

Overheid, verzekeringsinstellingen en ziekenhuisbeheerders willen een steeds grotere sturende en controlerende impact verwerven over de gezondheidszorg en de praktijkvoering van de artsen.

Hiertoe worden ambitieuze plannen ontvouwd zoals de NIC visietekst van de mutualiteiten, het actieplan handhaving van de gezondheidszorg met oa. een systematische audit van de ziekenhuizen op federaal niveau, en recent nog het voorstel van Icuuro-Zorgnet Vlaanderen over de niet-planbare zorg. Een gemene deler in deze plannen is het streven naar een ideale gezondheidszorg en een beperking van de uitgaven door een meer doelmatige aanwending van de middelen door meer dirigisme, beperkingen in de therapeutische vrijheid, meer registratie van gegevens en koppeling van financiële en diagnostische gegevens.

De toegenomen informatisering en uitwisseling van gegevens via e-Health opent veel mogelijkheden.

De uitgaven artsenhonoraria 2016 overschrijden de technische ramingen in bijna alle disciplines. De groeinorm houdt echter te weinig rekening met de bevolkingstoename en de vergrijzing. De begrotingsdoelstellingen werden bovendien te laag ingeschat door een vertraagde facturatie van de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV in 2014 en 2015. Naast de geplande 30 miljoen besparingen zal er volgens de recentste technische ramingen daar nog eens 30 miljoen extra bovenop komen dit jaar.

Het actieplan handhaving van de gezondheidszorg gaat met een fijne kam door de nomenclatuur op zoek naar obsoleete en overbodige prestaties, of zogezegd te ruim gehonoreerde prestaties.

Het artsensyndicaat houdt nauwlettend deze besparingsdossiers in het oog.

Zo heeft de BVAS aan het licht kunnen brengen dat een belangrijke besparing in de cataractheekunde gebaseerd was op een amateuristische studie.

Een voorgenomen twee-jaarlijkse audit van elk ziekenhuis, in nauwe samenwerking met de verzekeringsinstellingen, zal zich vooral richten op "fraudebestrijding": meer controle op de al dan niet correcte aanwending van het budget financiële middelen en de uitgevoerde prestaties van de artsen, eerder dan op kwalitatieve normen. Bovenop de huidige accrediteringseisen zou dit voor de ziekenhuisartsen een nieuwe werkbelasting invoeren.

Naast positieve elementen in de visietekst van de mutualiteiten maakt de BVAS sterk voorbehoud voor enkele fundamentele tendensen zoals meer forfaitarisering, een verplichte conventionering, een in een 1^o fase plafonnering van supplementen, mededeling van diagnostische gegevens aan de adviserende arts met het gevaar dat terugbetaling van bepaalde behandelingen kan geweigerd worden.

Hier wordt een belangrijke ethische problematiek opgeroepen. Slechts de artspatiënt relatie en de therapeutische vrijheid van de arts vormen een waarborg tegen beperkingen in behandelingsmogelijkheden.

Deze zomer woedde een polemiek over de kwaliteit van de zorg in de rusthuizen.

Een opiniestuk in de Standaard van 26/08 van Luc Van Gorp, voorzitter van de CM, "vroeger was doodgaan gratis" ging bijna onopgemerkt voorbij, maar moet ons als arts tot grote waakzaamheid aansporen. Wordt in naam van kwaliteit van leven het onthouden van acute zorg onderdeel van chronische zorg?

Of zal men opnieuw zoals Dr André Wynen anticipeerde, spreken over 'economisch nutteloze wezens'.

Als we minder geld zouden steken in dure behandelingen , die niets uithalen op het einde van het leven, dan zou er meer financiële middelen overblijven om te investeren in waardevolle ouderen zorg.

Zelfs in de veronderstelling dat deze middelen zouden dienen voor de onderfinanciering van de rusthuizen, dan is dit statement niet realistisch qua uitvoering maar is ze vooral amoreel.

Met welk recht kunnen wij zomaar behandelingen afbreken die door artsen worden toegediend met de instemming van hun patiënten terminaal of niet?

Elk geval is bovendien verschillend.

We glijden opnieuw sluipend naar systemen die het individu ondergeschikt willen maken aan een ideaal afgebeelde gemeenschap die niet bestaat.

De arts zal alleszins de beste verdediger blijven voor de individuele rechten van behandeling van de patiënt en niet de maatschappij of de mutualiteiten die om ideologische of economische redenen een ander doel zouden nastreven.