

DAAR MOETEN WIJ HET SAMEN EENS OVER HEBBEN: DE VERGOEDING VAN DE ARTSEN IN VLAANDEREN

Vooraf:

De beroepsorganisaties van artsen in dit land zijn het er duidelijk niet over eens of de wetenschappelijke en de beroepsverdedigende aspecten samen vanuit één vereniging kunnen verwoord worden. De gynaecologen stellen duidelijk dat dit perfect samen kan. De tandartsen hebben ook zo'n Verbond waarin beide activiteiten samen gaan, maar toch is er ook een afzonderlijke Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Tandheelkunde die trouwens dit jaar haar 20 jarig bestaan viert.

De huisartsen zijn dan weer helemaal op de dool. Zij hadden een schitterende Wetenschappelijke Vereniging, de WVVH, die alom respect en krediet genoot, en doekten die nu op ten voordele van Domus Medica, waarin vooral syndicale stemmen de bovenhand dreigen te halen, weten deskundigen ter zake te vertellen.

Toch zou het handig zijn voor de overheid om met artsen te kunnen onderhandelen over de nomenclatuur vanuit een wetenschappelijke kijk op het beroep. Zeker is dat nadien ook de beroepsverdedigende aspecten mee aan de orde zijn, maar hoe goed is het om beide aspecten voortdurend door elkaar te halen wanneer de uitgavengroei van de gezondheidszorg op serene wijze ter studie ligt en vooral kwaliteitsparameters aan de orde zijn.

“De vergoeding van de arts in België” is het magnum opus van collega Rob Van den Oever, LCM Brussel, en de vrucht van jarenlange studies en voorstellen over de nomenclatuur van de gezondheidszorg. In de ondertitel vermeldt de auteur zelf: van prestatievergoeding naar budgetfinanciering?

Als VVMV boeit het ons om de achtergronden te kennen van dit verhaal en de nood aan interdisciplinaire afspraken tussen de verschillende specialismen mee te duiden.

De Belgische nomenclatuur van de zorgverstrekingen

Bij de invoering in België van de verplichte ziekteverzekering in 1963 werd geopteerd voor een akkoorden- en overeenkomstensysteem tussen zorgverleners en ziekenfondsen, waarbij men koos voor een financiering per verrichting. De tariefzekerheid voor de patiënt staat hierbij centraal en de prijs van de verleende zorgactiviteit werd geschat volgens de tijdsduur en de complexiteit ervan.

Naarmate dit nomenclatuursysteem verouderde ontstond een toenemende vorm van inkomensongelijkheid tussen de artsen terwijl de werkbelasting vergelijkbaar bleef voor de verschillende beroepsbeoefenaars. Zo ziet men ook prestaties, die forfaitair vergoed zijn, constant toenemen. Logisch dus dat door de overheid en de verzekeraars naar andere modellen dan prestatiefinanciering gezocht wordt, maar een optimaal systeem is niet makkelijk te vinden. Vaak werd in het verleden door voor- en tegenstanders van het Belgisch systeem geschermd met verschillende buitenlandse modellen, waarbij vooral de beroepsorganisaties heel snel tot de conclusie kwamen dat het nergens beter was dan hier. Tegenwoordig zijn experts in deze materie wat bescheidener geworden en menen zij dat ook in dit land de tijd van verbetering en aanpassing is aangebroken. De verschillen in resultaten en kostprijs tussen de regio's maakt ook snel duidelijk dat enige bijsturing meer dan nodig is.

Algemeen

Zorgvraag, demografische ontwikkelingen, media, technologie en personeelskost zijn de voornaamste verantwoordelijken voor de steeds groeiende totale uitgaven voor gezondheidszorg. Maar ook de stijgende welvaart en de hiermee gepaard gaande veranderende zorgvraag en het groter aanbod van gespecialiseerde zorg en de uitdeinende bereikbaarheid ervan veroorzaken mee de kostenexplosie. De vraag is nu of de steeds meer oplopende uitgaven voor gezondheidszorg ook het globale peil van de volksgezondheid verhogen rond parameters als levensverwachting bij de geboorte en perinatale sterfte.

Neen zegt Van den Oever, meer uitgaven wil niet automatisch zeggen dat ook de volksgezondheid verbetert. Elk Westers land stelt zich dan ook de vraag welk het juiste bedrag is dat als onderdeel van BNP aan gezondheidszorg moet en kan besteed worden.

Het is zo ook duidelijk dat in het verrichtingssysteem te sterk de nadruk wordt gelegd op de uitvoering van aanrekenbare technische prestaties waardoor minder tijd wordt besteed aan niet rechtstreeks vergoedbare taken zoals verslaggeving, overleg en management, staat in het rapport van de expert te lezen.

Er is dus een zoektocht aan de gang naar andere financieringssystemen en daarbij werd ook de capaciteit - financiering of de honorering per ziekte bekeken. Dit gaat eigenlijk om een soort forfaitair systeem waarbij de werkbelasting in concurrentie komt met de kwaliteit van de dienstverlening.

Naar een nieuw systeem

De meeste landen gaan voor een overstap naar een budgetfinanciering en de betaling per prestatie kan enkel overeind blijven indien er een grondige revisie van de nomenclatuur komt waarbij men rekening houdt met de werkelijk geleverde inspanning van de arts in verhouding tot de kost en het resultaat van de geleverde zorg.

Dit past niet bij een sterk specialistische gecentraliseerde zorg waar men belangrijk inkomensverlies voorziet door invoeren van (gedeeltelijke) forfaitaire zorg. De ziekenhuisartsen gaan ook onvermijdelijk aan beleidsparticipatie moeten doen en investeren in vorming, overleg, management, net zoals dit nu reeds van de huisartsen wordt gevraagd, en zeker wanneer zij in groepspraktijken of samenwerkingsverbanden aan het werk zijn.

Zo moet men in de nabije toekomst streven naar de groei van het budget voor ondergewaardeerde specialismen met aandacht voor niet-technische verstrekkingen.

De nomenclatuur-wijzigingen moeten er vooral komen ten voordele van de geriatrie, de pediatrie, de psychiatrie en de huisartsgeneeskunde. Hierbij moet vooral een grotere vergoeding voorzien worden voor de consultatie, het bezoek en het toezicht op zaal of in rustoord en andere instellingen. Ook permanentie, beschikbaarheid en multidisciplinair overleg verdienen een hogere vergoeding.

Van den Oever heeft het in zijn traktaat over het baanbrekend werk van William Hsiao die een model uitwerkte voor de waardering van de prestaties van artsen. Elementen die in deze "Resource Based Relative Value Scale" worden mee genomen zijn: tijdsduur die de arts besteedt, de mentale inspanning, de vereiste vaardigheden, het beoordelingsvermogen, de stress in verband met de zwaarte van de act, de mogelijke gevolgen, de bijkomende opleidingskosten. Het gaat dus om een complexe waardering voor het door de arts geleverde werk waarbij nog aanvulling komt naar personeelskost, infrastructuur, gebruikte materialen en indirecte kosten. Dit model is niet nieuw, werd reeds in enkele landen gebruikt en is wel erg omslachtig in de toepassing. Toch wijst het erop dat er internationaal een drang bestaat om het artsenwerk op een zo mogelijk enigszins gelijkwaardige wijze te verlonen.

Keuze tussen patiëntgerichte zorg en prestatiegerichte zorg

De auteur van het verhaal stelt terecht dat de oplossing niet eenvoudig is, en gelijk heeft hij.

Wanneer men in België deze paradigma-verandering wenst te realiseren dan is hiervoor waarschijnlijk meer dan een kwarteeuw nodig, en dan nog. Als artsen worden wij in de maatschappij eerder bekeken als een behoudsgezinde club die niet erg genegen is tot snelle verandering. Huisartsen zijn doorgaans wat meegaander in het evolutieproces van de zorgverlening en ook het gros van de specialisten in Vlaanderen halen meer hun voorbeeldgedrag bij de Angelsaksische en Noord-Europese collegae dan de Franstalige specialisten die nog veel vaker naar het Zuiden kijken.

In Vlaanderen gaan er duidelijk stemmen op voor een grotere harmonisatie van de zorg waarbij de rol van de huisarts, als vertrouwenspersoon in de eerste lijn, algemeen erkend wordt. Patiëntgerichte zorg komt hier meer en meer centraal te staan en de interesse voor de ontwikkeling van zorgpaden en zorgtrajecten is hier een duidelijk bewijs voor dat dit de juiste weg is. En zo is het dus noodzakelijk dat de vergoeding van de artsen een correctie moet krijgen. Geen eenvoudige zaak, want ondanks de grote voorzichtigheid bij de uitwerking ervan, komen er achteraf reflecties over winst en over verlies. Maar de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, in de economische wereld, op maatschappelijk en ethisch terrein dwingen ons om veranderingen te realiseren.

Besluit

Collega Van den Oever steekt de nek uit met zijn verhaal over de nomenclatuur, en wij weten dat hij daar niet bang voor is. In dit land lopen er trouwens weinig collegae rond die in deze materie zoveel expertise verworven hebben, zodat hij duidelijk met gezag over dit probleem kan praten. Zijn grote nadeel is natuurlijk dat hij persoonlijk niet de minste terreinervaring heeft en in loondienst werkt van de grootste verzekeraar.

In zijn conclusie stelt hij erg duidelijk dat "de gezondheidszorg in België nog steeds performant is in vergelijking met de ons omringende landen". Hij vermeldt daarbij op wat cryptische wijze dat de brede toegankelijkheid, de goede dienstverlening en de gemiddelde kwaliteit de huidige inzet van gemeenschapsgelden via de sociale zekerheid verantwoorden. In eenzelfde beweging noemt hij de twee grote uitdagingen voor de onmiddellijke toekomst: het gewenste haalbare budget en de wijze waarop dat besteed wordt ter financiering van de gezondheidszorg.

Vermits er geen optimaal model bestaat vindt hij volledige afschaffing van het verrichtingsysteem geen optie, maar kiest hij wel voor een aanpassing in de richting van gemengde financieringsvormen. Harmonisatie moet het uitgangspunt zijn en de verschillende disciplines moeten naar elkaar toe groeien en ook de betalingsonevenwichten tussen intra- en extramurale zorg moeten uitgevlakt worden zonder evenwel de toegankelijkheid van de zorg te bedreigen.

Helemaal aan het einde van het verhaal lezen wij dat de trend in andere landen, om kwaliteitsmeting en “resultaatsbetaling” mee te nemen in de eindafrekening, ook hier als voorbeeld kan dienen.

Voor ons, artsenverenigingen, is dit een nuttige analyse die niet op alle banken met evenveel en-

thousiasme zal ontvangen worden. Toch verdedden wij er veel op dat, wanneer collega Van den Oever mocht kiezen in welke regio hij die noodzakelijke veranderingen het snelst en het makkelijkst zou kunnen realiseren, wij het antwoord best kunnen raden.

Het woord is hier nu duidelijk aan de zorgverstrekkers die een keuze moeten maken voor het model en de vergoeding van de gezondheidszorg in een nabije en verdere toekomst in de eigen gezondheidsregio.

Chris Geens

DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN EN DE OPLEIDING TOT ARTS

Situering

In mijn studententijd maakte ik aan de universiteit deel uit van de “werkgroep medische opleiding”, misschien heb ik die zelf wel nog mee opgericht? Ik spreek over einde van de zestiger jaren van vorige eeuw. Wij hadden toen allerlei blitse ideeën over hoe alles anders moest, bestudeerden de opleidingen aan andere, meestal buitenlandse universiteiten, het binnenland was in die jaren immers geen optie.



Ik herinner mij toen een zin uit een verhaal van een Amerikaanse universiteit en die klonk ongeveer als volgt, in vertaalde versie: “een medisch curriculum veranderen, is net iets moeilijker dan het verhuizen van een kerkhof”.

De opleiding is mij steeds blijven boeien en alhoewel zelf geen bijzonder begenadigd student, of misschien juist daarom, ben ik altijd met vorming, nascholing, stages en al wat daar komt bij kijken, bezig gebleven.

Toen werden wij na zeven basisjaren huisarts, mits wij tijdens het laatste jaar ook de beginselen van de huisartsgeneeskunde hadden gevolgd. Kort na onze vestiging als huisarts kwamen daar de 200 uren bijscholing bij die wij nodig hadden om onze accreditering als huisarts te kunnen aanvragen. De beroepsopleiding tot huisarts zou pas ruim een decennium later van start gaan met twee jaar bijkomende opleiding.

Bij de specialisten veranderde intussen weinig aan de vorm van de opleiding en tot op heden volgen zij zeven jaar basisopleiding plus het respectievelijk aantal bijkomende jaren afhankelijk van de specialisatie. Aan de duur van deze opleiding veranderde weinig.

Het aantal specialisaties, subspecialisaties en bekwaamheden veranderde wel en ook de inhoud van de opleiding werd regelmatig bijgestuurd.

Maar zeg nu zelf, na dertig jaar zijn we nog niet verder dan 7 jaar basisopleiding plus een wisselend aantal jaren vervolgopleiding.

Verandering op komst

Zoals het klokje thuis tikt, zo tikt het nergens.

De opleiding tot arts-specialist in dit land is stilaan een anachronisme geworden zonder dat velen zich daaraan storen. Gelukkig misten de huisartsen de Europese boot niet. Met Belgische vindingrijkheid konden wij, een kwart eeuw geleden, aan Europa en de Wereld verkopen dat onze huisartsenopleiding drie jaar omvat, waarbij het eerste jaar ook meetelt als laatste jaar van de basisopleiding. Nergens ter wereld werd het ei van Columbus zo tastbaar en algemeen aanvaard.

Meer nog, de beroepsopleiding tot huisarts in Vlaanderen evolueerde, ondanks de dubbele telling van het eerste jaar, doorheen de jaren tot zo'n niveau dat zij nu in aanmerking komt voor het nieuwe financieringssysteem voor het hoger onderwijs vanaf 01 januari 2008.

Dit komt, omdat na de zeer positieve visitatie heel recent ook de accreditatie is toegekend door de Nederlands- Vlaamse accreditatie-organisatie.

De universiteiten in Vlaanderen vangen nu veel meer geld voor de huisartsenopleiding en wij zijn erg nieuwsgierig naar waar deze meerinkomsten zullen gaan. Waarschijnlijk beslissen de universiteiten hier autonoom over. De opleiding tot huisarts is intussen "geaccrediteerd" en een master-na-master geworden.

De specialistenopleiding, die met de tijd tot 29 afstudeerrichtingen gekomen is, maakt nu hard werk om ook tot een master-na-master te komen.

Vlaanderen bekleedt binnen Europa een unieke positie qua kleinschaligheid van de onderwijssituatie binnen de specialistenopleidingen. Deze versnippering kan ook een bedreiging betekenen in de nabije toekomst.

Dus samenwerking en efficiëntie in de opleiding zijn aan de orde.

De basisopleiding

De zevenjarige opleiding in Vlaanderen is tamelijk uniek in Europa. Het gebruik van het zevende jaar als laatste jaar van de basisopleiding en als eerste jaar van de beroepsopleiding tot huisarts is al jarenlang onderwerp van discussie en juridische procedures.

Neemt niet weg dat dit systeem nog steeds functioneel is en met vrucht de tand des tijds heeft doorstaan.

Maar verandering is op komst. De K.U. Leuven is in Vlaanderen uniek in de constellatie van het zevende jaar of laatste jaar van de basisopleiding. Tijdens dit zevende jaar volgen studenten de opleiding tot huisarts, specialist, maatschappelijke gezondheidszorg of wetenschappelijk onderzoek. Tot daar is alles in overeenstemming met de andere universiteiten.

Maar tijdens dat jaar kunnen studenten ook de optie veranderen en het is de regel dat één op vier studenten een overstap maakt en ook de eindstreep haalt zonder tijdverlies.

Maar de Europese normeringsdrang is groot en zij die het kunnen weten stellen dat tegen 2010 ook in Vlaanderen de basisopleiding over zes kalenderjaren zal verlopen.

De verleiding is dan groot om dit zevende jaar, reeds als schakeljaar gebruikt aan de K.U. Leuven,

om te bouwen tot wat in Groot-Brittannië "Foundation Programme" heet en twee jaar betreft, waarin studenten na de basisopleiding diverse expertises en voortgezette opleidingen kunnen volgen in afstemming op de noden van de later te volgen definitieve opleiding.

Hier bestaat nog helemaal geen consensus over, maar via dit systeem zouden alle studenten na zes basisjaren, en twee schakeljaren reeds heel wat kredietpunten verworven hebben voor hun vervolgopleiding via passage in diverse afdelingen.

De vervolgopleiding

Denk en/of droom even mee.

Na zes basisjaren en twee schakeljaren hebben wij nu kandidaten of masters met ruime expertise en visie op heel de gezondheidszorg. Zij bezochten en ondersteunden heel wat ziekenhuisdiensten, eerste lijn centra, labo's en onderzoekcentra, en bouwden reeds heel wat "krediet" op voor hun komende specialisatie. Nu komt de grote stap: elke vervolgopleiding duurt nu nog vier jaar. Zeg nu zelf, "**6 + 2 + 4 = 12 jaar**" moeten volstaan om het beroepsleven in te stappen, of men nu de snijdende discipline, de eerste lijnszorg, de procreatieve richting of de inwendige discipline wenst te beoefenen. De beroepsverdedigende organisaties zullen terecht aanhalen dat de verloning navenant moet zijn. De specialisten van de best betalende disciplines willen best horen hoe hun loonverlies wordt gecompenseerd. Maar de patiënten zijn bijzonder blij dat zij zo goed opgeleide artsen kunnen raadplegen en hun therapeutische adviezen mogen volgen.

Besluit

Vlaanderen wil de boot niet missen. De harmonisatie van verloning en de afstemming tussen de opleidingen zit er aan te komen. De Belgische situatie laat evenwel een snelle regularisatie niet toe. Onderwijs is gelukkig gemeenschapmaterie en maakt een snelle aanpassing mogelijk.

De gezondheidszorg moet hierop aansluiten en van de communautarisering gebruik maken om de Europese richtlijnen uit te voeren.

Vlaanderen is best in staat om de medische opleiding in al haar facetten naar de eigen hand te zetten en verder ook de organisatie van de gezondheidszorg op de eigen noden af te stemmen. Memento de bijzondere wet van 8/08/80.

Chris Geens