

De niet vervulde belofte

Over eerstelijnsgezondheidszorg in België

Jan De Maeseneer

Voorzitter Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UG

Deeltijds huisarts, Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Ledeberg

Al meer dan tien jaar heeft men de mond vol van een 'ordering' van de zorg in de gezondheidssector. Het klinkt mooi: de huisarts vervult de rol van vertrouwenspersoon waar bij de patiënt in eerste instantie terecht kan.

Maar telkens wanneer in België deze logische theorie in de praktijk zou worden omgezet, werd dit geblokkeerd door de 'Orde van specialisten'.

Inleiding

Er heerst onrust in de huisartsenwereld. Op 3 december 1994 kwamen duizenden Vlaamse huisartsen in Gent samen op de 'Staten-Generaal van de Huisartsgeneeskunde'. Het signaal op deze bijeenkomst was duidelijk: de Vlaamse huisartsen werken aan een professionele en maatschappelijke emancipatie. De professionele emancipatie-beweging heeft vooral te maken met het gevoel dat Vlaamse huisartsen momenteel niet worden vertegenwoordigd in de overlegstructuren: de overheersing door het (hoofdzakelijk door Brusselse specialisten gedomineerde) Belgische Verbond van Artsensyndicaten (BVAS) dat in de commissie artsen-ziekenfondsen 9 van de 11 zetels bezet, vormt hiervan de duidelijkste illustratie. De Vlaamse huisartsen wensen een afzonderlijk beleidsforum waar huisartsen met ziekenfondsen kunnen onderhandelen. Maar ook over de maatschappelijke positie van de huisarts klonken duidelijke eisen: de huisarts wenst een erkenning van zijn centrale rol in de eerstelijnsgezondheidszorg en denkt aan mechanismen als inschrijving bij de vaste huisarts en echelon-

ring (dit betekent dat de patiënt slechts via verwijzing door de huisarts naar de specialist kan gaan) om deze erkenning concreet gestalte te geven.

In deze bijdrage wil ik vooral ingaan op de manier waarop in de voorbije vijf jaar (periode 1990-1995) in België het debat over de positie van de huisarts in de gezondheidszorg is gevoerd. Om deze ontwikkeling in een historisch perspectief te plaatsen, zet ik eerst een aantal mijlpalen uit de voorbije twintig jaar op een rij.

De aanloop

Tot voor de tweede wereldoorlog was de positie van de huisarts in de gezondheidszorg geen probleem. De huisarts verzorgde het grootste deel van de gezondheidsproblemen en speelde een belangrijke rol in de begeleiding van alle levensfasen (van geboorte tot overlijden). Pas na de tweede wereldoorlog, met de ontwikkeling van de verschillende specialismen, kwam de positie van de huisarts ter discussie. Het takenprofiel van de huisarts werd steeds verder geërodeerd. In heel wat Europese Landen werd hierop

beleidsmatig gereageerd door structureel vast te leggen dat de huisarts het eerste contactpunt van de patiënt met de gezondheidszorg moet zijn, dat het duidelijk moet zijn voor welke patiënten de huisarts verantwoordelijkheid moet nemen (inschrijving) en dat de huisarts moet fungeren als "poortwachter" in de gezondheidszorg (echelonering). Typische voorbeelden van landen die deze keuze maakten, zijn: Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken.

De ontwikkelingen in België gingen een totaal andere richting uit. In de, onder druk van de syndicale artsenkamers van dr. Wynen tot stand gekomen Sint-Jansakkoorden (1963), werden de centrale principes van vrijheid van artskeuze, vrijheid van diagnose en vrijheid van therapie aangewend om elke vorm van structurering en taakafspraken te verhinderen. De funeste gevolgen van dit "no-system"-systeem werden vrij snel duidelijk: Koninklijk Commissaris Petit beschreef ze haarfijn in zijn 'verslag over de ziekteverzekering'. Reeds in 1976 kwam Commissaris Petit tot de conclusie: "(...) een vereiste is een trapsgewijze opstelling van de voorzieningen: een eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur en, bij noodzaak, de tweedelijnsgezondheidszorg (...)"[1]. Deze aanbevelingen die nog steeds actuele suggesties voor de oriëntatie van een gezondheidsbeleid in dit land bevatten, bleven echter dode letter.

In 1978 onderschreef België de verklaring van Alma-Ata, waarin de Wereldgezondheidsorganisatie de centrale rol van de eerstelijnsgezondheidszorg onderstreepte [2]. In tegenstelling tot andere landen als Portugal en Spanje, die deze internationale verklaring aangrepen om een wetelijk kader te creëren waarin een belangrijke plaats werd gegeven aan de eerstelijnsgezondheidszorg, had de Alma-Ata-verklaring in België geen enkel concreet gevolg. Typisch voor de gang van zaken is volgend uittreksel uit het beknopt verslag van de senaat van 4 juli 1979, waarin de toenmalige senator Paula D'Hondt opmerkt: "De huisarts, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegster zouden de patiënten naar de tweede lijn van de gezondheidszorg kunnen verwijzen en voorkomen dat een aantal patiënten verloren lopen. Wij vragen voor de eerstelijns-

gezondheidszorg een volwaardige gesprekspartner op het departement. Experimenten moeten gefinancierd en wetenschappelijk geëvalueerd worden. Kan men de artsen niet anders betalen dan per prestatie? Zou men geen systeem kunnen uitwerken waarbij de patiënt zich vrij inschrijft bij een huisarts die zodoende de gezondheidsbegeleider zou worden en een mentaliteitsverandering zou kunnen teweegbrengen? Het opzetten van experimenten in die zin zou het logisch gevolg zijn van datgene waartoe België zich op de conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie te Alma-Ata in 1978 verbonden heeft" [3]. De toenmalige minister van Volksgezondheid Luc Dhoore kwam in zijn antwoord niet verder dan: "Ik juich de suggestie van mevrouw D'Hondt toe om inzake de problemen van de eerstelijns geneeskunde tot een permanent forumgesprek te komen. (...) Eén van mijn conclusies na de conferentie te Alma-Ata was dat wij tot een geheel andere aanpak van de vorming der geneesheren moeten komen". De minister moest echter ervaren dat veranderingen in de Belgische gezondheidszorg zeer moeilijk zijn en dat men als minister best niet ingaat tegen de gevestigde belangengroepen in de gezondheidszorg.

In 1982 brengt de toenmalige, veelbelovende minister van sociale zaken J.L. Dehaene het debat opnieuw op gang. In een toespraak op de Algemene Vergadering van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (1 mei 1982) stelt de minister: "Op de eerstelijns moet de huisarts voor opvang instaan. Het spreekt vanzelf dat die nieuwe opdracht een totaal andere opstelling van de huisarts veronderstelt. Hij moet zich niet meer louter en alleen bezighouden met het behandelen van ziekten. Hij staat in principe in voor de basisverzorging en verzekert de toegang tot de andere niveaus van zorgverstrekking. Hij staat in voor de continue begeleiding van de patiënt, op gelijk welk moment en in gelijk welke omstandigheden. De huisarts verenigt aldus in zich het preventieve (voorkomen), curatieve (verzorgen), en educatieve (opvoeden). (...) Ook op vlak van de concrete huisartspraktijk heeft de nieuwe opdracht haar gevolgen. Er zijn tal van praktijkvormen mogelijk gaande van de solo-

praktijk tot gezondheidscentra waar verschillende disciplines samenwerken. (...) Het RIZIV zou er wellicht kunnen voor zorgen dat bepaalde vernieuwingen (o.a. verwijssysteem, dossiervorming, inschrijving, verschillende betaalwijzen, samenwerkingsvormen) financieel vergoed worden. (...) De relatie huisarts-specialist is dringend aan definiëring toe. Het beleid zal nagaan of er via een ZIV-regeling geen stimulansen tot verwijzing door de huisarts naar de specialist kunnen gegeven worden" [4]. In de daaropvolgende jaren bewees de minister nog herhaalde malen lippen-dienst aan de eerstelijns. Dit paste immers uitstekend in het beleid van de afbouw van de ziekenhuisbedden die gepaard moest gaan met een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. De afbouw werd doorgevoerd, van de versterking kwam structureel niets terecht. Na 1985 werd ook de retoriek rond de eerstelijns en de positie van de huisarts achterwege gelaten in beleidsverklaringen.

De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de periode 1990-1995

In 1990 startte de toenmalige minister van sociale zaken Philippe Busquin onderhandelingen over het opzetten van een 'Experiment Medisch Dossier'. In het oorspronkelijke opzet zou dit experiment bestaan uit drie luiken:

- de patiënt die zich inschrijft bij een vaste huisarts zou recht krijgen op een voordelige terugbetaling voor raadplegingen en huisbezoeken bij die huisarts;
- de huisarts die een medisch dossier bijhoudt van de bij hem ingeschreven patiënt zou hiervoor een vast bedrag per jaar als vergoeding ontvangen;
- er zou een aanzet gegeven worden tot echelonering in de gezondheidszorg: de patiënt die via een verwijzing door de huisarts (waarbij hij is ingeschreven) naar de specialist gaat, zou recht krijgen op een verhoogde terugbetaling voor de prestaties van deze specialist.

Het was duidelijk de bedoeling om, aanvankelijk in een experimentele context, een aantal modaliteiten die zouden moeten leiden tot een betere structurering van de gezondheidszorg uit te testen. Reeds in de voorbereidende gesprek-

ken werd, vooral onder druk van de Syndicale Artsenkamers van dr. Beckers, het experiment geamputeerd: elke maatregel in de richting van echelonering van de gezondheidszorg was onbespreekbaar. Het realiseren van een verhoogde terugbetaling voor de patiënt zou - volgens de ziekenfondsen - technisch niet te realiseren zijn.

Overigens startte het experiment in een periode waarin het klimaat ongunstig was: het wantrouwen tussen de artsorganisaties en de ziekenfondsen was in het begin van de jaren '90 bijzonder groot. Vooral de Syndicale Artsenkamers van dr. Beckers spaarden hun kritiek op het experiment niet: het invoeren van de inschrijving bij de huisarts werd in onmiddellijk verband gebracht met de Holocaust [5]. De ziekenfondsen van hun kant, die aanvankelijk een brede ondersteuning van het experiment hadden beloofd, kwamen hierop snel terug, als gevolg van de negatieve reacties uit het artsenkorps.

Uit een wetenschappelijke evaluatie van het experiment bleek duidelijk dat een inschrijving van de patiënt bij de huisarts die enkel gebaseerd is op een intentieverklaring, niet leidt tot een gedragsverandering, bij gebrek aan structurele omkadering: de patiënten die zich hadden ingeschreven bij een huisarts waren nauwelijks meer trouw aan de huisarts dan een controlegroep [6]. Overigens bleek dat er een belangrijk probleem is wat betreft "medical shopping" (het voortdurend verwisselen van huisarts) in de Belgische gezondheidszorg: ongeveer 37% van de bevolking bleek zich niet aan eenzelfde huisarts te houden.

Tijdens de onderhandelingen over de programmawet in 1993, werd de inschrijving van de patiënt bij de huisarts als beleidsmaatregel door minister Anselme vastgelegd. Patiënten die zich bij een vaste huisarts zouden inschrijven, zouden met ingang van 1 oktober 1994 recht krijgen op een verhoogde terugbetaling. Omdat er nu eenmaal opnieuw bespaard moest worden, werd echter met ingang van 1 januari 1994 de persoonlijke bijdrage van de patiënt (het zogenaamde 'remgeld') voor de raadpleging bij de huisarts van 25% op 33% gebracht. Terecht werd opgemerkt dat het bij deze maatregelen - eens te meer - ontbrak aan een globale beleidsvisie: "Er

is geen plan van het huis, er is nog geen trap, maar de ingewikkelde trapleuning is al wel besteld. Het lijkt erop dat de regering een beslissing nam die enkele miljarden moest opbrengen en die vaag in een richting gaat die ze vroeg of laat wel zal moeten uitgaan; de vastlegging van de details liet ze over aan groepen die de belangen van hun achterban verdedigden" [7].

Het werd echter snel duidelijk dat in de Belgische gezondheidszorg de minister wikt, maar de belangengroepen beschikken. Op een zondagnamiddag in december 1993 werd door dr. J. De Toeuf (Syndicale Artsenkamer) en dr. R. Van Den Oever (christelijke mutualiteiten) een ontwerp van akkoord "artsen-ziekenfondsen" in elkaar geknutseld, die de maatregel van de minister van sociale zaken over de inschrijving van de patiënt teniet moest doen: de 'accreditering' zag het licht. Deze 'accreditering' had op zich niets van doen met de trouw van de patiënt aan de huisarts. Het was een geheel van maatregelen die gericht zou zijn op het bevorderen van de kwaliteit in de gezondheidszorg (het invoeren van een drempelactiviteit, het verplicht volgen van een aantal uren nascholing, ...). Omdat men het probleem van de trouw van de patiënt aan de huisarts toch niet helemaal uit de weg kon gaan, werd in het akkoord ook ingeschreven dat er een evaluatie zou gebeuren van de "spontane trouw" van de patiënt aan de huisarts. De maatregel van de minister i.v.m. de inschrijving van de patiënt werd opgeborgen; de accreditering kon van start gaan. Dat intussen grote groepen huisartsen (de Unie van Huisartsenkringen, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, de Confederatie der Belgische Geneesheren, de Vlaamse Medische Faculteiten, ...) de accreditering verwierpen, deed weinig ter zake. Dr. De Toeuf had aan zijn achterban beloofd dat de geaccrediteerde artsen met ingang van 1 juli 1995 recht zouden hebben op hun verhoogd ereloon, er mocht dus niet getalmd worden. In november 1994 werd bij de evaluatie van de spontane trouw van de patiënt aan de huisarts een nummertje "arytmétique hollandaise" opgevoerd; ofschoon de meest verschillende methoden werden gebruikt en de meest verschillende resultaten te voorschijn kwamen, en de ene

mutualiteit beweerde dat de trouw meer dan 80% was terwijl de andere beweerde dat het over 73% ging, werd toch besloten dat de spontane trouw voldoende was, en dat elk project i.v.m. de inschrijving van de patiënt definitief kon worden afgevoerd. Intussen maalt de accrediteringsmolen verder met een ijzeren logica: zo werd recent beslist dat de "minimale activiteitsdrempel" voor een huisarts 1250 arts-patiënt contacten per jaar is (interessant is de motivering voor deze norm: "Het gezond verstand doet de beroepsmensen zelf zeggen: om een kwaliteitspraktijk te hebben is het wenselijk dat een huisarts 1250 arts-patiënt contacten heeft per jaar" [8]) en dat dit voor een dermatoloog (huidspecialist) 1500 arts-patiënt contacten per jaar is: de echelonnering op zijn kop!

Een poging tot analyse

Negentien jaar na het rapport Petit, 17 jaar na de verklaring van Alma-Ata... ontbreekt het in België nog steeds aan een structurele omkadering van de positie van de huisartsgeneeskunde in de gezondheidszorg. Hiermee bekleedt België stilaan een uitzonderingspositie in Europa. Wat bij de analyse van de hierboven geschetste ontwikkelingen in de eerste plaats opvalt, is de totale afwezigheid van een politiek-maatschappelijk debat over 'keuzen in de gezondheidszorg'. De recente hervormingen van de ziekteverzekering (de wet Moureaux) hebben de politiek totaal buiten spel gezet: zij mag zich beperken tot het controleren van de rekeningen, maar heeft geen inhoudelijke inbreng. Een klassiek argument voor dit terugtrekkend overheidsbeleid is de complexiteit van de gezondheidszorgvraagstukken en de zelfregulerende werking van de sector. Ervaringen in bijvoorbeeld Nederland hebben echter aangetoond dat het wel degelijk mogelijk en noodzakelijk is om een brede maatschappelijke discussie te voeren over 'keuzen in de gezondheidszorg', op voorwaarde dat er heldere beleidsdocumenten voor handen zijn en een duidelijke communicatiestrategie tussen de overheid en de bevolking. Aan beide ontbreekt het in België. Het meest recente congres van een politieke partij met als hoofdthema de gezondheidszorg werd georganiseerd in 1980 (SP-congres van 22-

23 november 1980 in Gent). Het wordt dringend tijd dat politici beseffen dat de gezondheidszorg te belangrijk is om ze uit te besteden aan artsen en ziekenfondsen. Naast de afwezigheid van een politiek-maatschappelijk debat valt ook de totale afwezigheid van een inhoudelijk debat op: in de overlegorganen wordt nauwelijks gesproken in inhoudelijke termen; het gaat meestal om ad hoc compromissen. Een mooie illustratie hiervan vormt het akkoord artsen-ziekenfondsen van 13 december 1994 [9]. Elke inhoudelijke discussie wordt onmogelijk gemaakt door het gebruik van ideologische etikettering. Zo worden voorstellen rond inschrijving bij de huisarts en echelonnering door de syndicale artsenkamers steevast afgedaan als "linkse collectivistische ideeën" [10]. Een ander belangrijk probleem vormen de reeds 30 jaar (zonder enige legitimering) vastgelegde machtsverhoudingen in de representatie van de artsen in de overlegorganen: 9 zetels voor de syndicale artsenkamers van dr. De Toeuf en 2 zetels voor de Confederatie der Geneesheren (dr. M. Roex). Deze laatste groepering heeft regelmatig inhoudelijke voorstellen geformuleerd, maar krijgt door haar minderheidspositie geen kans om deze effectief in te brengen in de beleidsdiscussies. De syndicale artsenkamers blijven uitgaan van een ideeëngoed, gebaseerd op privileges van de artsen. De arts ontleent deze privileges aan het feit dat hij arts is, en hoeft zijn functioneren niet maatschappelijk ter discussie te stellen en te verantwoorden ("diagnostische en therapeutische vrijheid"). Een typische illustratie hiervan vormt de uitspraak van dr. L. Beckers: "wij zullen zelf bepalen aan welke condities wij onze deskundigheid ter beschikking zullen stellen" [11]. Het is duidelijk dat zolang de machtsverhoudingen vastliggen zoals het momenteel gebeurt, en deze niet door verkiezingen in het artsenkorps worden veranderd, er geen nieuwe oriëntatie in het beleid te verwachten valt.

Het is opvallend hoe de ontwikkelingen in de Belgische gezondheidszorg zich afspelen, niet gehinderd door enige wetenschappelijke benadering en vaak tegen de conclusies van wetenschappelijk onderzoek in. Een internationale vergelijkende studie heeft intussen duidelijk gemaakt dat landen met een sterk ontwikkelde

eerstelijnsgezondheidszorg met inschrijving, echelonnering (Denemarken, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Finland) zowel op het vlak van de kosten van gezondheidszorg als op vlak van kwaliteit van de zorg beter scoren dan landen met een slecht ontwikkelde eerstelijnszorg (België, Duitsland, Verenigde Staten) [12].

De ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg illustreren tevens het onvermogen van politieke partijen om een ideologie om te zetten in concreet beleid t.a.v. gezondheidszorg, zowel onder de CVP-ministers van sociale zaken als onder de PS-ministers, werd in de voorbije 15 jaar uitvoerig lippendienst bewezen aan de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg, maar werd op het terrein nauwelijks iets gerealiseerd.

Het verhaal van de gezondheidszorg vormt een illustratie van wat de Amerikaanse sociologe R.C. Fox schreef over België: "elke maatschappelijke crisis heeft de verschillende belangengroepen in de samenleving steeds meer laten samenkoeken tot enkele grote, rivaliserende machtsblokken. Keer op keer is op de escalatie van conflicten tussen deze blokken een extra parlementaire compromisvorming gekomen, in commissies, in conclaven, op een kasteel, ... Telkens kwam daaruit een wapenstilstand, die werd omgezet in een pact, een machtsafpraak die dan later in een brok wetgeving werd omgezet. Het pact is een techniek, die de Belgen hebben ontworpen om een politieke bedreiging op een vredelievende wijze af te wentelen" [13]. Het Medisch Pact, waarmee de belangrijkste aandeelhouders in de Belgische gezondheidszorg (ziekenfondsen en artsenverenigingen) een soort overlegeconomie hebben uitgebouwd, zorgt ervoor dat zelfs wanneer bepaalde structurele hervormingen in wetten worden vastgelegd (bv. het principe van de inschrijving van de patiënt bij de huisarts), dit wordt omzeild door een akkoord artsen-ziekenfondsen. Het gevolg hiervan is dat maatschappelijke tegenstellingen worden afgewakt, conflictsituaties ontweken, fundamentele veranderingen afgeremd en dat de besluitvorming aan het publieke toezicht wordt onttrokken. De afwezigheid van structurele ontwikkelingen t.a.v. eerstelijnsgezondheidszorg vormt een illustratie van België als een verdeelde, vrije

markt en een bevroren samenleving [14].

Maar er is hoop: "Er moet een grotere verkeersordering komen in de gezondheidszorg. Op de eerstelijns moet de vaste huisarts in principe de toegangspoort tot het stelsel zijn. Om dubbel werk te vermijden moet iedere patiënt ook over een basisdossier beschikken" [15]. Zo klinkt het in de *Sleutels voor morgen* van premier J.L. Dehaene. Zo klonk het ook al 13 jaar geleden. Het feit dat het 'Tienpuntenprogramma voor de federale regering' [16] van de Christelijke Mutualiteiten geen enkele verwijzing voor inschrijving of echelonnering bevat, laat vermoeden dat dit dossier ook nu weer "op slot" blijft.

-
- [1] Kamer van Volksvertegenwoordigers, Verslag over de ziekteverzekering, voorgesteld door Koninklijk Commissaris (dhr. Petit), Brussel, zitting 1975-1976; 892:522.
- [2] WHO, *Alma-Ata Declaration*, Regional office for Europe, Copenhagen, 1978.
- [3] Senaat, Beknopt verslag, Buitengewone zitting 1979, Vergadering van 4 juli 1979; 351-354.
- [4] Meulenaere, G., Zoeken naar evenwicht: minister J.L. Dehaene over

gezondheidsbeleid. In: *Volksmacht*, 1982, 38 (20), 1.

- [5] Malfliet, A., Medisch Dossier: mag de Holocaust ons niets leren? In: *Berichten van het Vlaams Artsensyndicaat*, januari 1992, blz. 6-7.
- [6] De Maeseneer, J.M., De Prins, L., Heyerick, J.P., Mambourg, F., De trouw van Belgische patiënten aan hun huisarts. In: *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1994 (53), blz. 2649-2654.
- [7] Tegenbos, G., Trapleuning. In: *De Standaard*, 28 juli 1993, blz. 8.
- [8] RIZIV, Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, Accreditingsstuurgroep, Document AS 95/1, Bijlage 1, 1 februari 1995.
- [9] Belgisch Staatsblad, Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, BS 5 januari 1994.
- [10] Anoniem, Tussen droom en daad... In: *VAS Ledenblad*, januari 1995, blz. 4.
- [11] Artsen prediken de opstand. In: *De Morgen*, 12 oktober 1992.
- [12] Starfield, B., Is primary care essential? In: *The Lancet*, 1994, 344, blz. 1129-1133.
- [13] Fox, R.C., Why Belgium? In: *European Journal of Sociology*, 1978, blz. 205-228.
- [14] Nuyens, Y., Gezondheidsbeleid in België. In: *De Nieuwe Maand*, 1980, 23 (3), blz. 180-203.
- [15] Dehaene, J.L., *Sleutels voor morgen*. Hasselt, Esopus Uitgevers, 1995, blz. 92.
- [16] Hermesse, J., Gezond en wel de toekomst tegemoet: tienpuntenprogramma van de Christelijke Mutualiteiten aan de federale regering. In: *M-informatie*, mei 1995, blz. 1-8.