



Gratis naar de huisarts: het wondermiddel – dd. 15 april 2015

"De Morgen" maakt melding van een studie - uitgevoerd in opdracht van de Europese Commissie - waaruit zou blijken dat 900.000 Belgen hun zorg bij een huisarts uitstellen omwille van financiële redenen.

De Commissie zoekt argumenten, net als vele politici en in het bijzonder de ziekenfondsen, om de vrije geneeskunde te vernietigen.

In België, hebben de Sint-Jansakkoorden (1964) een harmonieuze co-existentie mogelijk gemaakt van de vrije praktijkvoering met een sociale financiering. De politiek is nu van oordeel dat deze vrije praktijkvoering te duur is en wil hierover (om het eufemistisch te zeggen) de baas spelen. We stellen dit al ettelijke jaren vast.

Allereerst moet worden opgemerkt dat “de vrije geneeskunde” niet gelijk staat met de onderworpenheid aan een partij. Het betekent dat artsen in de eerste plaats ten dienste staan van de patiënt, en dit in ieder geval vóór hij ten dienste staat van de Staat. Talrijke beroepen kunnen geëtatiseerd worden. Dit gebeurt niet noodzakelijk om redenen van uitgavenbeheersing, maar in het geval van de gezondheidszorg is dit wel het geval.

Dat hoeft niet per se een probleem op te leveren, maar we moeten toegeven dat beroepen ten dienste van het individu geen beroepen ten dienste van de Staat kunnen worden zonder hun ziel te verliezen en zonder de bevoegdheden van de Staat uit te breiden. Zonder exhaustief te willen zijn, kunnen wij volgende beroepen vermelden: journalisten, advocaten en artsen. Deze beroepen ten dienste van het individu moeten van een zekere vrijheid kunnen genieten (anderen spreken van autonomie, maar laten we vermijden dat de terminologie choqueert). Zoals elke vrijheid, is deze van de artsen niet onbeperkt, maar betreft het een ‘verantwoordelijke’ vrijheid, gepromoot door de accreditatie. Kwaliteit en efficiëntie zijn dynamische concepten, waarbij de ontwikkeling een continu proces is.

De medische beroepsgroep is zich terdege bewust van dit aspect. Ze is perfect bewust van de problemen met betrekking tot de toegang tot de gezondheidszorg! Het is bijzonder belachelijk om te stellen dat de moeilijke toegang tot de huisarts (HA) een vertraging van de zorg zou veroorzaken bij 900.000 patiënten (zijnde 1 op 12 patiënten).

Als patiënten hun zorg uitstellen is dit om verschillende redenen, veelal niet gerelateerd aan de eerste lijn. Patiënten weten dat een bezoek aan de HA kan leiden tot verdere (vaak dure) onderzoeken, tot (soms zeer dure) geneesmiddelenvoorschriften, dat ze mogelijk hun activiteit moeten stopzetten, en misschien zelfs hun werk zullen verliezen, dat ze geconfronteerd zullen worden met veel administratieve maatregelen en dit vaak onder

kwaadwillige blikken, dat zij bij de wereld van de zieken zullen horen die hun autonomie en de controle over hun lot kunnen verliezen.

Wat de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg betreft moet gezegd worden dat, in tegenstelling tot de lasterlijke verklaringen van de ziekenfondsen, deze hier beter is dan in eender welk ander land. Is 1 euro remgeld afschrikkend voor de OMNIO-patiënten? Is de tijd die nodig is om het betaalde bedrag te recupereren bij hun ziekenfonds echt een probleem? Weinig patiënten geven dit in ieder geval te kennen, zelfs wanneer men hen hierover bevraagt. En als dat het geval was, wie is dan in fout? De artsen of de ziekenfondsen?

De derdebetalersregeling (DBR) zal niets verminderen aan de kosten van de gezondheidszorg voor een voorkeursgerechtigde (VKG). Dus waarom dan al die ophef? Misschien passen niet alle artsen de DBR toe, maar de patiënten kunnen wel gemakkelijk degenen terugvinden die het wel doen. Afgezien van deze hulp tot de toegankelijkheid, zien veel artsen, voor de behoeftigen, af van het remgeld, bieden ze gratis zorg aan, passen ze de DBR toe afgaand op hun oordeel of stellen ze een uitgestelde betaling voor. Dit alles ontsnapt aan de statistieken van de ziekenfondsen, maar is reëel!

Het is ook duidelijk dat de DBR voor voorkeursgerechtigden slechts een proefballon is. Vele politieke stemmen gaan in de richting van een uitbreiding tot alle ambulante verstrekkingen. Dit kan alleen maar leiden tot betaling per capita met de patiënt als gevangene en profielen voor huisartsen van alle verstrekte zorgen aan de patiënten.

De DBR kan alleen maar leiden tot een explosie van de uitgaven, misschien tot een makkelijkere toegankelijkheid voor de minst bedeelden, maar ik onderstreep nogmaals dat hun toegankelijkheid momenteel door niets anders wordt belemmerd dan hun onwetendheid van het systeem, waarvoor de Overheden verantwoordelijk zijn.

Deze explosie zal gevolgen hebben op de budgetten en maatregelen tot kostenbeheersing zullen moeten worden genomen waardoor alles wat we hebben bereikt de laatste dertig jaar geleidelijk zal worden afgebroken: het financieel opwaarderen van de verstrekkingen, het kwalitatief opwaarderen (luisteren, dossier,...) ten koste van de kwantiteit. Het omgekeerde proces wordt nu in gang gezet.

De ziekenfondsen spreken over het uitstellen van de zorg. Het zou natuurlijk lastig zijn in de context van screening en preventie, maar het betreft enkel een vertraging.

In een budget onder gesloten enveloppe zoals wij die kennen, zal - als we de toegankelijkheid onbeduidend verhogen - dit ten koste gaan van essentiële interventies! Denken we bv. aan de weigering van de dialyse na 65 jaar in Engeland, maar ook de rantsoenering van de zorg in veel landen van het noorden. Deze beslissingen betekenen een doodvonnis, behalve voor de rijken.

Is dit in overeenstemming met onze ethiek? Gaan we niet terug naar een primitieve praktijkvoering? Kunnen we onze idealen laten varen ten voordele van een pragmatisme dat ons verplicht onze patiënten in de steek te laten? In landen met een sterk regime bieden de artsen beter weerstand dan wij tegen deze druk.

Dr Roland Lemye
Voorzitter BVAS