen jaar werkloos waren geworden, had zelf-

moordgedachten. Bij mensen die met ontslag werden bedreigd, bedroeg het aandeel 18%. Het gemiddelde van de volledige populatie was 10%, wat ten opzichte van de 5% in de nationale Gezondheidsenquête heel veel is. Wij zien hier in onze praktijk dan ook een sociaal kwetsbare populatie. Onze resultaten vormen een krachtig signaal, dat wij de overheid kunnen voorleggen met het verzoek om iets aan de werkloosheid te doen."

**Dr. Michèle Langendries**



**Dirk Van Duppen:**  
"In ons onderzoek was het hardste eindpunt 'zelfmoordgedachten tijdens het afgelopen jaar' het sterkst gecorreleerd met baanverlies: 33% van de mensen die in het afgelopen jaar werkloos waren geworden, had zelfmoordgedachten."

Het symposium 'Medische Wereld' vindt plaats op zaterdag 23 april vanaf 8.50u (onthaal vanaf 8.15u) tot 18u. Daarna volgt een barbecue. Programma en inschrijving: [www.medischewereld.be](http://www.medischewereld.be).

# SYMPOSIUM MEDISCHE WERELD

zaterdag

23 april 2016

## 9:00 Deel 1 ETHIEK EN ECONOMIE

Moderatoren: Prof. dr. J. Lamote & Mr. W. Debeuckelaere

**BTW heffing op esthetische geneeskundige verrichtingen: status quo**

Dr. A. Verpaete Plastisch Chirurgie Coupure Centrum

**BTW en geneeskunde: aandachtspunten voor uw praktijk**

Mr. T. De Gendt Advocaat & Universiteit Hasselt

**E-health is empowered health**

Dhr. L. Engelen Radboudumc Nijmegen

**Deontologische aspecten van m-health en e-health**

Prof. dr. M. Deneeyer Medische Deontologie & Bio-ethiek VUB

## 11:00 Deel 2 DEBAT GEZONDHEIDSZORG 2016

Moderatoren: Dhr. Y. Desmet (HUMO) & Dhr. G. Tegenbos (De Standaard)

Prof. dr. D. Devroey kabinet minister Maggie De Block | Dhr. J. De Cock Administrateur-Generaal Riziv

Prof. dr. M. Decramer CEO UZ Leuven | Dhr. P. Degadt Godolegeerd bestuurder Zorgnet Icuuro

Prof. dr. B. Velkeniers Voorzitter Planningscommissie | Dr. D. Van Duppen Gezondheidsspecialist PVDA

**Thema 1 Herziening Riziv-nomenclatuur en derdebetalersregeling**

• Mevr. A. Reymen | Prof. dr. M. Hamdi | Dr. R. Huibing (ADGB)

**Thema 2 Nut/rol van de mutualiteiten**

• Dhr. L. Van Gorp | Dhr. G. Peeters | Dr. R. Van Giel (Domus Medica)

**Thema 3 Problematiek dubbele cohorte en assistentenplaatsen**

• Dr. V. Tshiane | Mevr. J. Kups | Dr. J. De Tauf (BVAS)

## 14:00 DEEL 3 TOPDOKTERS IN DE MEDISCHE WERELD

Moderatoren: Dr. M. Degueidre & Dr. P. Buydens

**Geassisteerde voortplanting anno 2016**

Prof. dr. H. Tournaye Gynaecoloog UZ Brussel

**Brein en bewustzijn**

Prof. dr. S. Laureys Neuroloog CHU Luik

**Nieuwe ontwikkelingen in de robotchirurgie**

Dr. A. Mollrie Uroloog OLV Aalst

**Stoelgangstransplantatie: oude wijn in nieuwe zakken**

Prof. dr. D. De Looze Gastro-enteroloog UZ Gent

**Tracheaherstel: keuze tussen transplantatie en regeneratie?**

Prof. dr. P. Delaere KNO & Halschirurgie UZ Leuven

## 16:10 SLOT

Prijzuitreiking Beurs Medische Wereld en receptie

## 18:00 BARBECUE

**INSCHRIJVEN**  
voor 10 april op  
[www.medischewereld.be](http://www.medischewereld.be)

### LOCATIE

Geneeskunde en Farmacie VUB  
Laarbeeklaan 103  
1090 Jette

### DEELNAME

Student/ASO/HAJO € 10  
Anderen € 35  
Ontbijt, lunch, receptie & barbecue incl.

### ACCREDITATIE

Ethiek en Economie 3 CP  
Nationale Vergaderingen 2 CP

