

Een toekomstgerichte gezondheidszorg

Kwaliteitsvol, betaalbaar en toegankelijk

Jan De Maeseneer

Professor aan de UG en voorzitter van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

De nieuwe tekorten in de ziekteverzekering drukken ons andermaal met de neus op de feiten: onze gezondheidszorg wordt onbetaalbaar als er niet aan gesleuteld wordt. Sommigen halen de botte hakbijl boven, anderen willen alleen wat rommelen in de marge. Geen van beide strategieën biedt uitzicht op een kwaliteitsvolle, betaalbare gezondheidszorg voor iedereen.

Enigszins geschrokken door de omvang van de tekorten in de ziekteverzekering (10 miljard, 20 miljard, 30 miljard?), deed minister van sociale zaken De Galan een oproep om voorstellen te formuleren voor "structurele besparingen". De Belgische gezondheidszorg heeft echter veel meer nodig dan wat "besparingen". Er is nood aan een breed project voor een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg. Dat laatste aspect is niet zonder belang. De voorbije 15 jaar maakten we immers een betekenisvolle verschuiving mee. Vroeger moest de patiënt ongeveer 1 frank op 10 zelf betalen. Nu is dat 1 frank op 5. Vooral voor maatschappelijk zwakere groepen wordt dat problematisch.

Uit de eerste besparingsvoorstellen van de verschillende actoren blijkt dat er meer dan één hervormingsscenario denkbaar is. Een eerste scenario beperkt zich tot een aantal boekhoudkundige ingrepen en een herschikking van de nomenclatuur zodat de rekening voor 1997 klopt. In een tweede scenario worden een aantal sectoren uit de ziekteverzekering afgestoten. En in een derde scenario worden fundamentele structurele hervormingen doorgevoerd. Van de eerste benadering weten we dat ze geen echte oplossing biedt. De tweede benadering leidt tot een

verdere 'dualisering' van de gezondheidszorg. Enkel het derde scenario biedt een adequate aanpak voor de huidige en toekomstige problemen.

Onafgezien van de vraag hoeveel men in de toekomst zal moeten uitgeven aan gezondheidszorg - wellicht zal dat bedrag door de vergrijzing van de bevolking sneller toenemen dan men momenteel verwacht - kan men het geld dat men nu uitgeeft beter besteden. Dat is het uitgangspunt van het hervormingsvoorstel dat ik hieronder schets. In dit artikel beperk ik mij tot de krachtlijnen ervan. De peilers van het voorstel zijn: een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, het installeren van meer adequate financieringsmechanismen, wetenschappelijke gegevensverzameling en toepassing van "evidence-based medicine", en een demedicalisering van maatschappelijke problemen. Deze voorstellen zijn niet allemaal origineel: veel van wat hier staat werd reeds eerder geformuleerd, o.a. in het rapport van Koninklijk Commissaris Petit over de hervorming van de ziekteverzekering uit 1976.

Versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg

Internationaal vergelijkend onderzoek heeft aangetoond dat in de landen die een sterke eerstelijnsgezondheidszorg hebben de kostprijs

van de gezondheidszorg lager is, de tevredenheid van patiënten hoger en de score op een aantal uitkomst-parameters (kindersterfte, levensverwachting) beter. Het zijn landen met een goed toegankelijke eerste lijn waar de patiënt ingeschreven is in een huisartspraktijk en waar patiënten via verwijzing door de huisarts naar de specialist gaan (bv. Denemarken, Nederland, Finland).

Het onderschrijven van een overeenkomst door de patiënt met een huisartspraktijk betekent geenszins een inbreuk op de vrijheid: de patiënt kan, als hij dat wenst, van huisarts veranderen. Er wordt dan wel voor gezorgd dat het unieke en persoonlijke medische dossier van de patiënt, dat door de huisarts wordt bijgehouden, wordt doorgegeven aan de nieuwe huisarts. Echelonnering, d.w.z. via verwijzing door de huisarts naar de specialist gaan, illustreert de verschillende positie van huisarts en specialist in de gezondheidszorg: de huisarts behandelt een breed scala van klachten en problemen en selecteert de patiënten die verdere specialistische opvolging nodig hebben.

Hoe kan dit concreet in zijn werk gaan? Eerst en vooral moet een inventaris van de bestaande huisartspraktijken gemaakt worden. Patiënten krijgen dan de mogelijkheid om een overeenkomst af te sluiten met een huisartspraktijk. De administratieve formaliteiten kunnen worden opgenomen door de ziekenfondsen (leveren en verzamelen van de formulieren, informeren van de huisartsen over welke patiënten zich bij hen hebben ingeschreven). De huisarts ontvangt jaarlijks een vast bedrag per patiënt die een overeenkomst heeft onderschreven als vergoeding voor het bijhouden van een dossier dat aan kwaliteitscriteria voldoet. Patiënten die naar de dokterspraktijk gaan waar ze zijn ingeschreven, krijgen een reductie op de persoonlijke bijdrage (het zogenaamde 'remgeld'). Vandaag is het remgeld voor de huisarts in België één van de hoogste in West-Europa. Voor ingeschreven patiënten kan men dit remgeld van 167 op 100 frank brengen voor de contacten met een arts uit de huisartspraktijk waarbij ze zijn ingeschreven. Op die manier wordt de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg versterkt.

Eens men gestart is met de inschrijving van patiënten, kan de echelonnering op gang komen:

een patiënt die via de huisarts waarbij hij is ingeschreven met een verwijsbrief naar de specialist gaat, krijgt bij de specialist een hogere terugbetaling. Uiteraard moet de patiënt niet voor elke consultatie binnen dezelfde ziekte-episode eerst via de huisarts passeren: aan de verwijsbrief wordt een verwijskaart gekoppeld. De verwijskaart is het administratief document dat de verwijzing begeleidt. Patiënten die een overeenkomst met de huisarts hebben onderschreven, krijgen een verwijskaart ter beschikking waarop twee types verwijzing door hun huisarts kunnen worden uitgeschreven: een korte verwijzing voor een diagnostische uitwerking of therapeutische oppuntstelling (duurtijd: 2 maanden) en een lange verwijskaart voor chronische patiënten met specifieke aandoeningen zoals dialysepatiënten (duurtijd: 6 maanden). Op het ogenblik van de verwijzing, bij het schrijven van de verwijsbrief, vult de huisarts de datum, de aard van het specialisme waarnaar verwezen wordt en de duurtijd van de verwijzing in. De specialist vult op het prestatiebriefje van een doorverwezen patiënt het RIZIV-codenummer van de verwijzende huisarts in en de datum en de aard van de verwijzing, zoals vermeld op de verwijskaart. Inhoudelijke taakafspraken bevorderen de vlotte samenwerking tussen huisarts en specialist. De specialist wordt aangemoedigd om bij voorkeur patiënten op verwijzing te zien: indien hij op jaarbasis een bepaald percentage van de patiënten ziet op verwijzing, wordt hem een forfaitair echelonnerings-supplement toegekend. Jaar na jaar kan het percentage (en het supplement) toenemen. Zo nodig kan voor verschillende specialismen een verschillend percentage worden voorzien bij de start (bv. bij chirurgen die nu reeds meer patiënten zien op verwijzing, starten met een hoger percentage dan bij huisartsen).

Eens het systeem van echelonnering veralgemeend ingang vindt, zal een herijking van het honorarium van de specialist noodzakelijk zijn. Vermits de specialist dan uitsluitend geselecteerde, meer ingewikkelde pathologieën zal zien, is het logisch dat zijn honorarium toeneemt. De echelonnering vraagt ook een keuze van de bevolking: ofwel volgt men de wetenschappelijke verantwoorde en meest kosten-effectieve weg via

de huisarts naar de specialist, ofwel *shopt* men in de gezondheidszorg en betaalt men daarvoor zelf een hoger prijskaartje via een lagere terugbetaling.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat wanneer de huisarts zijn 'filterfunctie' op de eerste lijn kan waarnemen, de kwaliteit van de gezondheidszorg toeneemt en de kostprijs daalt. Om dat waar te kunnen maken, moeten aan de eerste lijn de noodzakelijke middelen en omkadering ter beschikking worden gesteld. Die investering zal echter zeer snel worden terugverdiend. Nu wordt immers zeer veel geld uitgegeven voor patiënten die ten onrechte op de tweede lijn terechtkomen. Een systeem van kwaliteitszorg moet ervoor zorgen dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn optimaal verloopt.

Meer adequate financieringsmechanismen

De overgang van een financiering per verrichting naar een meer globale financiering moet verder ontwikkeld worden. Een goed voorbeeld vormt de pathologie-financiering in het ziekenhuis - op voorwaarde dat de nodige sociale correcties worden doorgevoerd, zoniet worden maatschappelijk zwakkere groepen 'oninteressant' voor het ziekenhuis. Ook in de specialistische geneeskunde dringen meer globale financieringsmechanismen zich op. Een aanzet daartoe werd reeds gegeven in de klinische biologie. Voor de eerstelijnsgezondheidszorg, die momenteel (met uitzondering van enkele forfaitair werkende wijkgezondheidscentra) nog exclusief in het systeem van betaling per prestatie werkt, moet gezocht worden naar andere vormen. In het buitenland is daarmee reeds veel ervaring opgedaan. Zo functioneert in Denemarken een gemengd systeem, tot grote tevredenheid van huisartsen en patiënten. Hoe dat bij ons het best geregeld kan worden, is stof tot nadenken voor een apart onderhandelingsforum voor de huisartsgeneeskunde. De huisarts heeft immers specifieke functies op de eerste lijn, die duidelijk verschillen van die van de specialist. De taak van een huisarts is complex: acute opvang van klachten, psycho-sociale begeleiding, preventie, begeleiding van chronische zieken, benaderen van de patiënten in een gezinscontext, bijhouden van het uniek en persoonlijk medisch dossier van de

patiënt. Die complexe taak vraagt om een meer-voudige financieringswijze. Eens de patiënten bij de huisarts zijn ingeschreven, zou men kunnen denken aan een systeem waarbij huisartsen 75% van hun inkomen verwerven via een vast bedrag per ingeschreven patiënt en daarnaast vergoed worden via andere betalingsmechanismen (betaling per verrichting voor sommige verrichtingen, kwaliteitsstimuli). Het voordeel van zo'n systeem voor het beleid is dat budgettering beter mogelijk wordt. Voor de huisarts (en ook voor verpleegkundigen, kinesisten) betekent dit een financiering waarbij de aandacht meer op preventie, begeleiding en het stimuleren van zelfredzaamheid van de patiënt komt te liggen.

Voor het financieren van screeningsactiviteiten (bv. baarmoederhalskankeropsparing) werd in het Verenigd Koninkrijk positieve ervaring opgedaan met *target payment*. Hierbij wordt een huisarts betaald in functie van het realiseren van bepaalde doelstellingen (bv. een voldoende hoog percentage van de vrouwen uit de risicogroep werden adequaat onderzocht).

Evidence-based medicine

De (schaarse) wetenschappelijke gegevens m.b.t. gezondheidszorgonderzoek in ons land tonen duidelijk aan dat wij ons voor heel wat indicatoren in een zeer 'merkwaardige' positie bevinden. Wij bezitten het wereldrecord voor het aantal IVF-centra (in vitro fertilisatie), het wereldrecord voor het aantal pacemaker-inplantingen, het wereldrecord voor het aantal huisbezoeken door huisartsen. Enkele andere cijfers: in België worden per jaar 210 miljoen laboratoriumtesten uitgevoerd voor 10 miljoen inwoners, in Nederland 105 miljoen testen voor 15 miljoen inwoners. Wij hebben een groter aantal ziekenhuisbedden per duizend inwoners dan Nederland. Artsen in Nederland schrijven in 54% van de gestelde diagnoses een geneesmiddel voor, in België is dat 89%. Deze verschillen zijn wetenschappelijk moeilijk te verantwoorden. In de wetenschappelijke medische wereld wordt meer en meer aandacht besteed aan *evidence-based medicine*: men gaat uit van wat op basis van wetenschappelijk onderzoek vaststaat, en probeert die inzichten in de praktijk toe te passen via het

formuleren van richtlijnen. Nemen we het voorbeeld van de pacemakers. België telt 196 centra waar pacemakers worden ingeplant. In deze centra worden meer dan 600 nieuwe pacemakers per miljoen inwoners per jaar ingeplant (ongeveer het dubbele van het Europees gemiddelde). De 'Joint Taskforce of the American College of Cardiology/American Heart Association' heeft een richtlijn geformuleerd waarbij de indicaties voor het inplanten van een pacemaker in drie klassen worden onderverdeeld. Klasse 1 betreft de indicaties waar een pacemaker noodzakelijk is, klasse 2 zijn de indicaties waarover discussie is, klasse 3 vormen deze indicaties waarbij het niet zinvol is een pacemaker in te planten. Wellicht heeft de hoge score in België te maken met het feit dat men bij grote groepen patiënten uit klasse 2 en 3 ook overgaat tot het inplanten van een pacemaker. Analoge voorbeelden zijn te geven voor de klinische biologie, het voorschrijven van geneesmiddelen, het aanvragen van medische beeldvorming. In Vlaanderen nam de *Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen* recent een initiatief om wetenschappelijk onderbouwde 'aanbevelingen' op te stellen. Deze aanbevelingen kunnen getoetst worden aan de praktijk in 'peer review'-groepen, die overal ontstaan in het kader van de accreditering.

Demedicalisering van maatschappelijke problemen

Het debat over de financiële crisis in de ziekteverzekering moet opengetrokken worden tot een bredere analyse van de plaats van de gezondheidszorg in de samenleving. Uiteraard kan men hierbij niet om het probleem van de artsenplethora heen. Een samenleving waar één inwoner op 270 arts is, loopt belangrijke gezondheidsrisico's. Fundamentele vragen naar de toekomst dringen zich op: binnen 40 jaar zal meer dan 8% van de Belgen ouder zijn dan 80 jaar. Hoe zullen we hiermee omgaan? Het is ondermeer duidelijk dat dat niet louter door professionele zorg kan worden opgevangen. Er moet gezocht worden naar een alternatief scenario voor de vereenzaamde bejaarde die nu op maandag de huisarts, op dinsdag de verpleegkundige, op woensdag de kinesist, op donderdag niemand en op vrijdag opnieuw de verpleegkundige als enig contact-

punt met de samenleving over de vloer krijgt. In de bredere discussie moet ook de rol van andere hulpverleners, die momenteel niet binnen de ziekteverzekering functioneren, worden betrokken (bv. gezins- en bejaardenhulp, maatschappelijk werk). De gezondheidsproblemen waarvoor we in de 21ste eeuw staan, moeten samen met verantwoordelijken voor de woningbouwsector, de samenlevingshulp, de sociaal-culturele sector besproken worden. Het gezondheidszorgvraagstuk vraagt een intersectoriële benadering, waarbij voor elke maatregel een 'gezondheidseffectenrapport' wordt opgesteld.

Waar al deze voorstellen bespreken?

De oude overlegstructuren (artsen-ziekenfondsen) hebben bewezen de problemen niet adequaat te kunnen aanpakken. Het recente raamakkoord dat tussen artsen en ziekenfondsen tot stand kwam, was eens te meer een lege doos, waarin mechanismen als echelonnering totaal werden uitgehouden. De politiek moet opnieuw haar verantwoordelijkheid opnemen. Vormt dit geen uitstekende materie voor een parlementair debat? De uitdaging zal zijn of men hier kan/wil komen tot meer *evidence-based policy*, een beleid dat veeleer op een wetenschappelijke analyse van feiten dan op politieke kortetermijnbelangen is gebaseerd? Het zou alvast een goede oefening zijn voor de nieuwe politieke cultuur.

Tot slot, in afwachting van de resultaten van de hoger vermelde voorstellen, nog enkele suggesties die, zonder dat zij ook maar enigszins de kwaliteit van de zorgverlening aantasten, onmiddellijk aanleiding kunnen geven tot belangrijke besparingen (5 à 10 miljard?): een reductie van het aantal IVF-centra tot één per provincie, een halvering van het aantal centra die erkend zijn voor vroegtijdige opsporing van wiegedood (preventieve hygiënische maatregelen zijn veel nuttiger), een halvering van het aantal pacemakercentra en -implantaties, een rationalisering van de pre-operatieve onderzoeken, optimaal gebruik van daghospitalisatie, een meer rationeel antibioticagebruik, reductie van het aandeel van het aantal huisbezoeken in de prestaties van huisartsen van 45% naar 25%. Uiteraard is deze lijst illustratief, niet limitatief.