



PERSBERICHT

Nota in verband met het KCE rapport betreffende de organisatie en financiering van de urgentiediensten in België

Brussel, 7 april 2016

De meest recente aflevering van de KCE-rapporten gaf aanleiding tot zeer talrijke reacties via de verschillende spreekbuizen van de medische pers.

Het oorspronkelijk verzoek om een onderzoek toe te vertrouwen aan het Kenniscentrum gaat uit van het RIZIV. Het doel van die gevraagde studie bestond erin de organisatie en de financiering van de urgentiediensten in België te ontleden. Net zoals de vertegenwoordigers van andere organisaties werden wij geïnterviewd door de gemandateerde consultancygroep. Blijkbaar werden de opdrachten met de tijd uitgebreid vermits het uiteindelijke rapport een deel van zijn bedenkingen wijdt aan de situatie inzake de organisatie van de huisartsenwacht, in het bijzonder aan de huisartsenwachtposten en het centraal oproepsysteem 1733.

Zowel wat de urgentiediensten van het ziekenhuis betreft als de organisatie van de eerstelijnszorg buiten de kantooruren geeft de studie veel becijferde gegevens, een analyse van de bestaande wetgeving van het RIZIV en van de FOD Volksgezondheid en een vergelijkende lezing van de situatie van de dringende zorgverlening in vijf landen. De referentietabellen zijn, zoals steeds, interessante lectuur. Talrijke, in de literatuur gepubliceerde studies werden opgenomen, soms nogal selectief want de publicaties in het British Medical Journal die de kwaliteit van het Angelsaksisch centrale triage oproepsysteem in vraag stellen zijn nergens te bespeuren bij de items die in de referentietabellen in bijlage van het rapport zijn opgenomen. Het oecumenisme van het KCE is nochtans zeer ruim vermits het een publicatie van Test-Aankoop vermeldt waarvan we allen de methodologische gestrengheid kennen.

Zoals we al bij herhaling konden vaststellen (2 publicaties over de PET-scan, 1 publicatie over de neurofysiologische onderzoeken, 1 publicatie over pneumologie, en andere...) publiceert het KCE hier als besluit van zijn gedetailleerde analyses hervormingsvoorstellen voor zowel de urgentiediensten als de eerstelijnszorgen die de synthese van de uitgevoerde analyse overstijgen. Als bij wonder sluiten de voorstellen tot hervorming of wijziging aan bij de door de Minister van Volksgezondheid genomen of aangekondigde opties. Dat was vroeger ook al het geval toen Mevrouw Onkelinx en de Heer Demotte minister waren van dit departement.

De coherentie is totaal want in de pers lezen we dat de Minister van Volksgezondheid zich verheugt dat ze kan vaststellen dat de hervormingsvoorstellen van het KCE dezelfde zijn als degene die ze zelf bedacht had: wat een goddelijke surprise. Het vermoeden zou zelfs kunnen rijzen dat de doelstellingen die de minister heeft gedefinieerd door de magie van een gedocumenteerde studie omgezet worden tot conclusies waar men niet omheen kan omdat ze “wetenschappelijk onderbouwd” zijn. We kunnen alleen maar hopen dat de voorwaarden aanwezig zullen zijn om een aanvang te nemen met een tegensprekelijk debat.

Uiteraard kan dit rapport dat in 2015 werd voorbereid en aan de belanghebbende personen voorgesteld eind januari 2016 geen rekening houden met de onderhandelingen die onder leiding van de strategische cel sedert begin dit jaar aan de gang zijn op het kabinet van de Minister, met deelname van alle betrokken actoren, ziekenhuizen, urgentisten, artsensyndicaten, huisartsenverenigingen, ziekenfondsen RIZIV en Volksgezondheid.

De debatten zijn complex en de partners hebben er zich toe verbonden verder na te denken over alle aspecten van deze problematiek. Momenteel kunnen we niet spreken van een akkoord over de verschillende onderwerpen die werden behandeld, maar dit is ook niet de missie die de minister aan deze Taskforce gaf.

De BVAS zal verder blijven werken aan een aanvaardbare oplossing voor alle betrokken partijen, met inachtneming van een aantal te bereiken doelstellingen en met respect voor het beroep van elkeen, maar vooral gemotiveerd door de wil om de diensten te evalueren van de verschillende mogelijkheden van dringende opvang van de patiënt.

We benadrukken dat het systeem zo moet worden georganiseerd dat de patiënt geniet van een adequate opvang, binnen een redelijke termijn in functie van zijn toestand, en ook rekening houdende met de balans tussen de kosten voor de uitvoering van de verschillende opvangmogelijkheden en het bekomen resultaat, zowel wat de kwaliteit van de interventies betreft als de tevredenheid van de verstrekkers en beheerders en van de patiënten zelf.

De werkgroep huisartsenwachtposten van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen zal binnenkort samenkomen. Dit is de gelegenheid om opnieuw op tafel te leggen wat we reeds begin vorig jaar vroegen, namelijk een analyse van de kosten ten opzichte van de verleende diensten, m.a.w. de investerings- en werkingskosten van de huisartsenwachtposten, hun activiteit tijdens de openingsuren, de 61 uren opening tijdens het weekend van alle wachtposten, de vrijheid voor alle artsenkringen om al dan niet een wachtpost op te richten, de verplichting voor alle huisartsenkringen (de wettelijke organisatoren van de huisartsenwachtdienst) om akkoorden te sluiten inzake samenwerking, verwijzing, terugverwijzing en opvang en dit in samenhang met alle urgentiediensten van de ziekenhuizen die werkzaam zijn in de zone die de huisartsenkring bedient.

De debatten rond de gecentraliseerde telefonische 1733 triage worden verder gezet: onderscheid tussen triage (classificatie van het urgentieniveau) en regulering – verwijzing is het voorwerp van vele discussies, net zoals de mogelijkheid om de 1733 te beschouwen als een oriënteringscentrum op basis van een diagnose gesteld volgens een algoritme versus de 1733 als telefooncentrale die verwijst naar de wachtdienst van de huisartsenkring of het ziekenhuis in functie van het algoritme voor het urgentieniveau.

Wordt vervolgd...

De BVAS zal zijn capaciteiten ten dienste stellen om huisartsen en artsen urgentisten rond dezelfde tafel samen te brengen om haar bijdrage te leveren die leidt tot een voor iedereen bevredigende oplossing.

Dr. Jacques de TOEUF

Voorzitter BVAS