

CONTINGENTERING ARTS/TANDARTS

unaniem goedgekeurd op de algemene vergadering van 22 maart 2007

1. INHOUDELIJKE SITUERING

1.1. WAT IS CONTINGENTERING?

In VVS-context heeft contingentering betrekking op het inperken van het aantal afgestudeerden dat toegang krijgt tot het uitoefenen van een bepaald beroep. Als men in België deze term hanteert, gaat het praktisch steeds over medische beroepen (artsen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, psychotherapeuten, ...). Deze contingentering werd ingevoerd in de jaren '90 om het zogezegde overschot aan (studenten)artsen tegen te gaan om zo de kosten in de gezondheidszorg terug te dringen. Het was dus in de eerste plaats bedoeld als een besparingsmaatregel.

Hoe kan men dan het aantal afgestudeerden dat toegang krijgt, beperken? Hiervoor valt men terug op het zogenaamde RIZIV-nummer. RIZIV staat voor Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de dienst die onder meer de terugbetaling van medische prestaties regelt. Artsen die erkend worden door het RIZIV verwerven een RIZIV-nummer, waardoor hun patiënten na een consultatie aanspraak maken op terugbetaling via de ziekteverzekering. Men kan in België m.a.w. niet als dokter aan de slag zonder die erkenning. Door dus slechts een beperkt aantal afgestudeerden een RIZIV-nummer te verlenen, wordt het zogenaamde arbeidsoverschot opgevangen.

Belangrijk om weten is dat alles wat te maken heeft met Gezondheidszorg en Sociale zekerheid – en dus ook de beslissing over het al dan niet doorvoeren van een contingentering en het instellen van een beperkt aantal - een federale materie is en dus onder de bevoegdheid valt van de federale regering (of het federaal parlement).

Concreet komt het er dus op neer dat de regering ten eerste een contingentering doorvoert en vervolgens voor elk jaar vastlegt hoeveel afgestudeerden er aan de slag kunnen¹. Opvallend is dat dit aantal wordt vastgelegd per gemeenschap (en niet voor heel het land). Zoals in punt 6 verder wordt behandeld, kan deze beperking van het aantal artsen, reeds bij de instroom aan de universiteit worden aangevat (bijvoorbeeld: via een ingangsexamen, wat dan weer onder 'onderwijs' valt: een bevoegdheid van de gemeenschap en niet van de federale staat).

1.2. WAAROM IS ER CONTINGENTERING?

Voor de verdedigers van de contingentering was de onmiddellijke aanleiding van de maatregel het zogenaamde overaanbod ("de plethora") aan artsen, meer bepaald aan huisartsen. Er zijn wel meer overschotten in de wereld, maar het probleem met dit overschot was dat het volgens de verdedigers verantwoordelijk gesteld werd voor een aantal specifieke problemen:

- Het overaanbod zou tot een explosie van de kosten in de gezondheidszorg leiden: een groter aanbod van artsen zou tot een grotere vraag leiden; een groter aanbod zou de aanbieders er ook toe bewegen om hun patiënten aan te sporen tot een grotere consumptie in het kader van een scherpe concurrentiestrijd
- Het overaanbod zou een daling van de kwaliteit van de zorgverlening tot gevolg hebben. De redenering luidt dan als volgt: om patiënten degelijk te kunnen behandelen moet een arts voldoende ziektebeelden zien zodat hij snel de juiste diagnose kan stellen en een aangepaste behandeling kan voorstellen: door het overaanbod aan artsen zou dit voor velen niet meer opgaan.

Centrale vooronderstelling hierbij is dat de nood aan mensen uit bepaalde beroepscategorieën op voorhand valt te bepalen, en dat in functie daarvan het aanbod kan gepland worden.

Tenslotte is enig 'corporatisme' de pleitbezorgers van contingentering ook niet vreemd. Een beperking van het aantal artsen speelt immers in het voordeel van de reeds aanwezige artsen, die op deze manier de concurrentie zien verminderen.

¹ Dit aantal wordt vastgelegd door de zogenaamde 'planningscommissie medisch aanbod'

2. BELANG VOOR DE STUDENTEN

Contingentering is rechtstreeks gekoppeld aan een instroombeperking zodat er een duidelijke link is met al dan niet geweigerde, toekomstige studenten. Daarnaast heeft contingentering uiteraard ook gevolgen voor de huidige generatie studenten in de opleiding tot (tand)arts. In die zin is het absoluut noodzakelijk dat VVS zich over deze kwestie uitspreekt.

Maar in de eerste plaats is contingentering ook vooral een algemeen maatschappelijke kwestie. Contingentering is bijgevolg ook meer dan een interne artsenkwestie of interne kwestie voor de studenten geneeskunde. Het is een principe dat raakt aan de basispijlers waarop onze gezondheidszorg gebaseerd is. Elke student zal vroeg of laat met de al dan niet positieve gevolgen van contingentering geconfronteerd worden. Zoals we het verkeersbeleid niet enkel laten bepalen door de autofabrikanten, of ons rechtstelsysteem enkel door advocaten, is het ook niet opportuun om de gezondheidszorg te laten organiseren door louter de artsen. In deze discussie is het dus belangrijk dat niet enkel de geneeskundefaculteiten hun stem laten horen.

Volgens VVS is contingentering zowel vanuit maatschappelijk als onderwijskundig oogpunt uiterst relevant voor de studenten. De inbreng van de studenten in dit debat lijkt ons dan ook cruciaal. Analyse van de argumenten pro contingentering

2.1. IS ER EEN OVERAANBOD AAN ARTSEN OF NIET?

VVS durft te twijfelen aan de visie dat er momenteel een overaanbod aan artsen zou zijn, of er in de toekomst een overaanbod zal zijn.

Eenzijds blijken de resultaten van de wetenschappelijke studies, zoals uitgevoerd door gezondheidseconomen, hierover niet zomaar eenduidig te interpreteren. De bewering dat er een overaanbod aan artsen is, wordt dus niet zonder meer bevestigd door de wetenschappelijke studies.

Ten eerste stellen zich een aantal duidelijke methodologische problemen. Hoe definieert men het begrip overaanbod? Vanaf wanneer stelt zich een overaanbod? Welke criteria gebruikt men om dit alles te meten? Enz...

Men heeft zich uiteindelijk vooral geconcentreerd op de "artsendichtheid", zijnde het aantal artsen per capita (aantal inwoners). Daaruit zou blijken dat België inderdaad een duidelijk hogere artsendichtheid heeft dan de omliggende landen. Deze cijfers mag men echter niet droogweg overnemen. Een aantal elementen kaderen en relativeren deze "hoge" Belgische artsendichtheid:

- de gezondheidszorgsystemen, principes en organisaties, zijn sterk verschillend van land tot land
- het takenpakket van de arts wordt overal verschillend ingevuld,
- de mate waarop paramedische beroepen (verplegers, vroedkundigen...) taken van de arts overnemen,
- de problematische lange wachtlijsten (vb. in Nederland),
- de 'penurie' (het tekort aan artsen) in verschillende landen

Daarnaast was een subjectief element heel belangrijk in het onderbouwen van de plethora. Onder de artsen was er een zeer sterk en gemeend aanvoelen van een overaanbod. We kunnen concluderen dat het overaanbod niet eenduidig te bepalen valt en dat de meningen hierover ver uit elkaar liggen.

Anderzijds zijn er de laatste jaren, los van wetenschappelijke studies, in de praktijk steeds vaker signalen dat er een tekort is aan artsen. Nu de contingentering geruime tijd geleden is ingevoerd, laten de gevolgen zich voelen. Zo kiezen steeds minder studenten voor het huisartsenberoep, en prefereren meer studenten specialisatie. Een relatief grote groep van oudere huisartsen stopt binnenkort. Er wordt gesproken van een structureel probleem: bij epidemie's is dit nu reeds duidelijk (overvraagde huisartsen lassen een patiëntenstop in), in de toekomst zal dit tekort enkel groter worden. (Zie verder: 'vragen bij planning medisch aanbod').

2.2. HOE ZIT HET MET DE KOSTENEXPLOSIË IN DE GEZONDHEIDSZORG?

Voor de federale regering uit de jaren '90 was de hoofdreden voor de invoering van contingentering zonder twijfel de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg. En de explosie van de kosten in de gezondheidszorg kunnen inderdaad niet ontkend worden.

Aangenomen wordt echter dat – los van het zogenaamde overaanbod – er heel wat andere verklarende factoren kunnen worden aangeduid, zoals:

- de gevolgen van de vergrijzing
- de ontwikkelingen op technologisch en medisch vlak
- mondiger en beter geïnformeerde patiënten die zelf naar bijkomende behandelingen gaan vragen
- ...

België is echter geen buitenbeentje met zijn exploderende kosten in de gezondheidszorg. Alle geïndustrialiseerde landen worden geconfronteerd met dit probleem, omdat zij gelijkaardige demografische, sociale, economische en culturele ontwikkelingen kennen. Ook de landen die al sinds jaar en dag een beperking van het medisch aanbod kennen, zoals Frankrijk en Nederland, zien zich ermee geconfronteerd. Bovendien moet opgemerkt worden dat België weliswaar veel uitgeeft aan gezondheidszorg, maar dat het in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen niet overdreven veel uitgeeft.

Het is mogelijk dat de stijging van de consumptie een rol kan spelen in de stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg. Gezondheidseconomen zijn er echter nog steeds niet in geslaagd om het verband tussen de stijging van consumptie en de stijging van het aantal artsen betrouwbaar aan te tonen. De redenering dat vraag en aanbod elkaar evenredig volgen, is zeker niet noodzakelijk van toepassing op de geneeskunde. De cijfers en ervaringen van onze buurlanden, die vaak al decennia lang een systeem van beperking van het medisch aanbod hebben, maken op zijn minst duidelijk dat mocht het dan al een verklarende factor zijn, het waarschijnlijk niet de meest significante factor is.

2.3. KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG?

Voor de artsenbonden schoven als belangrijk argument voor de contingentering het verhogen van de kwaliteit van de gezondheidszorg naar voren. Om een patiënt goed te kunnen behandelen moet een arts voldoende ziektebeelden te zien krijgen, zo luidde de redering. Vandaar het voorstel om het aantal artsen te beperken zodat elke arts meer dan voldoende patiënten heeft om kwaliteit in diagnose en therapie te kunnen waarborgen.

Toch kunnen er een aantal vraagtekens geplaatst worden bij de conclusies die uit dit kwantitatieve uitgangspunt getrokken worden, die deze conclusies op zijn minst nuanceren:

- Als het hoge medische aanbod in België de kwaliteit van de gezondheidszorg bedreigt, hoe verklaart men dan het in alle internationale studies erkende, hoge niveau van de gezondheidszorg in België? Is de bedreiging van de kwaliteit een toekomstig risico? Of presteert de Belgische gezondheidszorg goed ondanks het grote aantal artsen?
- Het traditionele kwaliteitsargument is een louter kwantitatieve benadering van kwaliteit. Een logische bedenking hierbij is dat kwaliteit ook en misschien vooral een kwalitatief aspect heeft. Het is niet alleen van belang dat een arts voldoende ziektebeelden en een voldoende hoeveelheid van deze ziektebeelden ziet, het is minstens even belangrijk wat een arts doet wanneer hij de ziektebeelden ziet, hoe hij diagnosticeert, of en hoe hij de patiënt informeert, welke therapie hij voorstelt, of en hoe hij doorverwijst, ... Bovendien heeft de gemiddelde hedendaagse arts niet noodzakelijk nood aan het zien van meer patiënten, maar vooral nood aan meer tijd voor de patiënten. Kwaliteit is tegengesteld aan medisch bandwerk, een praktijk niet nog steeds niet is uitgeroeid. Boudweg stellen dat een beperking van het medisch aanbod de kwaliteit van de zorgverlening gaat verhogen, is reductie van het ergste soort. Het verliest volledig de bijzonder complexe causaliteit van kwaliteit uit het oog.
- Beperking van het medisch aanbod kan ook de kwaliteit van de zorgverlening verkleinen. Als men verkeerd plant waardoor er een tekort aan artsen en wachtrijen ontstaan, dan hebben artsen te weinig tijd voor patiënten. Snelle afhandeling hypothekeert in zo'n geval evengoed de kwaliteit als te weinig patiënten in het geval van plethora.

2.4. CONCLUSIE

VVS gaat niet akkoord met de argumenten die door de bepleiters van contingentering worden aangevoerd. De argumenten die de voorstanders van contingentering aanhalen zijn bijlange niet zo stevig als ze op het eerste zicht lijken.

In de eerste plaats kan niet zomaar eenduidig worden aangetoond dat er een overaanbod aan artsen op komst is. Integendeel: er zijn steeds vaker signalen dat we afsteveneren op een tekort!

Ten tweede is rechtstreekse koppeling van de kostenexplosie en het overaanbod onterecht. Andere factoren zoals de vergrijzing hebben een veel grotere impact op de uitgaven. Bovendien volgen vraag en aanbod elkaar in de geneeskunde niet zomaar evenredig. In ieder geval is het duidelijk dat contingentering de kostenexplosie niet heeft verholpen.

Tenslotte gaat men nogal kort door de bocht als men zomaar de link legt tussen de kwaliteit van de gezondheidszorg en het veronderstelde overaanbod. De kwaliteit van onze gezondheidszorg is altijd al van een zeer hoog niveau geweest. Bovendien veronderstelt de nieuwe benadering van de geneeskunde juist dat men meer tijd heeft voor minder patiënten.

3. VRAGEN BIJ DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD

Als men het er dan toch over eens zou zijn dat er medisch overaanbod is en dat contingentering de juiste beleidsmaatregel is om hieraan te verhelpen, dan stelt zich het probleem van de planning van het medisch aanbod. Er moeten immers op middellange termijn (5-10 jaar) contingenten vastgelegd worden, aantallen artsen die jaarlijks tot de

medische markt toegelaten kunnen worden. Dat vergt de voorspelling van de evolutie op middellange termijn van zowel het medisch aanbod (aantal artsen en karakteristieken van hun praktijkvoering) als de medische vraag (aantal patiënten, hun karakteristieken en hun noden).

3.1. DE HUIDIGE PLANNINGSMETHODE SCHIET TE KORT!

De quota voor het aantal afgestudeerden dat aanspraak maakt op een Riziv-nummer liggen vast op 2011. De quota voor de daaropvolgende jaren worden bepaald door de planningscommissie. VVS stelt zich ernstig vragen bij de manier waarop de quota worden bepaald.

VVS vreest dat de overheid (in het verleden) en de commissie (nu) nogal speculatief te werk gaan. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de maatschappelijke evoluties zoals de vervrouwelijking van het beroep, de opgang van deeltijds werken, het stijgende succes van groepspraktijken en de groeiende internationale mobiliteit.

De gebruikte parameters en cijfers om de huidige quota te bepalen blijken vandaag achterhaald.

Recente studies en evoluties zetten de argumenten en bezwaren nu steeds meer kracht bij. Een tijd geleden trok het Verbond der Vlaamse Tandartsen aan de alarmbel omdat steeds meer tandartsen op zoek naar een betere levenskwaliteit de wijk nemen naar de buurlanden, kiezen voor deeltijdse werkvormen en groepspraktijken. In combinatie met de vele vijftigplussers, voorspellen ze een nijpend tekort. Ook de Vlaamse Vereniging van Huisartsen ziet de bui al langer hangen. Een kwart van de beginnende huisartsen geeft er al binnen vijf jaar de brui aan. De vervrouwelijking van het artsenprofiel maakt ook hier dat steeds meer huisartsen de krachten bundelen in groepspraktijken. De exodus naar de buurlanden waar er door een numerus clausus al langer tekorten bestaan, zet zich ook hier door. Steeds meer wetenschappers waarschuwen dat het artsenbestand ook bij ons weldra ontoereikend zal worden.

VVS vraagt op korte termijn meer transparantie in de werking en aanpak van de commissie zodat duidelijk wordt op welke parameters men zich baseert. Bovendien is er nood aan een meer democratische samenstelling van de commissie.

3.2. IS PLANNEN ÜBERHAUPT MOGELIJK?

Los van de manier waarop de planning wordt doorgevoerd, stellen zich een aantal problemen bij het plannen op middellange termijn:

- over vele elementen zijn zo goed als geen kwantitatieve gegevens voorhanden zijn in België;
- vele elementen zijn heel moeilijk te kwantificeren en
- de evolutie van vele elementen valt moeilijk te voorspellen.

Een betrouwbare planning blijkt aartsmoeilijk te zijn en als er niet tijdig flexibel bijgestuurd wordt, dan kunnen de gevolgen catastrofaal zijn. De gevolgen van dit soort van planning, door de lange duur van de geneeskunde-opleidingen, openbaren zich immers slechts na vele jaren. Geconfronteerd met de ongewenste effecten van een ontspoorde planning kunnen beleidsverantwoordelijken niet onmiddellijk ingrijpen omdat je opnieuw een lange periode nodig hebt vooraleer de gevolgen van de bijsturing op het terrein voelbaar worden.

Alle buitenlandse voorbeelden tonen aan dat landen die als sinds decennia in een of andere vorm een systeem van planning van het medisch aanbod hebben (Frankrijk, Nederland, V.K.), geconfronteerd worden met problematische wachtrijen in hun gezondheidszorg. Elk gezondheidszorgsysteem heeft immers wachtrijen, maar deze worden pas problematisch als patiënten te lang moeten wachten op een behandeling. Naast de vanzelfsprekende achteruitgang van de levenskwaliteit heeft dit ook een economisch argument: de aandoening kan escaleren en een behandeling wordt nog duurder. Het beleid moet bij zijn afweging dus in rekening brengen dat de prijs die men op middellange en lange termijn vaak voor planning van het medisch aanbod betaalt, wachtrijen zijn. Een cynicus zou hierop antwoorden dat dit voor het beleid geen valabel argument is omdat wachtrijen op zich een manier zijn om kosten te besparen in de gezondheidszorg. Behandelingen worden uitgesteld, patiënten overlijden vooraleer ze aan behandeling toekomen,...

4. ALTERNATIEVEN

VVS heeft steeds de bezorgdheden gedeeld in verband met de betaalbaarheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar ze wijst contingentering af als de mirakeloplossing:

- Contingentering gaat ten koste van het recht op onderwijs en het recht op vrije studiekeuze. Men wordt dus geconfronteerd met een conflict tussen twee basisrechten: het recht op onderwijs en het recht op gezondheidszorg. Wanneer twee rechten met mekaar in conflict komen, dan moet er een zorgvuldige afweging gemaakt worden tussen beide. Er moet nagegaan worden of er geen oplossingen voorhanden zijn die allebei intact houden. Is dat niet het geval dan moet een van beide voorgaan op het andere, maar op proportionele wijze. Aan het recht dat op de tweede plaats

wordt gezet, mag niet meer afbreuk worden gedaan dan nodig is voor de vrijwaring van het recht dat voorrang krijgt. Contingentering voldoet niet aan deze voorwaarde.

- Contingentering is een oplossing op de kap van de zwakkere: de machteloze (toekomstige) student. Er wordt volledig voorbijgegaan aan de verantwoordelijkheden van de reeds praktiserende artsen.

- Contingentering is niet de beste oplossing voor de geschetste problemen. Er zijn er betere voorhanden, maar deze vergen heel wat meer politieke moed.

VVS heeft hier ook het warm water niet uitgevonden, deze aanbevelingen worden door heel wat spelers in de gezondheidszorg naar voren geschoven als essentiële en dringende hervormingen in ons gezondheidszorgsysteem.

4.1. BEHEERSING VAN DE KOSTENEXPLOSIË EN REDUCTIE VAN HET ARTSENOVERSCHOT

4.1.1. Een verplichte pensionering voor artsen

Er moet een verplichte pensionering voor artsen komen. Men kan zich inspireren op de emeritaatregeling van de magistraten. Artsen zouden verplicht moeten worden op 67 op pensioen te gaan. Deze pensioneringsverplichting zou gekoppeld worden aan een verbetering van het sociaal statuut, in het bijzonder het pensioenstelsel, van artsen. Voorts zou er een degelijk eindeloopbaanbeleid uitgewerkt moeten worden, waarbij artsen bijvoorbeeld verplicht zouden worden uitloopprijzen uit te bouwen. Met uitloopprijzen worden bedoeld artsen die vanaf bijvoorbeeld hun zestigste met een pas afgestudeerde arts een duo-praktijk vormen, de jonge arts begeleiden, hun activiteiten eventueel afbouwen en uiteindelijk hun praktijk aan deze jonge arts overlaten.

Het effect van deze maatregel zou eerder beperkt zijn. Drie à vijf procent van de huidige artsen zouden hun RIZIV-nummer verliezen. Het zouden bovendien artsen zijn die sowieso al minder actief zijn. Toch zou deze maatregel een bijzonder grote symbolische waarde hebben. Vanuit de intergenerationele solidariteit lijkt het logisch dat de oudere generatie eerst een stapje opzij doet, vooraleer men de jongere generatie vraagt de prijs te betalen. Minstens mogen zowel de oudere als de jongere generatie de prijs betalen.

Midden jaren '90 bereikte de federale overheid een akkoord met de artsenbonden over een verplichte pensionering vanaf 67. Dit akkoord werd echter nooit uitgevoerd.

Een minimum en maximum van het aantal prestaties dat een arts mag uitvoeren zou hier soulaas kunnen bieden.

4.1.2. Echelonering van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg zou geëchelonned moeten worden. Dit betekent dat de gezondheidszorg in echelons of lijnen ingedeeld zou moeten worden en dat je pas naar een hoger echelon kan gaan, als je het lagere echelon hebt aangedaan. Concreet zouden er minstens twee echelons of lijnen ingevoerd moeten worden. De eerste lijn is de huisarts. De tweede is de geneesheer-specialist. Je zou als patiënt pas een geneesheerspecialist kunnen raadplegen na doorverwijzing door een huisarts. Dit moet onnodige consumptie en dokter-shopping of -hopping tegengaan, waarvoor de Belgen berucht zijn.

De wettelijke basis voor echelonering is aanwezig. In de ZIV-wet staat zelfs letterlijk dat er een trapsgewijze organisatie van de geneeskundige verzorging wordt ingesteld. Van deze bepalingen werd vooralsnog echter geen gebruik gemaakt. Dit gebeurt wel vaker in de sector van de sociale zekerheid. In het regeerakkoord van de paarsgroene regering Verhofstadt I uit 1999 stond dat er een wet op de eerstelijnsgezondheidszorg zou aangenomen worden, maar dat is er nooit van gekomen. Binnen haar beperkte bevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg heeft de Vlaamse Raad op 3 maart 2004 wel een Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders goedgekeurd.

4.1.3. Verplichte fidelisering (het principe van een 'vaste' huisarts)

Fidelisering zou verplicht moeten worden. Fidelisering betekent dat een patiënt zich verbindt aan een huisarts. Slechts in welbepaalde, duidelijk omschreven omstandigheden kan hij een andere huisarts raadplegen (bv. "second opinion"). Uiteraard worden er ook regelingen getroffen bij ziekte of vakantie van de vaste huisarts. Er wordt een procedure voorzien om van vaste huisarts te wisselen. Ook deze maatregel zou overconsumptie en dokter-shopping of -hopping moeten tegengaan. Waar echelonering dat op de eerste plaats doet met betrekking tot de geneesheer-specialist, doet deze maatregel dat met betrekking tot de huisartsen. Tot nu toe zijn er nog geen maatregelen genomen met betrekking tot fidelisering.

4.1.4. Verplicht globaal medisch dossier

Er moet verplicht een globaal medisch dossier komen. Elke patiënt moet bij een vaste huisarts een globaal medisch dossier hebben. In dit globaal medisch dossier worden alle relevante documenten met betrekking tot de gezondheidshistoriek van de patiënt bijgehouden. Op die manier behoudt er een arts een volledig overzicht van alle aandoeningen en behandelingen die een patiënt reeds gehad heeft. Ook dit zou overconsumptie moeten tegengaan. Bestaat er fidelisering dan hangt deze maatregel nauw samen met het globaal medisch dossier. Het globaal medisch dossier kan echter ook ingevoerd worden zonder fidelisering via financiële incentieven voor de patiënt (bv. kortingen op het remgeld).

In de Belgische gezondheidszorg bestaat sinds kort een veralgemeend systeem van globaal medisch dossier. Elke patient, ongeacht zijn leeftijd, kan aan een arts vragen een globaal medisch dossier bij te houden. Hij betaalt hiervoor aan de arts een jaarlijkse vergoeding die terugbetaald wordt door de ziekteverzekering. Voorts krijgt de patient voor bepaalde prestaties korting op het remgeld.

4.1.5. Complementaire financieringsmodellen

Om de hiervoor opgesomde hervormingen te ondersteunen is er nood aan complementaire financieringsmodellen. Op het vlak van de huisarts kan gedacht worden aan:

- een lager remgeld voor de patient bij fidelisering en/of een globaal medisch dossier;
- een hoger remgeld bij de ontwijking van de echellonering en
- een gemengde financiering voor de huisarts bestaande uit een onderdeel op grond van geleverde prestaties, een onderdeel op grond van een vergoeding per patiënt en een onderdeel bestaande uit een administratieve subsidie.

4.1.6. Rationalisering van de geneeskunde

Er is nood aan rationalisering van het geneesmiddelenverbruik. De terugbetaling van geneesmiddelen is een van de belangrijkste uitgavenposten van de ziekteverzekering. Het is ook een van de snelst stijgende uitgavenposten door toedoen van de farmaceutische ontwikkeling en de groeiende consumptie. Een echte beheersing van de stijging van de kosten voor terugbetaling van geneesmiddelen zou dan ook een reële bijdrage zijn tot de beheersing van de stijgende kosten voor de gezondheidszorg in het algemeen. De geneesmiddelensector is echter geen makkelijke sector omdat er naast de artsen ook een derde hond in het spel is: de farmaceutische industrie. Daardoor bevindt geneesmiddelenbeleid zich op de rand van publiek/privaat en for profit/not for profit. De volgende maatregelen zouden kunnen bijdragen tot een beheersing/reductie van de kosten voor terugbetaling van geneesmiddelen:

- het stimuleren van het gebruik van goedkopere generische geneesmiddelen in plaats van de merkgeneesmiddelen + openbare aanbesteding van die geneesmiddelen (Kiwi-model)
- beter informeren van de artsen over de beschikbare geneesmiddelen en hun goedkopere, al dan niet generische alternatieven.
- het voorschrijven op stofnaam
- het controleren en sanctioneren en/of belonen van het voorschrijfgedrag van artsen, aangezien zij de poort zijn tot terugbetaling van geneesmiddelen door de ziekteverzekering;
- een grondige doorlichting van het aantal erkende geneesmiddelen in België. België kent vandaag meer dan 10000 erkende geneesmiddelen, Zweden slechts 3000. Dit maakt het voor artsen in België veel moeilijker om een overzicht te houden en zo vergroot dus hun afhankelijkheid van de farmaceutische industrie;
- Er is nood aan een hervorming van de nomenclatuur, de wijze van uitbetaling van geneesheren, of de terugbetaling van prestaties. Op dit moment worden de duurdere technische prestaties overgewaardeerd in vergelijking met de goedkopere en meer op preventie gerichte intellectuele prestaties (van bijvoorbeeld psychiaters). Een opwaardering van deze laatste categorie is absoluut noodzakelijk.
- Ook de opleidingen geneeskunde hebben een belangrijke rol te vervullen in de rationalisering van de geneeskunde. In het curriculum van de opleidingen geneeskunde is er nood aan nog meer aandacht voor overconsumptie, deontologisch voorschrijfgedrag, meer tijd en aandacht voor de patiënt, enz.
- Verantwoord omspringen met antibiotica

De ministers van sociale zaken in de twee federale regeringen Verhofstadt, Frank Vandenbroucke (SP.A) en Rudy Demotte (PS), hebben in deze al enige stappen proberen te zetten die echter ver ontoereikend zijn. De studenten roepen de bevoegde federale ministers op om eindelijk de politiek moed aan de dag te leggen om op een duurzame manier de kosten van de gezondheidszorg te drukken in plaats van de verantwoordelijkheid te blijven afwimpelen op patiënten of studenten.

4.1.7. Stimuleren van andere professionele uitstroommogelijkheden voor afgestudeerde artsen

Binnen de geneeskunde-opleidingen moeten andere professionele uitstroommogelijkheden dan praktiserend arts gestimuleerd worden. Er kan gedacht worden aan: arbeidsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, schoolgeneeskunde, ontwikkelingssamenwerking, wetenschappelijk onderzoek, consultancy,...

4.2. VERHOGING VAN DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG

4.2.1. Echellonering, fidelisering en het globaal medisch dossier

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de invoering van de hiervoor aangehaalde maatregelen van echellonering, fidelisering en het globaal medisch dossier tevens tot kwaliteitsverbetering van de zorgverlening leiden.

4.2.2. Samenwerkingsverbanden tussen artsen

De overheid moet samenwerkingsverbanden, zoals groepspraktijken, stimuleren. Binnen deze groepspraktijken kan er aan taakverdeling gedaan worden zodat niet elke huisarts elk ziektebeeld door en door dient te kennen. Er kunnen tevens geneesheren-specialist en andere medische zorgverstrekkers, zoals kinesitherapeuten of psychologen, in betrokken worden. Dergelijke pooling vergemakkelijkt ook de financiering van administratieve ondersteuning. De federale regering beschikt over de wettelijke machtiging om samenwerkingsverbanden op te leggen en te ondersteunen en heeft op dit vlak ook al een aantal beperkte maatregelen genomen, voornamelijk financiële incentieven.

4.2.3. Verplichte accreditering en bijscholing

De accreditering en bijscholing van artsen moet verplicht worden en niet gewoon een facultatief engagement waar men financieel voor beloond wordt.

4.2.4. Uitbouwen van het interne kwaliteitszorgsysteem

Het interne kwaliteitszorgsysteem van artsen moet verder uitgebouwd worden. De basis hiervoor moet peer review blijven. De recent opgerichte LOGO's² en de recent opgestelde guidelines moeten versterkt worden.

4.2.5. Een betere opleiding tot 'basisarts'

De geneeskunde-opleidingen moeten volwaardige opleidingen tot basisarts worden. Na het rapport van de visitatiecommissie geneeskunde uit 1997 is hiermee begonnen, maar de meeste opleidingen hebben deze doelstelling nog niet bereikt.

5. GEVOLGEN VOOR DE ARTSENOPLEIDING

Wanneer het aantal RIZIV-nummers dat uitgedeeld wordt, beperkt wordt, moet er logischerwijs ook een selectie plaats vinden. Dit kan bij het begin van de studies (de huidige situatie in Vlaanderen), tijdens de studies, of bij het afstuderen (zoals bij de kinesisten). Contingentering gaat dus ten koste van het recht op onderwijs en het recht op vrije studiekeuze.

Vanaf het academiejaar 1997-1998 werd dan ook in Vlaanderen een toelatingsexamen arts-tandarts ingevoerd. De gevolgen van deze toelatingsproef zijn:

- De vrije toegang tot het hoger onderwijs wordt ingeperkt: de toekomstige generaties studenten leveren de grootste inspanning omdat ze verplicht worden de vrije studiekeuze op te geven
- een drastische daling van het aantal studenten geneeskunde/tandarts;
- een versterkt Mattheus-effect: 75% van iedereen die slaagt in de toelatingsproef heeft een vader/moeder of oom/tante die (tand)arts is.

6. ALGEMEEN BESLUIT

Samengevat is VVS zowel tegen de contingentering als tegen een verplichte, bindende en dus ondemocratische selectie via een ingangsexamen. De argumenten die worden gegeven om contingentering door te voeren, zijn ofwel twijfelachtig of wel ronduit onjuist. Contingentering is geen goede oplossing, noch voor de student, noch voor de gezondheidszorg, noch voor de samenleving in zijn geheel. In plaats van te besparen op de rug van de toekomstige generatie studenten, vraagt VVS dringend een reeks alternatieve maatregelen. Het recht op onderwijs, vrije studiekeuze en beroepsvrijheid kan niet worden geofferd als gevolg van een gebrek aan moed om de problemen via noodzakelijke en drastische alternatieve maatregelen aan te pakken.

² Logo = lokaal gezondheidsoverleg

APPENDIX: ALTERNATIEVE PLANNING

VVS blijft gekant tegen contingentering. De alternatieve maatregelen die VVS voorstelt om de kostenexplosie in de gezondheidszorg binnen de perken te houden zijn veel efficiënter en nog steeds niet geïmplementeerd. Bovendien toont de praktijk van en ervaring met de planningscommissie medisch aanbod voldoende aan dat een centraal gestuurde planning van het medische aanbod niet mogelijk is. Nu wordt de planning opgemaakt voor het volledige Belgische grondgebied. Zoals hierboven reeds uitgelegd is deze planning zeer onnauwkeurig en grotendeels natte vinger werk.

In navolging van het voorstel van de collega's van het FEF, la Fédération des Etudiants francophones (FEF) denkt VVS dat als men dan toch wil vasthouden aan een planning van het medisch aanbod deze op een meer verantwoorde en verfijnde manier moet gebeuren, dwz *bottum up* en gedecentraliseerd zodat er rekening kan worden gehouden met de regionale verschillen en lokale noden.

In dat geval moet het grondgebied opgesplitst worden in kleinere regio's waarbinnen de planning van het artsenaanbod gebeurt. Dat laat toe veel nauwkeuriger te werken en beter de mogelijke tekorten (zoals vandaag aan huisartsen in de grensregio's bijvoorbeeld) te voorkomen. De regio's zouden bijvoorbeeld kunnen samenvallen met de bestaande wachzones. In zo een regio wordt de planning voorzien door een orgaan dat niet enkel bestaat uit artsen, maar ook uit gezondheidseconomen, verpleegkundigen, preventie en gezondheidswerkers, patiënten, ... Zij maken een planning op voor een periode van maximum 5 jaar. Ze moeten zich wel richten op referentiecijfers opgemaakt door de gezondheidseconomen van een centrale planningscommissie. Maar deze manier maakt mogelijk om rekening te houden met de verschillen tussen wachzones in vraag en in aanbod.

Per regio zou men dan werken met wachtlijsten. Als er in een regio voldoende artsen zijn, dan moeten bijkomende artsen die zich willen vestigen in die regio op een wachtlijst staan tot er een plaats vrijkomt. In regio's waar er nog ruimte is kan men onmiddellijk aan de slag gaan.

Deze alternatieve en gedecentraliseerde planning laat toe de vrije studiekeuze en de open toegang tot het hoger onderwijs, geneeskunde en tandartsopleidingen inclusief, te vrijwaren. Bijkomend voordeel is dat de planning verfijnder gebeurt, in samenspraak met alle gezondheidsactoren in een regio, waardoor de foutenmarge verkleint alsook de nefaste gevolgen voor de zorgbehoevende bevolking. Maar VVS benadrukt dat dit slechts een B-plan is en de volledige uitvoering van de alternatieve maatregelen zoals hoger beschreven elke contingentering overbodig zal maken.