

De zaak van de huisartsgeneeskunde

Over belangengroepen en beleidsbepaling in de gezondheidssector

Ri De Ridder

Wijkgezondheidscentrum De Sleep, Gent

Ri De Ridder gaat voor het concrete dossier van de 'fidelisering' in de gezondheidszorg na hoe de verschillende belangengroepen het beleid hebben beïnvloed.

Gebrek aan verantwoordelijkheid

De socialistische ministers van sociale zaken hebben verschillende pogingen ondernomen om een meer centrale rol toe te kennen aan de huisarts. Minister Busquin lanceerde een experiment 'medisch dossier'; zijn opvolger Moureaux ontwierp de 'fidelisering'. Beide dossiers werden gezien als een eerste stap naar een zogenaamde 'echelonnering' van de gezondheidszorg. Hiermee wordt een trapsgewijze toegang tot gezondheidszorgen bedoeld: een meer gespecialiseerd (en duurder) zorgenniveau wordt slechts verzekerd indien de patiënt door het lagere niveau (of echelon) wordt doorverwezen. Echelonnering past in een logisch gebruik van gezondheidszorgen. Er wordt verondersteld dat het kostenbesparend werkt. Alleszins draagt het bij tot meer kostenefficiëntie. Echelonnering kan echter niet gerealiseerd worden zonder één of andere vorm van inschrijving van patiënten bij hun arts.

Zowel de artsenwereld als de publieke opinie bieden grote weerstand tegen deze inschrijving omdat men er een beperking van de vrije keuze in ziet. Dit kan met rationele argumenten gemakkelijk weerlegd worden. Dat deze opvatting echter zo sterk speelt, en daarmee België tot een uitzondering in de wereld maakt, hangt samen met een meer fundamentele karaktertrek van ons gezondheidszorgensysteem: namelijk het gebrek aan verantwoordelijkheid van alle actoren in het systeem (van patiënten tot verzekering). Om het

even waarvoor en op welk niveau men beroep doet op verzorging, de verzekering komt toch tussen, is de redenering.

Het merendeel van de maatregelen die sinds de regering Dehaene werden ontworpen en waarvan het invoeren van budgetenvelopes en het hanteren van verbruiksprofielen de belangrijkste zijn, raakt niet of nauwelijks aan deze structurele onverantwoordelijkheid. Ze hebben wel bijgedragen tot een kostenbeheersing. Maar over hun bijdrage tot een meer efficiënt gebruik van de middelen rijst er ernstige twijfel.

Fidelisering

Voor minister Moureaux trachtte door structurele ingrepen (de wetgeving op de ziekenfondsen en de wet Moureaux die een fundamentele hervorming van de wet Leburton op de ziekteverzekering inhield) meer verantwoordelijkheid tot stand te brengen in het ziekteverzekeringstelsel. De 'fidelisering' vormde een eerste stap om tot een logischer gebruik van gezondheidsvoorzieningen te komen. Het is aan de hand van de ontwikkelingen in dit dossier dat ik de rol van de belangengroepen 'artsen' en 'ziekenfondsen' in het gezondheidszorgenbeleid nader analyseer.

Fidelisering is een slechte term voor patiëntentrouw die geformaliseerd wordt in een getekende overeenkomst. Hiermee wou men tot een vrijwillige inschrijving van patiënten bij hun huisarts komen. Controle op de feitelijke trouw aan

de arts zou via de voor terugbetaling ingediende prestatiebriefjes gebeuren. Het voordeel voor de patiënten zou erin bestaan dat zij na een wachttijd van een jaar zouden genieten van minder hoge remgelden. Deze remgelden werden op 1 oktober 1993 immers drastisch verhoogd (een lastenverhoging van 7 miljard fr. per jaar). In zekere zin ging het dus ook om een verzachten van de bittere pil van de remgeldverhoging. Dit onderdeel werd door de overheid trouwens meer in de verf gezet dan het structurele belang van het geleidelijk invoeren van een inschrijvingsprincipe waaraan naderhand een vorm van verwijsplicht gekoppeld kon worden. Men kon immers verwachten dat na het invoeren van een verschil in terugbetaling op huisartsniveau (al naargelang men wel of niet is ingeschreven), een gelijkaardig verschil zou worden ingevoerd bij de specialist (al naargelang men wel of niet door de huisarts was verwezen). Gezien de meerderheid van de bevolking niet erg warm loopt voor inschrijving dacht men via het worteltje van het financiële voordeel de bevolking te verleiden. Dat zou trouwens ongetwijfeld zonder veel problemen het geval geweest zijn. Vooral van de bejaarden die veel beroep doen op een vaste huisarts, en die zwaar werden getroffen door de remgeldverhogingen, kon men verwachten dat ze hun arts zouden vragen om het inschrijvingsdocument te tekenen.

Moureaux kreeg, kort voor hij het regeringswerk voor bekeken hield, de regering achter zich. Het principe werd vertaald in een koninklijk besluit, waarin trouwens het model van het inschrijvingsformulier werd opgenomen. De publicatie in het Belgisch Staatsblad liet echter een hele tijd op zich wachten.

Informeel overleg als alternatief mislukt

Het ligt voor de hand dat Moureaux niet zomaar uit het niets een dergelijke maatregel voorstelde. Hij was niet ongevoelig voor de vragen vanuit de huisartsenwereld (vertolkt door ondermeer de Unie van Huisartsenkringen, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, de universitaire huisartsencentra en de Confederatie van Belgische Geneesheren) voor een echelonering van de zorgen. Bovendien kon hij on-

mogelijk een inschrijving invoeren zonder het akkoord van de ziekenfondsen, die immers een belangrijke rol zouden spelen in de sensibilisering van de bevolking en het administratieve beheer van de inschrijvingen.

Hij kon echter niet rekenen op de klassieke wegen van het overleg, gezien de scherpe oppositie van de Syndicale Artsenkamers. Daarom koos hij voor informeel overleg, zoals hij het reeds eerder deed toen hij een huisartsvriendelijk conventievoorstel deed na het mislukken van de onderhandelingen over een tariefakkoord voor 1993, en zoals Busquin het deed bij de aanloop tot het experiment met het medisch dossier. Dat informeel overleg is illustratief voor het zoeken naar nieuwe gesprekspartners buiten het carcan van de gebetonneerde meerderheid van de Syndicale Artsenkamers. Deze meerderheid kwam tot stand na de artsenstaking van '64, en werd nooit getoetst aan artsen syndicale verkiezingen.

In de drie hier vermelde dossiers (experiment medisch dossier, conventie '93 en fidelisering) blijkt telkens dat de informele steun die de minister meende te hebben, op het terrein niet wordt waargemaakt. Wat meteen betekent dat deze politieke pogingen om de hegemonie van de Syndicale Artsenkamers te doorbreken (en dat was alleszins een onderliggende doelstelling) mislukt zijn.

Waarom mislukt?

Ligt dit uitsluitend aan de macht van het syndicaat van Wynen en Beckers of hebben andere factoren meegespeeld? Het verloop van het dossier 'fidelisering' is voor een antwoord op deze vraag het duidelijkst. Volgende elementen hebben meegespeeld:

- de efficiënte strategie van de Syndicale Artsenkamers om de oppositie in de artsenwereld over echelonering te neutraliseren;
- de keuze van de Christelijke Ziekenfondsen om de kaart van de Syndicale Artsenkamers te trekken;
- het ontbreken van een krachtdadige oppositie van de in het defensief gedrongen Socialistische Ziekenfondsen tegen de combine CM/Beckers en het ontbreken van communicatielijnen met alternatieve stromingen in de artsenwereld;

- de feitelijke machtsverschuiving inzake inhoud van het gezondheidsbeleid door de wet Moureaux.
- de politiek zwakke houding van minister Anselme, maar ook meer algemeen de zwakke communicatielijnen (zeker naar Vlaanderen), het zich de facto neerleggen bij de bestaande representativiteitsverhoudingen en het ongenueanceerde vijandbeeld ten aanzien van de medische wereld.

Het fideliseringsproject werd gelanceerd in een jaar waarin er geen tariefzekerheid was, vermits de onderhandelingen tussen artsen en ziekenfondsen geen akkoord hadden opgeleverd en het voorstel van Moureaux door een specialistenmeerderheid werd verworpen. De oppositie van de Syndicale Artsenkamers was hard. Meer dan 10.000 artsen moesten overtuigd worden van het verwerpelijke van het akkoord (en daarmee afzien van een pensioensubsidie van zowat 66.000 fr). Bovendien ging het om het verwerpen van een akkoord op principiële gronden, namelijk de zogenaamde machtsgreep van Moureaux via de programmawet van '92. Vooral voor huisartsen lag dat niet eenvoudig, gezien Moureaux in een financiële herwaardering voorzag bovenop de indexaanpassing.

Hoe speelt de macht van de artsenkamers?

De Syndicale Artsenkamers hebben een getrapte manier om grote groepen artsen achter zich te krijgen: via de voorzitters van de medische raden in de ziekenhuizen (waarmee men het gros van de specialisten achter zich krijgt) en via de voorzitters van de huisartsenkringen. De bedoeling is dan raad per raad en kring per kring een meerderheidsstandpunt omtrent het akkoord tot stand te brengen, waarna de minderheid moet inbinden. Er bestaan immers een aantal afhankelijkheden van artsen ten opzichte van hun kring of raad waardoor dissidentie kan worden afgestraft (bv. door het onthouden van wachtbeurten). Demagogie wordt daarbij niet geschuwd.

Toen de fidelisering eraan kwam, werd het dreigement van de boycot van een akkoord weer boven gehaald en Anselme was nauwelijks minister of hij verklaarde dat wat hem betrof een alternatief voor fidelisering best bespreekbaar

was. Voor de Syndicale Artsenkamers kwam het er nu op aan de huisartsen te overtuigen het project van de minister af te schieten zonder daarmee het principe van de echelonnering te verloochenen. Niet dat de Artsenkamers voor echelonnering zijn; integendeel, iedere vorm van beperking van keuzevrijheid is voor hen een erfzonde. Maar dat thema werd juist door de huisartsenkringen in Vlaanderen hoog op de agenda geplaatst. En die kringen waren het communicatiekanaal bij uitstek, zeker sinds het ontstaan van de Unie van Huisartsenkringen, dat een aantal syndicale thema's niet schuwde, en daar bovendien nog veel respons op kreeg ook.

Dus werd een hele redenering opgezet, namelijk dat huisartsen die het bewijs leveren van kwaliteit automatisch trouwere patiënten over de vloer krijgen, met daaraan gekoppeld het perspectief van een hoger honorarium en de valorisatie van de navorming die één van de hoofdactiviteiten van de kringen vormen. Dat moest een voldoende aantal kringen over de brug krijgen. En, inderdaad, de Unie van Huisartsenkringen werd bondgenoot tegen het fideliseringsproject.

Accreditering

Daarmee was het bedje gespreid voor de 'accreditering'. Met deze alweer foutieve term wordt een procedure bedoeld waardoor huisartsen die, onder bepaalde voorwaarden, voldoen aan bijzondere kwaliteitsvereisten aanspraak kunnen maken op hogere honoraria (althans is dat laatste de bedoeling voor volgend jaar). Patiënten die deze artsen consulteren worden verondersteld trouw te zijn, en zullen dus beter worden terugbetaald.

Met andere woorden, hiermee was het alternatief geboren dat minister Anselme voldoening moest geven. En ook gaf: want zie, spoedig na het sluiten van een akkoord artsen-ziekenfondsen verscheen niet alleen het koninklijk besluit op de fidelisering maar ook een tweede KB dat de accreditering voorrang geeft op de fidelisering (tenminste als in oktober blijkt dat de Belgische bevolking, op grond van een hoogst merkwaardige berekeningswijze, van nature trouw is aan haar huisartsen).

Het verzet van de huisartsen tegen de fideli-

sering betekende echter niet automatisch het aanvaarden van de accreditering. Want dat kwam uiteindelijk neer op een navormingsverplichting die herinneringen oproept aan een gehate procedure uit de jaren '70, die de basis vormde voor een verschil in ereloon tussen 'erkende' en 'niet-erkende' huisartsen. Dus nog maar eens een nieuw soort huisarts?

Nogmaals de artsenkamers

Voor de Syndicale Artsenkamers kwam het er nu op aan de kringen achter hun project te krijgen. Dreigde de Unie immers niet met het verwerpen van het akkoord? Dus gingen de Artsenkamers opnieuw de boer op; ditmaal gesteund door de medische directeur van de Christelijke Ziekenfondsen, die zich ontpopte als een handelsvertegenwoordiger voor de accreditering. Het in het vooruitzicht stellen van een betrokkenheid van de kringen (via hun navormingsinstituut) in de organen die de navormingsprogramma's moet goedkeuren, moest daarbij helpen. Dat navormingsinstituut had in het verleden hot gevangen bij de overheid als het op subsidiëring aankwam, en zag wel brood en vooral geld in de formule.

Het akkoord artsen-ziekenfondsen werd door een meerderheid aanvaard, met inbegrip van de accreditering. Die is echter gebonden aan de voorwaarde van de evaluatie van patiëntentrouw in oktober. Niettegenstaande het verzet van de universiteiten, van de Confederatie van Belgische Geneesheren en van een aantal wetenschappelijke verenigingen, werd met bekwame spoed gestart met de organisatie van het systeem en met de logistieke steun van de ambtenaren van het Riziv. En de huisartsen? Zij zetten hun handtekening om straks te bewijzen dat zij accrediteerbaar zijn.

Winnaars en verliezers

In oktober zal het dus moeilijk worden om een systeem dat overal te lande op gang is gekomen, ongedaan te maken. En daarmee hebben Wynen en Beckers hun slag thuisgehaald: vermijden dat een systeem van patiëntenbinding, als eerste stap naar echelonnering, tot stand komt. Toen het akkoord artsen-ziekenfondsen werd onderhandeld hadden zij eigenlijk geen concreet

project, alleen de hierboven vermelde stelling die ze reeds eerder naar boven haalden toen er sprake was van niet-prestatiegebonden (en dus onvermijdelijk ingeschreven patiënt-gebonden) maatregelen (namelijk toen de Confederatie het voorstel lanceerde van een forfaitaire praktijk-toelage voor ondermeer navorming). Als men de gehanteerde criteria bekijkt (waaronder een aantal die nu reeds gelden om huisarts te mogen zijn: minimum vijf prestaties per dag, en naar verluidt twintig uur navorming per jaar), kan men zich ernstig afvragen wat dat in hemelsnaam met kwaliteit te maken heeft. En toch wordt het stelsel bloedernstig goedgekeurd, uitgewerkt met de administratieve steun van het Riziv, wettelijk ondersteund met de noodzakelijke KB's. En bovenal wordt daarmee zo goed als zeker een door de regering besliste en bij koninklijk besluit bevestigde maatregel onwerkzaam gemaakt. Een overwinning voor de Syndicale Artsenkamers, jazeker, maar één die er niet kon komen zonder de medewerking van de Christelijke Ziekenfondsen.

De afzijdigheid van de CM tegenover het experiment medisch dossier en de fidelisering contrasteert fel met het enthousiasme waarmee werd meegewerkt aan de accreditering. Meer zelfs, de hele uitwerking van het concrete project gebeurde door dr. R. Van Den Oever, medisch directeur van de Landsbond van Christelijke Ziekenfondsen. Hij ging het project samen met de Artsenkamers zelfs verdedigen bij de argwanende huisartsenkringen. Voor de CM kwam het er op aan om een akkoord artsen-ziekenfondsen tot stand te brengen (wat de politieke wereld ook absoluut wou). Het was het eerste akkoord na de hervorming van de wet op de ziekteverzekering. Behalve dat men Jean Hallet in schoonheid afscheid wou laten nemen als voorzitter van de CM, wou men ongetwijfeld de centrale positie in het nieuwe Verzekeringscomité verstevigen en dus vermijden dat er opnieuw een politieke ingreep in de ziekteverzekering zou plaatsgrijpen. Blijkbaar werd carte blanche gegeven om het met de Syndicale Artsenkamers op een akkoordje te gooien. Een akkoord waartegen het, door de wetswijziging, politiek gezien onmogelijk zou zijn om neen te zeggen.

De overwinning van de Syndicale Artsenkamers is dus ook en misschien nog meer een politieke overwinning van de Christelijke Ziekenfondsen. Zonder hen blokkeert het ziekteverzekeringsstelsel, en dat willen ze geweten hebben als straks het dossier van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen op de politieke tafel ligt. Waar zijn dan de andere ziekenfondsen in dit verhaal, in het bijzonder de Socialistische? Het antwoord is: nergens. Geen woord van verzet, en vooral geen stem van verzet. Guy Peeters mag dan al een verhaal vertellen over een ander soort gezondheidszorg en over de nood aan andere gesprekspartners; in de besluitvorming heeft zijn ziekenfonds niet het verschil gemaakt. Concrete alternatieven heeft het al evenmin, laat staan alternatieven die aansluiten op wat in de huisartsenwereld leeft.

Moureaux heeft, door zoveel macht te delegeren naar het Verzekeringscomité en door de rol van de sociale partners in het beheer van de ziekteverzekering vast te pinnen op het budgettaire aspect, er zelf toe bijgedragen dat dit medico-mutualistische blok zich zo sterk kon ontwikkelen. Daardoor kon het ABVV (als enige in het verzet) niet eens tegen de accreditering stemmen, want het was er niet voor bevoegd. Er zijn nog politieke fouten gemaakt, ondermeer op vlak van de communicatie. Zo werd wel gepraat met andere artsgroeperingen, maar uiteindelijk werden zij in de besluitvorming niet betrokken, waardoor zij zich niet ernstig genomen voelden en hun vertrouwen in de bewindslui verloren. Dit kon gemakkelijk worden uitgebuit door de Syndicale Artsenkamers. Met meer aandacht voor communicatie en met meer duidelijke politieke engagementen inzake echelonnering had men de

huisartsenwereld kunnen overhalen voor die door de groep Beckers ingepakt werd. Bovendien werden een aantal beloften niet nagekomen, zoals de financiering van een experiment *dringende hulpverlening*, waarmee Busquin kon bewijzen dat hij het meende met de eerstelijns; idem voor een project van objectieve informatie over klinische biologie. Men moet geen twee keer een belofte verbreken. Niet onbelangrijk is verder de quasi complete Nederlandsonkundigheid op het kabinet Sociale Zaken, waardoor dossiers bijvoorbeeld ongelezen blijven.

Tenslotte speelt ongetwijfeld mee dat in socialistische rangen nog altijd en om de haverklap het beeld van de 'rijke dokter' wordt gehanteerd; terwijl die rijke dokters in huisartsenkringen toch niet zo dik gezaaid lopen. Hoeft het dan te verwonderen dat uitgerekend de socialisten archi slecht scoren in de kiesintenties van artsen (amper 5%)? De socialistische politici hebben het dus ook aan zichzelf te danken dat belangengroepen de dienst uitmaken in de gezondheidszorg. Zou het soms kunnen liggen aan een gebrek aan visie op een algemeen belang dat het particuliere overstijgt, dan wel, of ook, aan politieke moed om dat algemeen belang te vestigen? Zoveel moed was er uiteindelijk toch niet nodig om bijvoorbeeld aan ambtenaren van het Riziv te verbieden om hun dure werktijd te besteden aan een procedure waarover minister De Galan aan Jan Peeters in het parlement zegt dat het debat nog moet gevoerd worden. En was het echt nodig om de besluiten die de accreditering legitimeren met een snelheid te nemen die omgekeerd evenredig is aan de traagheid waarmee de eigen fidelisering gepubliceerd werd?