

## **BVAS: Reacties op de nota “NIC Visie Gezondheidsbeleid 2030”**

## **ABSyM: Réactions à la proposition “CIN Politique de santé 2030”**

### **De radiologen via Dr. GHEKIERE**

De radiologen zijn akkoord dat de stralen belasting van de bevolking moet onder controle/verlaagd worden, oa door substitutie CT-MR. Hiervoor werken de radiologen reeds een hele tijd intensief mee met de overheid (oa. BELMIP, kadaster, handhavingsbeleid,...).

Een verlaging van de honoraria CT heeft absoluut geen zin en werkt zelfs contraproductief. De clinici zullen niet plots minder CT onderzoeken aanvragen omdat de radioloog er minder aan verdient. Een gekend economisch principe zegt ook: om de verkoop van een goed op te drijven moet je de prijs verlagen; om de consumptie te verlagen juist het omgekeerde. De mutualiteiten zijn met andere woorden niet eerlijk wat de doelstelling betreft; het gaat dus niet over radioprotectie. Dit zal bovendien leiden tot meer vraag van supplementen voor CT onderzoeken.

Bovendien zit het budget medische beeldvorming binnen de enveloppe.

De radiologen en BVAS zijn voor een GECONTROLEERDE uitbreiding van het aantal MR toestellen, met een juiste verspreiding over het hele land.

De radiologen werken ondertussen constructief mee aan een 'protocol 2 akkoord'.

Dit voorziet het implementeren van een radiologie-aanvraagformulier in elektronische

vorm en de hieraan gekoppelde verplichte toepassing van de richtlijnen medische beeldvorming.

Hierdoor wensen de radiologen in samenwerking met de overheid hun gemeenschappelijke doelstelling te bereiken: een halt toeroepen aan de toename van het aantal onderzoeken en de beschikbare middelen beter inzetten.

---

### **Dr. Jan DE NEVE**

Bij het nalezen van de tekst " NIC Visie Gezondheidsbeleid 2030" wordt, naar mijn mening , vooral duidelijk dat het intermutualistisch college op zoek is naar zijn identiteit binnen de huidige en toekomstige gezondheidszorg. Zij wensen zich te profileren als verdedigers van de patiënten , waarbij zij de patiënt centraal plaatsen en de actoren zoals de artsen en ziekenhuizen in het "gareel" trachten te doen lopen door volledige conventionering, herziening nomenclatuur, afschaffen supplementen, ...

Als artsen moeten we blijven streven naar een professionele autonomie en zoals reeds ter sprake kwam in het BVAS project Prometheus, wij zelf eerder moeten optreden als verdedigers van de patiënten, want de patiënten hebben veel vertrouwen in de artsen. Hierop anticiperend zullen de artsen zelf meer (kosten)transparant moeten zijn naar de patiënt toe en meer transversaal moeten werken. Ik zou dus eerder willen suggereren dat de artsen zelf de vertrouwensband met patiëntvriendelijke acties moeten opstarten .

---

### **Dr. Jacques de TOEUF**

Volledig akkoord met Jan.

Ik heb commentaren over NIC's voorstel aan Marc Moens gezonden, die de punt verhoudingen artsen-patiënten volgens Prometheus niet aanpakken : « *Commentaires en marge, ou en rouge. Très sommaire.*

*Le texte sans commentaire n'est pas mauvais.*

*En fait, pour beaucoup de principes, on peut y souscrire. Par contre, la mise en œuvre sera incompatible avec nos bases de raisonnement, les bases des accords de la St Jean, les libertés que nous avons défendues depuis 50 ans. »*

Si les autres veulent bazarder le système parce que jugé obsolète, qu'ils le disent sans se cacher derrière les grands mots de paritaire et de concertation.

Dit zou ook in onze antwoord kunnen bijgevoegd worden.

---

### **Dr. Luc DE CLERCQ**

Ik ben wat laat met mijn commentaar, maar vroeger lukte niet. Mijn excuses hiervoor.

Na grondige lectuur van de tekst, heb ik eigenlijk in essentie vooral opmerkingen die goed aansluiten bij die van collega Jan De Neve.

Uiteraard kan niemand er iets tegen hebben dat de beschikbare middelen zo adequaat mogelijk worden gebruikt.

Maar de tekst, zoals die voorgesteld wordt, heeft vnl. de focus op éézijdige gegevensverzameling, strikte controle en niet in het minst meer sanctiemogelijkheid!

Bijkomend heeft men wellicht tot doel om – zoals trouwens reeds geopperd werd tijdens het laatste directiecomité – strikte pakketten te maken binnen de welke bepaalde aandoeningen dienen te worden behandeld, naar analogie van de Angelsaksische verzekeraars.

Vrije geneeskunde is totaal zoek in zo een benadering en ook de belangen van de patiënt zijn hierbij zwaar geschaad.

Onze sterkte zit net in het feit dat wij een ruimere benadering kunnen voorstellen.

Tal van voorbeelden zijn denkbaar, wellicht in bijna elke discipline.

In de reumatologie zullen patiënten bv. vaak komen met klachten + klinische bevindingen die deels berusten op de majeure pathologie, maar die in niet onbelangrijke mate (en vaak toch in kwaliteitsbepalende mate) ook berusten op bijkomende pathologie.

Doorgaans proberen wij nu een antwoord te bieden op die veelheid, maar dit zal volledig wegvallen binnen de voorgestelde systemen.

Tevens is het duidelijk dat binnen afzienbare tijd zelfs de meest gesofisticeerde profielanalyses + systemen van data-verzameling een dergelijke complexiteit niet zullen aankunnen.

Het zal dus 'eenheidsworst' worden.

De gegevensverzameling dient essentieel te dienen voor feedback met het oog op kwaliteitsverbetering, maar niet voor de realisatie van de rigide structuur die men nu beoogt.

Toch zullen wij m.i. met een zeker alternatief moeten naar voor komen.

Ik ben zo vrij te herhalen wat ik tijdens de medicomut vergadering vertelde nadat de voorstellen tot hervorming van de accreditering werden uiteengezet.

In plaats van die gigantische, wellicht weinig realistische hervormingsvoorstellen, kan men misschien beter focussen op een meer ideale LOK-werking.

Misschien moet duidelijk gestipuleerd worden dat LOK's zich bv. voornamelijk zouden moeten bezighouden met de 'zo ideaal mogelijk behandeling' van bepaalde problemen, de 'zo ideaal mogelijke besteding van middelen' enz. om te komen met 'zo ideaal mogelijke behandelingsstrategieën', geformuleerd vanuit de beroepsgroep.

Doorgaans is de sfeer gemoedelijk, vertrouwelijk, laag-drempelig en informeel tijdens LOK bijeenkomsten.

Op klassieke wetenschappelijke vergaderingen worden vaak nieuwe behandelingsmogelijkheden voorgesteld, doorgaans na één of andere wetenschappelijke studie in een gerenommeerd centrum. Nadien vinden die studies dan hun weg naar de klinische praktijk zonder dat eigenlijk duidelijk werd bepaald waar die nieuwe methodes zich dienen te positioneren in het geheel.

Vaak is dit de oorzaak van belangrijke toename van kosten.

Een LOK zou zich kunnen specialiseren in het 'herdefiniëren' van de beschikbare benaderingen, zodat iedereen terug de bomen in het bos begint te zien.

We zouden enerzijds onze bijdrage leveren op het vlak van transparantie medewerking aan betere besteding van de middelen en we zouden anderzijds ook ingaan op de vraag tot modernisering van de accreditering.

Het zal misschien een stimulus vormen voor de niet-geaccrediteerde collega's om deel te nemen aan de LOK's.

Nog een bijkomende reflectie.

De VI spreken van solidariteit als voornaamste basis om toekomstig gezondheidszorgmodel te kunnen blijven financieren.

Evenwel willen de VI een afbouw v honoraria supplementen.

Precies die honoraria supplementen zorgen ervoor dat up to date geneeskunde kan worden verschaft. De laatste technologie kan worden gebruikt, een aangenamer ziekenhuisverblijf kan worden gerealiseerd, etc

Daar genieten de patienten die de supplementaire honoraria niet kunnen betalen ook van.

Is dit geen solidariteit?

Is kosten besparend voor overheid op de koop toe .

Daarnaast moeten we als medici ons **naast** de VI op de kaart zetten als **verdedigers** van de geneeskunde voor onze patienten en onze patienten.

We mogen absoluut niet ontbreken in het debat over de geneeskunde v de toekomst.

En al zeker niet een VI laten beslissen over de toekomstige financiering ervan.

Een van de sterke punten uit het Prometheus rapport.

Er moet dus zeker een antwoord met een visietekst opgesteld worden waarin onze waarden verdedigd worden.

---

### Dr Pierre DE PLAEN

L'aspect "modèle" proposé a surtout retenu mon attention ainsi que le caractère épidémiologique et statistique de ce qui est avancé.

#### **Avis général et commentaires personnels**

##### Généralités

Dans l'introduction, il est fait mention de l'accessibilité à des soins de qualité, ce qui à mon sens fait référence au livre d'A. Donabedian paru en 1973 aux Harvard University Press: "Aspects of medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. L'accessibilité est un des facteurs important intervenant entre la disponibilité des ressources et la production de services, les autres étant reliés à la productivité des ressources (productivity), à l'efficacité potentielle (potency) e la justesse d'emploi des ressources (appropriateness).

Proposition: introduire le terme de ressources et discuter les sous-ensembles. Cette prise de position permet d'avoir une vue d'ensemble sur les ressources et ne pas se limiter à un état des lieux centré sur la seule accessibilité. Ceci reste vrai pour les solutions qui sont apportées.

Globalement, les solutions présentées dans le document comportent davantage de points concernant ce que «les autres» doivent faire et non ceux à réaliser par les OA eux-mêmes. Il serait intéressant et plus constructif de connaître leurs intentions à ce sujet et de savoir ce qu'ils sont prêts à faire pour améliorer

le système. Notamment, comme assureur, les OA ont tout avantage à devoir payer le moins possible; ce qui pose la question de l'allocation des moyens (ressources) financiers en étant partie prenante dans le budget (membres à part entière du Comité de l'Assurance). Pour poursuivre, on pourrait ajouter qu'assurer les risques dans un cadre obligatoire n'est pas les mutualiser.

Dans les propositions faites par les OA, beaucoup concernent les prestataires de soins. Il y a un sentiment net d'établissement d'une hiérarchie, d'un rapport de force entre les OA et les «exécutants» que nous sommes! Dans ce même ordre d'idée, la transversalité des rapports à établir entre les assureurs et les professionnels ne semble pas être à l'ordre du jour, ne pas être une préoccupation majeure des OA alors qu'elle est fortement préconisée entre prestataires par ces mêmes OA.

Il serait enfin utile que les indicateurs soient définis avec plus de précision.

Proposition: par exemple, veiller à standardiser pour l'âge et le sexe, introduire des indicateurs comme l'espérance de vie sans invalidité et la fraction étiologique du risque (FER), ... L'ensemble de ces données devraient être mis à disposition des prestataires dans un but de transparence, comme pour les affiliés/patients.

---