



VERBOND DER BELGISCHE BEROEPSVERENIGINGEN VAN ARTSEN - SPECIALISTEN

FEDERATIE VAN VERENIGINGEN, DOOR DE WET ERKEND

Kroonlaan 20 - 1050 Brussel

☎ (02) 649.21.47

📠 (02) 649.26.90

✉ info@vbs-gbs.org

🏠 <http://www.vbs-gbs.org>

Standpunt van het uitvoerend bestuur van het VBS m.b.t. doelmatige zorg

Datum: 16/04/2021

Als vertrekpunt bekijken we de rechtsbeginselen die de conceptuele grondslag vormen van de denkwijze van het VBS en de visie om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. (punten 1 en 2) Vervolgens definiëren we de rol die de verschillende actoren – zorglijnen – van de medische wereld moeten spelen in een efficiënte structuur van de gezondheidszorg. (3, 4 en 5). Ten slotte belichten we de rol van de nomenclatuur, die elke hervorming op dit gebied moet ondersteunen. (6)

1. Het recht van de burger op gezondheidszorg in combinatie met de vrijheid van therapeutische keuze

Gezondheid is een grondrecht in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in de Grondwet.

Artikel 3

Een ieder heeft het recht op leven, vrijheid en onschendbaarheid van zijn persoon.

Artikel 22

Een ieder heeft als lid van de gemeenschap recht op maatschappelijke zekerheid en heeft er aanspraak op, dat door middel van nationale inspanning en internationale samenwerking, en overeenkomstig de organisatie en de hulpbronnen van de betreffende Staat, de economische, sociale en culturele rechten, die onmisbaar zijn voor zijn waardigheid en voor de vrije ontplooiing van zijn persoonlijkheid, verwezenlijkt worden.

Artikel 25

Een ieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, [...]

Elke Belgische burger moet dus kunnen genieten van gezondheidszorg en sociale zekerheid. Dit recht mag echter geen inbreuk maken op een ander grondrecht, namelijk dat van de persoonlijke vrijheid.

De toepassing van deze twee grondrechten heeft tot gevolg dat de patiënt, zelfs wanneer gezondheidszorg door de verplichte verzekering wordt gedekt, op advies van zijn arts of op eigen initiatief ook voor andere zorg kan kiezen. Het keuzerecht van de patiënt berust in de eerste plaats op zijn recht op vrijheid, maar wordt ook ondersteund door het wetgevend kader van het patiëntenrecht en de kwaliteitswet.

Volgens deze wet is de arts verplicht te werken volgens EBM. Hij beoefent de geneeskunde binnen zijn bekwaamheidsgebied, dat wordt vastgelegd in een portfolio, met inachtneming van de ethiek en de deontologie van het beroep.

2. De toekomst van de gezondheidszorg in België – 20.03.2020 Tomorrowlab

Een solidaire financiering gebaseerd op billijke bijdragen van ieder lid van de samenleving garandeert toegang tot kwaliteitszorg voor iedereen, ongeacht het inkomen. Naar Europese maatstaven scoort het Belgische systeem hoog wat toegankelijkheid betreft, maar de eigen bijdrage van de patiënt behoort tot de hoogste van de Europese landen.

Voorts is tijdens de denkoefening uitgevoerd door Tomorrowlab een aantal ontwikkelingen benoemd die een potentiële bedreiging kunnen vormen voor de solidariteit binnen de bevolking en voor de solidaire financiering van de gezondheidszorg in het bijzonder. De instandhouding van deze solidariteit moet daarom een prioriteit zijn op maatschappelijk en politiek niveau. Het document van Tomorrowlab neemt hier een standpunt in door het volgende te stellen¹

Het voortbestaan van deze solidaire financiering hangt in grote mate af van het welslagen van andere, hieronder beschreven deelprojecten en van het volgen van de reeds besproken waarden. blz. 36

Een gezondheidszorgstelsel waarin ieder lid van de samenleving naar eigen draagkracht bijdraagt, ongeacht de mate waarin hij van het stelsel gebruik maakt, en naar behoefte kwaliteitszorg kan ontvangen, ongeacht zijn bijdrage. p30

In alle gevallen moet rekening worden gehouden met de werkelijke behoeften en wensen van de patiënt: een behandeling, ook al wordt ze volgens de regels van de kunst verstrekt, die objectief gezien niet echt nodig was, bijvoorbeeld omdat er een goedkopere en even doeltreffende behandeling bestaat, of omdat ze er niet toe bijdraagt de door de patiënt verwachte kwaliteit en zinvolheid van het leven te waarborgen, kan niet worden beschouwd als een kwaliteitsbehandeling. blz. 34

Desalniettemin heeft iedere burger op basis van de bovengenoemde grondrechten het recht om het zorgtraject te kiezen dat bij hem past en/of door de arts wordt geadviseerd. De financiering van deze zorg wordt geregeld door de verplichte verzekering met haar regels en procedures. Deze regels en procedures zijn maatschappelijke keuzes. Indien de patiënt ervan afwijkt, zal hij het verschil moeten bijleggen tussen de door de verplichte verzekering “vergoede” zorg, die hij met zijn bijdragen helpt financieren, en de ontvangen zorg. Met andere woorden, hij krijgt een budget voor zijn pathologie en kan zijn gepersonaliseerde zorg financieren met eigen middelen of via een aanvullende verzekering.

Deze gecombineerde aanpak beoogt meer ruimte te geven aan een kwalitatief hoogstaand gezondheidszorgsysteem met eerbiediging van de vrijheid van de patiënt door een combinatie van verplichte verzekering en privéverzekering of eigen financiering door de patiënt. Deze structuur is momenteel de norm in sommige buurlanden. Zo bestaan in het Verenigd Koninkrijk privégeneeskunde en NHS samen met elkaar en vullen in Nederland privéverzekeringen de verplichte verzekering aan.

De vraag rijst dan hoe het gezondheidszorgsysteem met deze rechten dient om te gaan. Welke rol moeten de actoren van de medische wereld en haar verschillende zorglijnen en -netwerken in zo'n

¹ In : *De toekomst van de gezondheidszorg in België 24 maart 2020 document van het Verzekeringscomité van 10 oktober 2020.*

systeem spelen? En tot slot, hoe kunnen deze veranderingen leiden tot meer doeltreffendheid, maar ook tot betere kwaliteit, met andere woorden, tot een *doelmatigere* gezondheidszorg?

3. Noodzaak van een concept van eerstelijnsgezondheidszorg dat zich uitstrekt tot zorg dicht bij de patiënt

Er is vaak verwarring tussen huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgeneeskunde. Deze twee begrippen vertegenwoordigen fundamenteel verschillende benaderingen. De buurtgeneeskunde moet de patiënt de meest geschikte zorg bieden binnen de perken van de bevoegdheden van de zorgbeoefenaar. (kwaliteitswet)

De behandeling van een patiënt, of die nu in de eerste of tweede lijn plaatsvindt, moet voldoen aan de eisen van een holistische en multidisciplinaire geneeskunde.

In sommige voorstellen om het huidige systeem te wijzigen wil men de huisarts beschouwen als de poortwachter van het systeem, die het GMD bijhoudt en die in het kader van de echelonnering de doorgang naar de tweede lijn "toestaat". Sommigen pleiten zelfs voor verplichte inschrijving bij een huisarts.

Het GMD is niet het eigendom van de arts, maar van de patiënt, en moet toegankelijk zijn voor alle artsen, morgen misschien zelfs voor alle Europese artsen, mits geïnformeerde toestemming van de patiënt. De huisarts is de facto degene die het best voor elke burger een dergelijk dossier kan bijhouden en opvolgen. Dit betekent niet dat hij de enige is die een dergelijk dossier kan aanleggen of dat een bezoek aan de huisarts noodzakelijk is voor de aanmaak van het GMD. De bevoorrechte therapeutische relatie tussen de patiënt en zijn behandelend arts vertrouwt de huisarts de taak toe medisch-sociale informatie te centraliseren en de hospitalisatieverslagen op te volgen. In het kader van een therapeutische relatie kan ook een andere arts bijvoorbeeld een kinderarts beschouwd worden als de behandelende arts en deze centraliserende rol op zich nemen.

Om dit te illustreren is het voorbeeld van een pasgeborene met een geboorteafwijking die de tussenkomst en de (soms jarenlange) follow-up van een kinderarts vereist, veelzeggend. Sommige ziekenfondsen vergoeden de kosten van de consultaties bij de kinderarts, op voorwaarde dat de patiënt bij een huisarts is ingeschreven met een GMD. De kinderarts raadt de ouders daarom aan een GMD te laten openen bij een huisarts die geen therapeutische band heeft met de patiënt. Het is niet logisch dat bijvoorbeeld het GMD van een premature pasgeborene moet opgemaakt worden door de huisarts; dit zou moeten gedaan worden door de kinderarts die het kind werkelijk opvolgt in zijn globaliteit. Kosten en administratieve rompslomp zouden kunnen worden bespaard als de kinderarts het GMD zou kunnen aanmaken. Hetzelfde geldt voor de zwangere vrouw die door haar gynaecoloog naar een endocrinoloog wordt verwezen voor de behandeling van zwangerschapsdiabetes. Ook hier is het zo dat de zwangere vrouw een GMD moet hebben om insuline, teststrips en spuiten terugbetaald te krijgen. Een huisarts zal dus een GMD openen voor deze patiënt die hij niet kent en niet volgt. Kosten en administratie die vermeden kunnen worden. Anderzijds is het wel sterk aan te raden dat in het kader van kwaliteitswet, de burger sterk gemotiveerd wordt om een GMD te laten aanmaken door de arts met wie hij voor het eerst een therapeutische relatie aangaat, en bij elk therapeutisch contact

De verplichte inschrijving beperkt de toegang tot de huisartsgeneeskunde, omdat veel wijkgezondheidscentra en huisartsen geen nieuwe patiënten aannemen. De organisatie van de zorg, het forfaitaire of capitatie systeem, bieden niet voldoende flexibiliteit om het patiëntenbestand te vergroten. Bovendien beperkt de verplichte registratie de keuzevrijheid van de patiënt. Deze is alleen

gebaseerd op een administratief en budgettair beheer in het kader van de verplichte verzekering. Er zijn andere technieken om overconsumptie te voorkomen.

In zijn boek *Goed Ziek* ontwikkelt Dr. Ri De Ridder het concept “buurtteam met meerdere zorgteams”. Dit buurtteam is een centrum met huisartsen, uit de eerste lijn, en verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, **gynaecologen**, maatschappelijk werkers, apothekers, thuishulpen... Verderop vermeldt Dr. Ri De Ridder dat er meerdere **kinderartsen** deel van kunnen uitmaken, afhankelijk van de wijk waarin dit buurtteam werkzaam is. Het voorstel van Dr. Ri De Ridder is dus een eerste lijn waarin nabije zorg wordt verleend, waarin plaats is voor multidisciplinaire geneeskunde en zorg die is afgestemd op de behoeften van kinderen en volwassenen, afhankelijk van de specifieke bekwaamheden van de zorgverstrekkers.²

De minister van Volksgezondheid zei in zijn toespraak op de RIZIV kick-off meeting dat we moeten overgaan naar directe patiëntenzorg, “met nadruk op de eerste lijn, preventie en empowerment.”

4. Essentiële rol van de specialistische buurtgeneeskunde buiten het ziekenhuis

Het is voor alle actoren in de gezondheidszorg duidelijk dat er een echte eerstelijnszorg moet komen die een completer en dicht bij de patiënt gelegen actieterrein bestrijkt, zodat de diagnoses en de zorg kunnen worden geboden die in de eerste fase van het zorgtraject noodzakelijk zijn.

Over het samenwerkingsmodel tussen de eerste en tweede lijn zegt Tomorrowlab nog het volgende:

*Om dit nieuwe samenwerkingsmodel tot stand te brengen, moeten ook de taken en verantwoordelijkheden duidelijk worden omschreven. **De versterking van de eerste lijn gaat hand in hand met een echelonnering die beantwoordt aan de realiteit.** De regelgeving voor de beroepen in de gezondheidszorg moet in dit opzicht worden aangepast. blz. 38³*

De extramurale specialistische buurtgeneeskunde is een schakel die de versterking van de eerste lijn mogelijk maakt, wat gepaard gaat met een echelonnering die in overeenstemming is met de realiteit.

De extramurale specialistische geneeskunde heeft in het document van Tomorrowlab geen plaats meer in zijn nieuwe visie op de organisatie van de geneeskunde. De gespecialiseerde geneeskunde wordt ‘opgesloten’ in ziekenhuizen of poliklinieken van ziekenhuizen, die de tweede lijn vormen.

De extramurale specialistische geneeskunde is een onmisbare schakel in ons gezondheidszorgsysteem en de eerstelijns geneeskunde. Zij moet ontwikkeld worden om nodige gespecialiseerde zorgen die moeten verstrekt worden dicht bij de patiënt te garanderen. De integratie van oogheelkunde, de gynaecologie, de kindergeneeskunde, de psychiatrie enz. creëert een geïntegreerde en holistische eerstelijns geneeskunde.

Op die manier fungeert ze als filter en vormt ze een doorgeefluik naar het ziekenhuisnetwerk, waardoor de zorg ‘doeltreffender’ wordt in termen van zorgkwaliteit, nabijheid van de patiënt en kostenbeheersing. Het gaat niet alleen om doeltreffendheid van de zorg, maar ook om doelmatigheid.

² Ri De Ridder, *Goed Ziek. Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken*. Van Halewyck, Kalmthout, 2019) blz. 122-123

³ In : *De toekomst van de gezondheidszorg in België 24 maart 2020 document van het Verzekeringscomité van 10 oktober 2020.*

De ontwikkeling van een eerstelijns geneeskunde die geïntegreerd is met de extramurale specialistische geneeskunde is dan ook onontbeerlijk. Hoe kunnen we de link leggen met het ziekenhuisnetwerk en hoe zal ons ziekenhuis van morgen eruit zien?

5. Het ziekenhuis en de ziekenhuisnetwerken van morgen

Het ziekenhuis van morgen is een hoogtechnologisch centrum. Het is niet meer mogelijk alle specialisaties in alle ziekenhuizen uit te oefenen, zoals vroeger het geval was. Concentraties van pathologieën op basis van het volume maken een vorm van industrialisatie van de geneeskunde mogelijk, hetgeen een positief effect zou hebben op de kwaliteit van de zorg en de afschrijving van de kosten vergemakkelijkt.

We moeten echter oppassen om geen pathologieën te kiezen die dermate geconcentreerd worden dat ze te ver van de patiënt afstaan. Als we willen voldoen aan de wens van de minister om lokale zorg uit te bouwen, moet ons zorgsysteem de patiënt een diagnose en behandeling van goede kwaliteit bieden. Het lokale ziekenhuis mag geen dispensarium worden, met tweederangs artsen en zorgverleners. Concentraties van pathologieën moeten dus een uitzondering blijven voor complexe of zeldzame aandoeningen.

De financiering van het netwerkziekenhuis mag niet leiden tot een nieuwe discriminatie en ongelijkheid tussen de artsen in de kleine ziekenhuizen en die in het vlaggenschipziekenhuis. De hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen moet getoetst worden aan het terugdringen van honorariadiscrepanties binnen een billijke spreidingsmaat met objectieve criteria.

6. Rol van de nomenclatuur in het streven naar doelmatigheid in de gezondheidszorg

Forfaitaire honoraria per pathologie of zelfs 'bundled payments' kunnen alleen worden overwogen als de uitwisseling van medische gegevens en het medisch dossier, en dan vooral inzake medische beeldvorming en laboratoriumgeneeskunde, efficiënt verloopt.

Het herhaaldelijk uitvoeren van onderzoeken zonder medische rechtvaardiging moet worden vermeden. Men zou kunnen nadenken over de invoering van een wachttijd tussen twee identieke onderzoeken om identieke redenen die door twee verschillende zorgverstrekkers worden aangevraagd. Een beveiligd informaticasysteem met artificiële intelligentie moet een toegankelijkheid voor elk GMD van elke burger garanderen.

Concluderend lijkt het ons duidelijk dat de reflectie over de doelmatigheid van de zorg in de eerste plaats een socialezekerheidsstelsel moet garanderen dat de gezondheidszorg van alle burgers vergoedt, terwijl het aan de patiënt wordt overgelaten om de zorg die niet door de verplichte verzekering wordt vergoedt, te kiezen en te financieren. Wij moeten de accentuering van een geneeskunde met twee snelheden vermijden en een door de samenleving vastgelegd basisaanbod garanderen.

Ten tweede is het, om de kwaliteit en de doelmatigheid van de geneeskunde te waarborgen, van essentieel belang dat de eerstelijns geneeskunde opnieuw wordt uitgetekend om een zorgverlening met een holistisch perspectief voor de patiënt te verzekeren. Deze benadering houdt in dat de

medische bekwaamheden die in dit stadium noodzakelijk zijn, zoals oftalmologie, KNO, gynaecologie, pediatrie, psychiatrie e.d., in deze zorglijn worden geïntegreerd, dicht bij de patiënt.

Het locoregionale of supraregionale ziekenhuisnetwerk, dat niet de eerste lijn vormt, vervult een essentiële rol als technisch platform en garandeert de kwaliteitszorg waarvoor ziekenhuiscompetenties en -infrastructuur vereist zijn. Dit ziekenhuisnetwerk is in staat bepaalde uiterst complexe en kostbare competenties te centraliseren.

Alles wat buiten het ziekenhuis kan worden gedaan, moet in de nabijheid van de patiënt worden gedaan. Men dient enkel de kwaliteitswet te respecteren door de veiligheid en de kwaliteit van de zorg te waarborgen. De wet bepaalt wat in het ziekenhuis moet worden gedaan en wat de risicovolle praktijken zijn. De patiënt heeft het recht op vrije keuze en autonomie en zou bij verplichte echelonnering deze verliezen, met als gevolg wachtlijsten.

Verplichte inschrijving bij een huisarts is niet vereist. De patiënt moet vrij zijn om zijn arts te kiezen, ongeacht of het een huisarts of een specialist is. Een goede patiënt-arts relatie moet gebaseerd zijn op vertrouwen. Dit vertrouwen is slechts mogelijk indien de patiënt de keuzevrijheid heeft. Hoe meer men zijn vrijheid zal beknootten hoe sneller men zal evolueren naar een systeem met twee snelheden en de voordelen van het Belgische systeem teniet doen.

De patiënt is de eigenaar van zijn GMD. Dit dossier moet toegankelijk zijn voor alle artsen en zich op een locatie bevinden waar de huisarts en de arts-specialist er de nodige en nuttige medische informatie aan kunnen toevoegen. Een arts-specialist moet in ook staat zijn om dit algemeen toegankelijk GMD aan te maken, in het kader van een therapeutische relatie.

Deze hele benadering van de zorg is alleen mogelijk en zal alleen de gewenste doelmatigheid en noodzakelijke kwaliteit bereiken als de nomenclatuur en de forfaitaire honoraria een vergoeding voorzien die volstaat om alle verstrekkingen en alle aanbieders in het zorgtraject adequaat te honoreren en te financieren.

Hoe hoger de competentie, hoe lager de kost voor de Belgische Staat. Een verplichte echelonnering is een bijkomende kost.

Het uitvoerend bestuur

Drs J.-L. Demeere, D. Claeys, J. Stroobants, B. Mansvelt, M. Mertens, M. Michel, B. Dehaes, K. Entezari, C. Politis, J. Rondia