

MAGDA IN DE LEEUWENKUIL

RONDETAFEL MET MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID AELVOET

OPGETEKEND DOOR GREET MEULENAERE (HOOFDREDACTRICE STRAAL)

Een avond in het najaar. Zwarte zondag moet nog komen, sigaretten mogen nog in chocolade en paarden hoeven zich nog geen zorgen te maken over de lengte van hun staart.

Op zo'n doodgewone avond organiseert de redactieraad van *De gids op maatschappelijk gebied* een bescheiden etentje. Op het menu: een assortiment van koude vis en rauwe groenten. Dit bord gezond moet in de smaak vallen van de spreker, groene minister van Volksgezondheid Magda Aelvoet. Enkele CM-tenoren, *special guests* op het event, pikken minzaam een garnaaltje mee en leggen nadien de minister op de rooster.

GEZONDHEID IS...

MINISTER AELVOET brengt het gezelschap eerst enkele basisbeginselen bij. "Gezondheid is niet hetzelfde als gezondheidszorg. Al te gemakkelijk denkt men dat als er veel wordt uitgegeven voor gezondheidszorg daaruit automatisch een goede gezondheid volgt. Die redenering is evenwel fout. Gezondheid wordt door een veelheid van elementen beïnvloed. Sociaal-economische factoren zijn daarbij nog altijd doorslaggevend. Want hoe beter we financieel zijn ingedekt, hoe beter we er globaal voorstaan. Ook op het vlak van ziekten zijn de mensen dus duidelijk ongelijk."

Even denken we Kris Merckx als tafelbuur te hebben, maar de terminologie klopt niet. De minister verduidelijkt haar *statement*. "Wie geld heeft, woont beter, doet meer aan sport, leeft in een aangename omgeving. En heeft daardoor meer kans om gezond te zijn. Dit heeft met het aanbod aan gezondheidszorg niets te maken. Een aantal doodsoorzaken is bovendien rechtstreeks het gevolg van bedreigende leefsituaties. Ongevallen op de weg hebben veel te maken met verkeer en mobiliteit. Het groot aantal zelfdodingen bewijst dat er iets mis is met onze samenleving. En hart- en vaatziekten komen vooral voort van ongezonde leefgewoonten. Ik betwist het belang van de gezondheidszorg niet. Ik wil enkel duidelijk maken dat een echt volksgezondheidsbeleid te maken krijgt met veel factoren waarop het invloed moet kunnen uitoefenen. Ook al hebben andere ministers daarvoor dan de eindverantwoordelijkheid."

We zullen het die avond nog vaak horen: versnippering van bevoegdheden, verkaveling van domeinen, stiefmoederlijke verdeling van budgetten. Als ze ervan overtuigd is dat het gezelschap de basisprincipes goed heeft begrepen, start de minister haar eigenlijke verhaal. Ze schetst de omtreklijnen van een gezondheidszorgbeleid

zoals zij dit graag zou willen verwezenlijken, praat openlijk over de problemen die ze daarbij ervaart en wijst op de wolfjizers en schietgeweren die ze op haar weg vindt.

NOOD AAN CONTINUÏTEIT

Door de opsplitsing van de bevoegdheden zit de gezondheidssector in vier ministeriële handen: die van Magda Aelvoet op Volksgezondheid en die van Frank Vandenbroucke op Sociale Zaken. Niet meteen een ideale constructie, maar “dit is Belgisch”. Minister Aelvoet wil haar bevoegdheid gebruiken om de gezondheidszorg logischer te structureren en het overwicht van de ziekenhuizen een halt toe te roepen. Zij opteert voor een zorgcontinuüm, waarin ook thuiszorg en ambulante zorgverlening hun plaats en de nodige middelen krijgen.

M. AELVOET: “Ik vind de aaneenschakeling van de verschillende niveaus in de gezondheidszorg uiterst belangrijk. Een goede samenwerking en een vlotte overgang tussen de verschillende *echelons* zijn noodzakelijk, willen we de patiënt en niet de structuren centraal stellen. Het wordt tijd om orde op zaken te stellen, want de verbrokkeling in de gezondheidszorg is groot.”

En van verbrokkeling moet minister Aelvoet niets weten. Zij is daarom vastbesloten om de trapsgewijze uitbouw van de gezondheidszorg concrete vorm te geven. Op de eerste lijn situeert ze de basisgezondheidszorg, op de tweede lijn de ziekenhuiszorg en op de derde lijn de gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Drie onderscheiden niveaus die evenwel niet gescheiden mogen functioneren.

EERSTE LIJN, KROMME LIJN

Het reilen en zeilen van de tweede en derde lijn is sinds jaren wettelijk geregeld. Maar voor de eerste lijn ontbreekt nog steeds een basiswetgeving. En die moet er dringend komen, vindt de minister, want van een georganiseerde samenwerking heeft de eerste lijn nog niet veel kaas gegeten. Op basis van het regeerakkoord wil ze de eerste aanzet geven om de eerstelijnszorg te ondersteunen en te versterken. De discussies over dat dossier zijn sinds december 1999 aan de gang en liepen niet van een leien dakje.

M. AELVOET: “De verticale organisatie van de eerste lijn vormt een probleem. De verschillende disciplines werken er veeleer naast dan met elkaar. Dit strookt niet met de fundamentele opdracht van de eerste lijn: het aanbieden van een globale, geïntegreerde en continue zorg. Hiervoor is de gestructureerde samenwerking tussen de diverse disciplines een essentiële vereiste. Sommige partners zijn daar bang voor en ook de ziekenhuizen zetten zich schrap. Zij vrezen dat de eerste lijn veel geld zou krijgen en dat hun sector daardoor ‘gedestabiliseerd’ zou worden. Ze namen onmiddellijk een egestelling in, hoewel de financiële injectie voor de eerste lijn allesbehalve spectaculair is. Gelukkig lijken de hevigste stormen geluwd en kan ik hopelijk binnenkort een concreet voorstel neerleggen in het parlement. Ik wens me volop voor de eerste lijn in te zetten, maar de mensen op het terrein moeten het waar maken. Als zij niet meewerken, kun je als minister weinig doen.”

Jaren geleden hield medisch socioloog Yvo Nuyens een stevig pleidooi voor een betere structurering van en een grotere samenwerking in de eerste lijn. Meer dan een kwart eeuw later klinkt nog steeds hetzelfde discours. De eerste lijn blijkt nog altijd krom...

ZIEKENHUIZEN: DE TRIADE

Voor de ziekenhuiszorg zet minister Aelvoet vier bakens uit: programmering, taakverdeling, kwaliteitscontrole en een nieuwe financiering. We horen meermaals: “over naar Frank op Sociale Zaken.”

M. AELVOET: “Samen met Frank Vandenbroucke wil ik de programmering gebruiken als beleidsinstrument. Als je voor zware medische diensten en apparatuur enkel een aantal criteria vastlegt, dan kan daaraan zeer veel beantwoorden. Maar op de duur wordt de zaak onbetaalbaar en krijg je een overconsumptie die vanuit een echt gezondheidsbeleid niet te verantwoorden is. Voor mij is programmering dus erg belangrijk. Die is al ingevoerd voor de *pet-scanners*, maar andere diensten en apparaten zullen volgen.”

Een tweede baken is de taakverdeling tussen de ziekenhuizen. De wet biedt een arsenaal aan samenwerkingsmodellen zoals fusies, associaties, samenwerkingsakkoorden, netwerken. Maar toch komt de samenwerking in de praktijk moeilijk van de grond.

M. AELVOET: “Wat ontbreekt, is een klare omschrijving van de verschillende bouwstenen in het ziekenhuislandschap. Wij willen beginnen met een klare definitie van het basisziekenhuis. Dit laatste moet basisprogramma’s aanbieden en kan eventueel ook nog beschikken over enkele gespecialiseerde diensten.

Er wordt aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies gevraagd omtrent het begrip basisziekenhuis, maar het antwoord is nog niet binnen.

Naast het basisziekenhuis staat het gespecialiseerde ziekenhuis en verder het universitair ziekenhuis. Dat is de triade waaraan ik denk.

Eenmaal het basisziekenhuis gedefinieerd, moeten de ziekenhuizen samenwerken en vlot naar elkaar verwijzen. Het is erg belangrijk dat men het basisziekenhuis niet ‘deprecieert’. Maar we moeten weg uit dat straatje zonder eind, waarbij elk ziekenhuis alle diensten wil aanbieden. Momenteel bestaat er een verplichte link tussen een aantal ziekenhuisdiensten. Als het nieuwe concept aanvaard wordt, zullen we die zaak opnieuw bekijken.”

Als derde nieuwigheid in de ziekenhuissector stelt Aelvoet voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg op een andere manier te evalueren.



M. Aelvoet: “Gelukkig werk ik goed samen met Frank Vandenbroucke.”

M. AELVOET: “We zijn geëvolueerd van relatief technische en architectonische normen, naar organisatie- en functioneringsnormen. En nu ligt de nadruk meer op het verzorgingsproces zelf. Op wetgevend vlak is er al heel wat gebeurd, vooral voor de toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen. Maar we moeten komen tot een globale beoordeling, waarbij ook de verpleegkundige, paramedische en farmaceutische praktijkvoering mee aan bod komen.”

Het vierde baken in het ziekenhuislandschap is de financiering en wellicht is dat de moeilijkste klip om te nemen. Maar ook hier staat Vandenbroucke mee aan het roer.

M. AELVOET: “Om de financiering op een andere leest te schoeien, inspireerden wij ons sterk op voorstellen die de ziekenhuizen destijds zelf hebben gedaan. Bedoeling is om de zorgconcepten en het zorgcontinuüm te vertalen naar de financiering. Het uitwerken van zorgprogramma’s is daarvan uiteraard een belangrijk onderdeel. In de oncologie zijn we daarmee het verst gevorderd. In elk ziekenhuis moet men een oncologisch zorgprogramma kunnen aanbieden, maar gebaseerd op een kwaliteitsprotocol dat bepaalt welke onderdelen van het programma men zelf uitvoert en hoe, en voor welke onderdelen de patiënt doorverwezen wordt naar andere ziekenhuizen die hiervoor betere expertise in huis hebben. Door behandelingsprotocollen op te maken per type aandoening in samenwerking tussen centra, willen we waarborgen dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, ongeacht of dit ziekenhuis nu zelf bijvoorbeeld een radiotherapieafdeling heeft of niet. De moeilijkheid is dat differentiatie steeds grote emotionele weerstand opwekt. Men bekijkt het al vlug in termen van concurrentie en degradatie. Zulke reacties maken de besprekingen niet makkelijk. Basisdiensten zijn echt niet minderwaardig. Daarvan moeten we de ziekenhuizen overtuigen. We moeten eerst de angsten wegwerken vooraleer we een volgende stap zetten.”

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: DE SCHAAMTE VOORBIJ

Is het omdat ze een groene minister is, dat Magda Aelvoet een zwak heeft voor stappen? Want ook in de geestelijke gezondheidszorg wil ze een serieuze stap vooruit zetten. En dat zal de CM haar alvast niet kwalijk nemen, want geestelijke gezondheidszorg is ook een van háár prioriteiten.

M. AELVOET: “Voor de geestelijke gezondheidszorg hang ik sterk af van de portefeuille van een collega. Volksgezondheid mag hier en daar wel wat normatief werk doen, maar beschikt zelf over weinig geld. Het grootste budget zit bij het Riziv. Persoonlijk vind ik de scheiding tussen het normatieve en het financiële geen goede zaak. Dat zou in dezelfde hand moeten zitten. Gelukkig werk ik goed samen met Frank Vandenbroucke.”

Aelvoet mag dan over weinig geld beschikken, toch wil ze doen wat ze kan om de geestelijke gezondheidszorg een nieuwe impuls te geven. Door de reconversie in de sector moet er onder meer ruimte komen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, een schromelijk verwaarloosd gebied.

M. AELVOET: “Daarvoor bestaan er op dit ogenblik wachtlijsten en dat is een schande. De psychiatrie in het algemeen en de kinderpsychiatrie in het bijzonder worden in

ons land zeer slecht vergoed. De titels zijn niet erkend en het aanbod aan zorgverleners is klein. Wie een opleiding heeft gevolgd, is vaak zo ontgoocheld door allereerste problemen op het terrein dat uitwijken naar een ander land de enige oplossing is. Daar wil ik in 2001, het jaar van de geestelijke gezondheidszorg, iets tegen doen. Ik wil een erkenning van de titels en bijkomende middelen voor de residentiële opvang van kinderen en jongeren. Ook crisisopvang, daghospitalisatie en dagactiviteiten moeten meer middelen krijgen.

Een ander punt van mijn programma - en dit is 'acquis' - is de definitieve erkenning van drie pilootprojecten voor agressieve en gedragsgestoorde patiënten. De huidige plaatsen krijgen een definitieve erkenning en worden tegen eind 2002 opgetrokken. Beleidsvoerders zouden eens ter plaatse moeten gaan om te merken wat het betekent zwaar psychotische mensen op te vangen. Als men dan ook nog onzeker moet zijn over de financiële middelen, wordt het helemaal niet meer om doen."

Ten slotte wil ik werk maken van de klachtenbehandeling. Ook daarover loopt een pilootproject. In de psychiatrie worden heel wat klachten nooit ernstig genomen, juist omdat ze van psychiatrische patiënten komen. Dat moet veranderen. Ik wil in elk overlegplatform voor geestelijke gezondheidszorg een bemiddelaar aanstellen om klachten van patiënten op te vangen."

PALLIATIEVE ZORG: MEER MIDDELEN

Ook op het domein van de palliatieve zorg wil minister Aelvoet een en ander realiseren. Samen met haar bondgenoot Frank.

M. AELVOET: "We willen een *input* doen, zowel in de thuiszorg als via het zorgforfait C dat we willen opentrekken naar palliatieve patiënten. We zullen ook nagaan of de thuiszorgforfaits die nu gelden voor twee maanden, niet moeten verlengd worden. Dit wordt geëvalueerd in 2001, omdat dit pas verhoogd werd, en het effect nog niet gekend is. In 2002 wordt op basis van deze evaluatie geoordeeld over verdere uitbreiding. Naast het ondersteunen van de thuissituatie moeten er meer middelen komen voor de palliatieve functie in de ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen en rusthuizen. Er komt daarvoor een half miljard vrij voor de vorming van alle personeelsleden in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. De vergoeding voor omkadering van de palliatieve eenheden wordt opgetrokken en die van het medisch toezicht uitgebreid. Ook de palliatieve platforms krijgen meer middelen om hun ondersteunende functie te versterken. Vanaf 2001 trekken we hiervoor zowat twee miljard uit. Momenteel lopen er pilootprojecten voor dagopvang van palliatieve patiënten. We zijn van plan deze formule uit te breiden."

PATIËNTENRECHTEN

Over de rechten van de patiënt is al menig woord gesproken. De vorige regering stoomde op de valreep nog een wetsontwerp klaar, maar dat belandde in de koelkast. Minister Aelvoet diepte het weer op en werkte nu een ontwerp uit waarin alle fundamentele patiëntenrechten zijn samengebracht: het recht op vrije keuze, informatie, menselijke waardigheid, toestemming, inzage in en afschrift van medisch dossier, *privacy* en neerleggen van een klacht.

M. AELVOET: "Patiëntenrechten maken deel uit van de vernieuwde omgang met medische klachten. Het symposium dat het ministerie van Volksgezondheid georganiseerd heeft, liet duidelijk zien dat een mengvorm tussen 'no fault' en 'fault' de voorkeur geniet van de meeste betrokkenen. Wij opteren niet voor een 'no fault-systeem' *tout court*, maar handhaven de mogelijkheid om voor de rechtbank zijn rechten te verdedigen. Patiënten moeten tussen beide formules kunnen kiezen."

VERPLEEGKUNDE: HOOP EN WANHOOP

De uiteenzetting loopt naar haar einde. *Last but not least* haalt de minister de problematiek van de verpleegkunde aan. Een verhaal van hoop en wanhoop.

M. AELVOET: "Er zijn zeshonderd plaatsen gecreëerd voor mensen uit de verzorgingssector die geen verpleegkundigen zijn, maar zich kunnen bijscholen zonder verlies van loon. Het was een voltreffer want er waren meer dan 1.700 gemotiveerde kandidaten. Het aantal inschrijvingen in de opleiding A2 is hierdoor spectaculair gestegen. Een ander initiatief liet verpleegkundigen met een A2-diploma toe zich in één jaar bij te scholen tot het niveau A1. Ook deze formule heeft gewerkt. Deze maatregelen kunnen evenwel het tekort aan verpleegkundigen niet goedmaken. Daarom zetten we volgend jaar, samen met de sector, een campagne op om jonge mensen aan te trekken. Ik kreeg daarvoor een budget van veertig miljoen. Daarmee moeten we het doen."

EN DAN IS ER KOFFIE... EN WORDEN DE LEEUWEN LOSGELATEN. Bloemlezing uit een vinnig debat.

IGNACE LEUS, departementsdirecteur welzijnsdiensten LCM, pakt de minister op haar inleiding. Als gezondheid samenhangt met inkomen, wat denkt Aelvoet dan te doen om de sociaal-economische situatie van kwetsbare groepen zoals chronisch zieken te verbeteren?

M. AELVOET: "Onder de tien werkgroepen van de regering voor de langetermijnpolitiek zijn er vier met die problematiek bezig. Voor mij zijn cruciaal die rond sociale zekerheid en gezondheidszorg, armoedebestrijding, mobiliteit en belastinghervorming. Wij hebben al duidelijk gemaakt dat wij er niet mee akkoord gaan dat bepaalde aspecten van mobiliteit, milieu en fiscaliteit helemaal niet aan bod komen in de belastinghervormingen. Voor de bestaansminimumtrekkers zal men met een plan voor de dag komen. T.a.v. de werklozen liggen de kaarten politiek moeilijker. Op een ogenblik dat de economie aanzwengelt en er in bepaalde sectoren een tekort aan arbeidskrachten bestaat, is de tendens groter om mensen opnieuw aan het werk te helpen, veeleer dan de werkloosheidsbedragen op te trekken. En als men dit toch zou doen, zal het selectief gebeuren."

WAAR BLIJFT DE STEVIGE AANPAK?

GILBERT DE SWERT, hoofd studiedienst ACV, heeft nog honger. Figuurlijk althans want hij vindt het verhaal van Aelvoet te technisch en mist een stevige aanpak van de sector.

G. DE SWERT: “Het budget van de ziekteverzekering is immens. Als minister van Volksgezondheid vult u hier en daar een leemte op en sprokkelt u moeizaam geld bijeen voor nieuwe initiatieven. Maar ze komen bovenop al de uitgaven die in het verleden zijn opeengestapeld. Er gebeuren weinig fundamentele verschuivingen en er wordt niets gedaan tegen de verspilling.”



G. De Swert: “Er wordt niets gedaan tegen de verspilling.”

M. AELVOET: “Over het budget van de ziekteverzekering heb ik niets te zeggen. Dit betekent evenwel niet dat ik er niet over nadenk. De problemen moeten behandeld worden in overleg met Sociale Zaken en nadien met de andere partners. Ik vind het belangrijk dat men in de nomenclatuur gaat kijken waar het meeste geld naar toe gaat. Hoe technischer de ingreep en hoe meer loodgieterij erbij te pas komt, hoe hoger blijkbaar de vergoeding. Dit lijkt me niet helemaal logisch en correct.”

ETIENNE WAUTERS, geneesheer-directeur LCM, merkt op dat een groot deel van het budget van de ziekteverzekering naar de ziekenhuizen gaat. Hij had van de minister ingrijpender voorstellen voor de financiering verwacht. Zijn grootste kritiek gaat over het ondoorzichtig karakter en de samenstelling van de ligdagprijs.

E. WAUTERS: “Bijna elk ziekenhuis is verplicht een zorgprogramma A voor cardiologie te hebben. Ze moeten technische prestaties leveren, anders worden ze gestraft in de ligdagprijs en kunnen ze niet overleven. Wij hebben in het Riziv de technische prestaties misschien te hoog gehonoreerd, maar dat gebeurde ook in de ligdagprijs en die wordt door Volksgezondheid vastgelegd.”

M. AELVOET: “Ik heb slechts een vierde van de ligdagprijs op mijn budget. Maar daarom hoef ik me nog niet te schikken in de rol van *underdog*. Ik zal dus mijn woordje meepraten. Het kernprobleem met de financiering van de ziekenhuizen is het gescheiden systeem. Een deel gaat naar het ziekenhuis en een ander deel naar de zorgverleners. Wie aan dat systeem durft raken, breekt waarschijnlijk zijn nek. In die sector kun je immers geen strootje verleggen of je krijgt protest. Toch blijf ik erbij dat zolang je het systeem van financiering niet wijzigt, je blijft aanmodderen in de marge.”

E. WAUTERS: “Wellicht is de ligdagprijs ontoereikend om een aantal basisactiviteiten te financieren en misschien is de gescheiden financiering niet ideaal. Maar het grootste probleem is dat beide systemen niet op elkaar zijn afgestemd en dat elke communicatie ontbreekt.”

OVERLEG

CM-voorzitter MARC JUSTAERT gooit zich in het debat. Wat hem vooral dwars zit, is het groot gebrek aan overleg tussen Volksgezondheid en het Riziv.

M. JUSTAERT: "In de *medicomut* denken we na over hoe we de eerste lijn beter kunnen structureren zodat de mensen niet meer onnodig naar de spoeddiensten gaan. U denkt daarover ook na. Mochten we ons samen zetten, zou er misschien een oplossing komen.



M. Justaert: "Het woord ziekenfondsen mogen we waarschijnlijk niet meer uitspreken."

U programmeert de *pet-scanners*, maar er zijn al meer toestellen in gebruik dan u geprogrammeerd hebt. Uw programmering is dus een vodge papier. Er is geen enkel overleg geweest met de partners in het Riziv, waaronder de ziekenfondsen. Dat woord is hier vanavond trouwens nog niet gevallen. Waarschijnlijk mogen we dat niet meer uitspreken.

Hetzelfde gebrek aan overleg geldt voor de spoeddiensten. Daar zijn normen opgelegd voor meer urgentieartsen, maar over de betaling is met geen woord gerept. Dat probleem moet nu in de *medicomut* worden opgelost."

De minister is duidelijk niet van plan zich in een hoekje te laten drummen.

M. AELVOET: "Op welk niveau zou dit overleg moeten georganiseerd worden, denkt u? Op dat van de ziekenhuizen zelf? Ziekenhuizen hebben ingewikkelde structuren: er bestaat een scheiding in de financiering van de ziekenhuizen. Globaal genomen worden artsen per prestatie betaald en de verpleegkundige activiteiten door de ligdag. Deze gespletenheid in financiering leidt ertoe dat sommige medische raden soms een exclusief beslissingsrecht opeisen over medische activiteiten en investeringen. Dit kan ik slechts vaststellen, en daar kan ik weinig tegen doen. Behalve als de ziekenhuisfinanciering en de Riziv-reglementering veranderd worden. Maar dan kom ik in het vaarwater van de minister van Sociale Zaken. Trouwens, elke doorbraak op dat vlak wordt geblokkeerd door de spelers op het terrein zelf. De politiek is blijkbaar niet machtig genoeg om dat varkentje te wassen."

M. JUSTAERT: "Je zou de artsen in loondienst kunnen zetten en de honoraria integreren in de verpleegdagprijs. Maar hoe moet je dan de ambulante zorg honoreren? Want als de financiële voorwaarden daar interessanter zijn, wil geen arts nog in het zie-

kenhuis werken. Je moet het systeem betaalbaar houden en de honorering voor de inzet van de zorgverlener aantrekkelijk genoeg maken. In dat spanningsveld zitten we nu eenmaal.”

M. AELVOET: “Misschien zijn er tussenformules denkbaar? Laten we in elk geval al ijveren voor een correcte informatie. Artsen hebben geen inzage in de inkomsten van het ziekenhuis en ziekenhuizen weten niet wat de artsen aan middelen in het leven roepen. Een volledige doorzichtigheid in beide richtingen is voor mij de eerste en noodzakelijke stap om met kennis van zaken rond de tafel te zitten. Wij hebben al voorstellen gedaan, maar er komt weinig schot in de zaak. Overleg is prima, maar als de partijen het niet eens raken, zit je met een probleem.”

Plots reageert de minister op een uitspraak die Marc Justaert eerder deed. Zijn kritiek was haar blijkbaar in het verkeerde keelgat geschoten.

M. AELVOET: “De *pet-scanners* beperkt krijgen, was niet gemakkelijk. En nu zegt u dat het enkel maar een vodge papier is. Er staan momenteel inderdaad meer toestellen dan de programmering toelaat. Maar er is een afbouwscenario voorzien. Bovendien heeft de programmering een ontradend effect gehad. Een aantal ziekenhuizen die een *pet-scanner* hadden besteld, annuleerden de bestelling. Dat is geen vodge papier, maar realiteit. Ik heb intussen ook een adviesgroep opgericht die de technologische ontwikkeling op de voet zal volgen zodat we tijdig de nodige maatregelen kunnen nemen. Wat u een vodge papier noemt, vind ik dus een goed resultaat.”

Justaert neemt vrede met het afbouwscenario, maar hoopt dat het ook daadwerkelijk gevolgd wordt.

MIEKE VAN NULAND, directrice van vrouwencentrum *Amazonie*, doorbreekt de technische discussie. Als expert vrouwenstudies wil ze weten of minister Aelvoet in haar beleid oog heeft voor het *gender*-aspect. Hoe langer hoe meer immers krijgt de gezondheidszorg een vrouwelijke stempel. En dit in al haar facetten.

M. AELVOET: “Ik heb opdracht gegeven om te onderzoeken of gezondheidsklachten van mannen en vrouwen op dezelfde wijze worden geregistreerd en behandeld. Medische beroepen vervrouwelijken sterk en dat heeft gevolgen. Men stelt nu al vast dat vrouwelijke zorgverleners minder uren werken dan hun mannelijke collega's. De meeste hebben immers nog een taak in het gezin. We hebben met die evolutie rekening gehouden en een correctiefactor ingevoerd op het aantal mensen dat een opleiding mag volgen. Wil men de wegloop in de verpleegkunde stoppen, moeten werk en leefsituatie beter op elkaar afgestemd worden. We hebben aan de ziekenhuizen voorstellen gevraagd, maar kregen nog geen antwoord.”

ZIEKENFONDSEN ALS PARTNER?

IGNACE LEUS hoopt van de minister te vernemen of de ziekenfondsen hun gegevens mogen gebruiken in het kader van kwaliteitsbewaking.

M. AELVOET: “Wij werken aan een kadaster om een zicht te krijgen op de praktijkvoering van de artsen. Zij hebben daar lang moeilijk over gedaan omdat ze controle

vreesden. We hebben nu afgesproken dat we de gegevens niet voor andere doeleinden zouden gebruiken, tenzij met hun toestemming. Wij vonden het ook interessant om met de gegevens van de ziekenfondsen te werken. Maar dat voorstel viel bij de artsen niet in goede aarde. Ook op het vlak van registratie van gegevens bestaat er een scheiding tussen Volksgezondheid en andere systemen. We hebben een technische cel opgericht om de gegevens van Volksgezondheid en het Riziv samen te brengen. Ik vind dat er meer middelen moeten komen om de informatie te bundelen en toegankelijker te maken. Het wordt trouwens tijd dat we tot beleidsconclusies komen. Als je bijvoorbeeld vaststelt dat in bepaalde streken meer baarmoeders worden weggenomen dan in andere, zonder dat de pathologie dit verklaart, loopt er iets fout.”

I. LEUS, niet tevreden met de uitleg van de minister, herhaalt zijn vraag: “Als verzekeraar en patiëntenbeweging beschikken wij over een massa gegevens. Ze gaan niet alleen over prestaties, maar zeggen ook veel over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Mijn vraag is of de ziekenfondsen een mandaat krijgen om met die gegevens naar buiten te komen. Anders gezegd, welke rol krijgen wij in de gezondheidszorg?”

M. AELVOET: “Niemand kan verbieden dat een ziekenfonds nadenkt over de gegevens die het in handen heeft, dat het bedenkingen maakt en voorstellen doet om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Een andere vraag is op welk niveau de kwaliteitscontrole moet gebeuren en wie die doet? Ik heb de indruk dat, nu de overheid daarover begint te praten, er plots allerhande gegadigden opstaan. Elke partner kan gerust in zijn domein voorstellen formuleren, maar de globale kwaliteitscontrole moet door de overheid gebeuren. Ik heb er geen enkel bezwaar tegen dat ziekenfondsen vanuit hun kennis en ervaring elementen van kwaliteitscontrole aanreiken. Maar ik zou niet graag zien dat elke belangengroep plots een kwaliteitscontrole begint te organiseren. *(Met een lachje in de richting van Justaert.)* Maar misschien is daarover overleg nodig?”



I. Leus: “Krijgen wij een mandaat om aan kwaliteitscontrole te doen?”

De minister krijgt van Ignace Leus nog een hint als toemaatje.

I. LEUS: “Als er tweehonderd miljoen vrijkomt voor een betere structurering van de eerste lijn, besteed die dan aan de verdere uitbouw van gezinshulp, poets- en uitleendienst, personalarmsystemen. Gebruik het geld alsjeblief niet om nog een nieuwe vergaderstructuur in de eerste lijn op te richten. Daaraan is geen nood. Wel is een gestructureerd overleg nodig voor bijzondere risicogroepen. Want daar is vaak een probleem van continuïteit in de zorgverlening.”

M. AELVOET: “Het is zeker niet de bedoeling om mensen bijkomend de gordijnen en de vergaderzalen in te jagen. U zegt dat er een tekort is aan poets- en gezinshulp en dat er voor de rest geen probleem bestaat in de eerste lijn. Anderen hebben daar een andere mening over. Vooral tijdens het weekend zijn er wel de-

gelijk problemen. Daaraan moeten we dus iets doen, in overleg met de gewesten en gemeenschappen en met de huisartsen. Wie destijds vocht voor palliatieve platforms kreeg ook veel kritiek. Nu is iedereen blij dat ze bestaan.”

ZIEKENFONDSEN BUTENSPEL?

En dan zegt Etienne Wauters wat anderen al een tijdje denken.



E. Wauters: “Het valt u blijkbaar moeilijk om de ziekenfondsen te erkennen als volwaardige partners in de gezondheidszorg.”

E. WAUTERS: “In de eerste lijn en de thuiszorg waren de ziekenfondsen altijd belangrijke partners en initiatiefnemers. Het verbaast ons ten zeerste dat u nergens naar de ziekenfondsen verwijst, maar wel de huisartsen vermeldt. Het valt u blijkbaar moeilijk om de ziekenfondsen te erkennen als volwaardige partners in de organisatie van de gezondheidszorg.”

M. AELVOET: “In welke mate zijn jullie organisator van diensten en in welke mate zijn jullie verdedigers van de patiënt? Door zelf diensten aan te bieden, zitten jullie op een terrein waar belangenvermenging niet denkbeeldig is.”

I. LEUS: “Wij zijn een ledenorganisatie en vragen bijdragen waarmee we onder meer in de thuiszorg diensten aanbieden. Wij hebben ook duizenden vrijwilligers. Uw collega Vandembroucke heeft daar een grote waardering voor.

Ik herhaal nogmaals mijn vraag: hoe ziet u onze rol?”

M. AELVOET: “Voor mij zijn ziekenfondsen in de eerste plaats verzekeraars en onderhandelaars. Het is goed dat er aan de onderhandelingstafel ook mensen bij zijn die de patiënten verdedigen. Maar de ziekenfondsen zitten soms in een moeilijk parket. Omdat ze zelf ziekenhuizen en diensten hebben, zijn ze deelgenoot van bepaalde systemen en komt hun kritische functie t.a.v. het beleid en de zorgverleners in het gedrang.

Het mobiliseren en inzetten van vrijwilligers om maatschappelijke doelstellingen te realiseren, vind ik erg belangrijk en goed. Die taak is bij jullie volkomen op haar plaats. Maar met de bezetting van terreinen heb ik het wel moeilijk. Is er voor de ziekenfondsen een plaats in de eerste lijn? Gegarandeerd. Alleen vind ik het niet leuk als er vooraf al zware eisen worden gesteld. Hetzelfde geldt trouwens voor de artsengroeperingen. We gaan toch geen *medicomut* oprichten in de eerste lijn, hoop ik?”



M. Aelvoet: “We gaan toch geen medicomut oprichten in de eerste lijn, hoop ik?”