



Planbureau

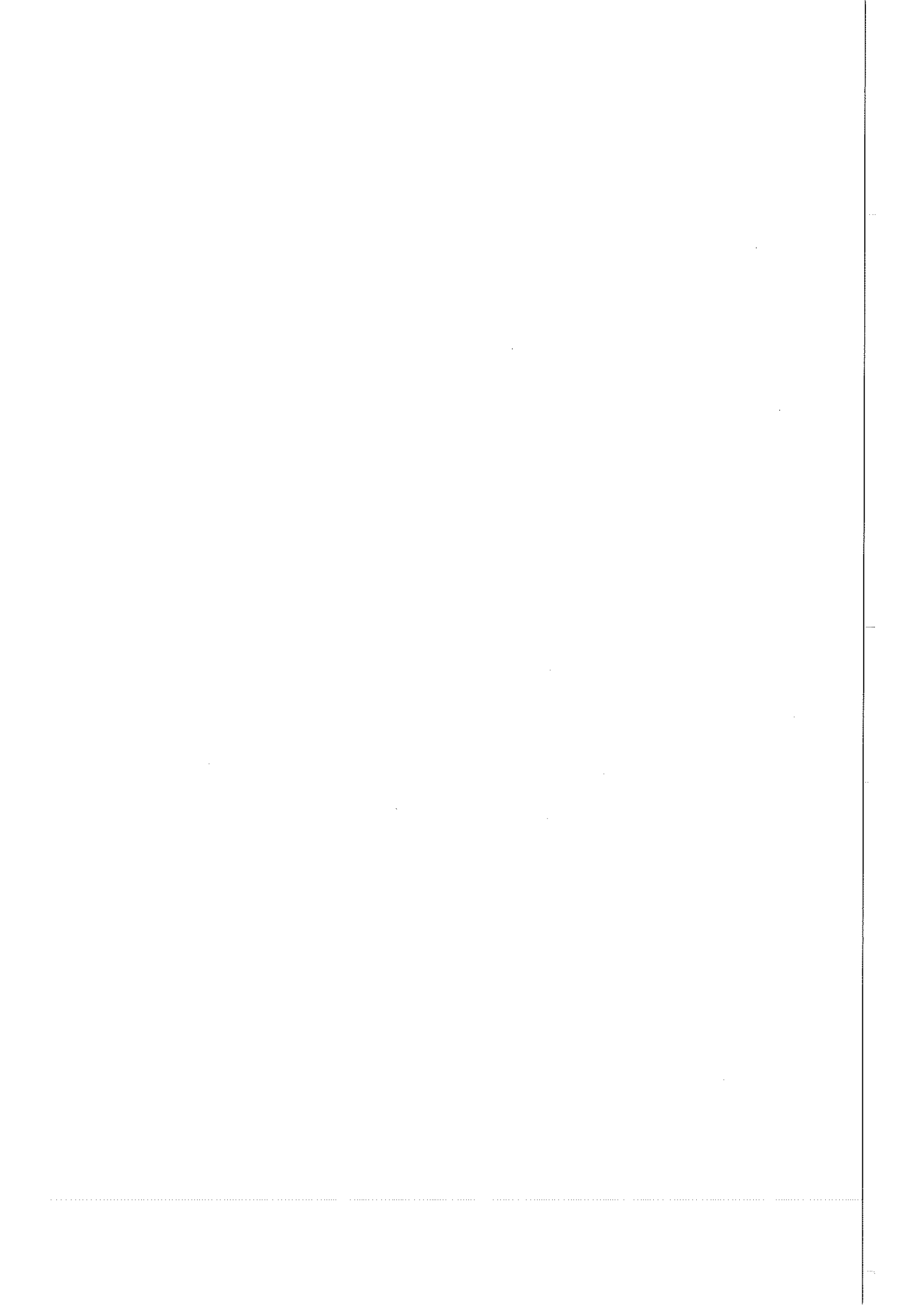
AD 4421

41

Januari 1990

DE ZORG om DE GEZondheid

E. Rohaert



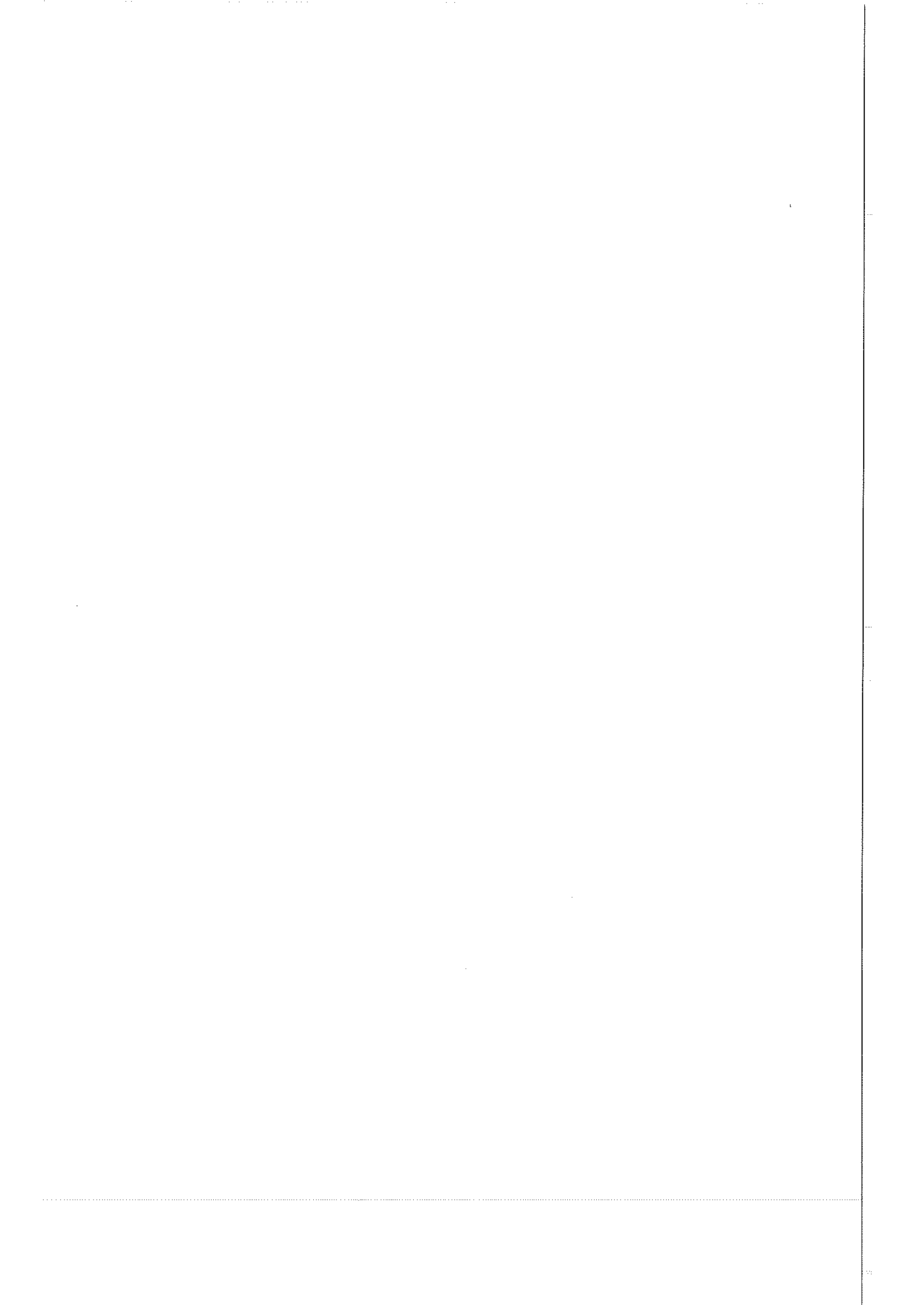
PLANBUREAU



'DE zorg om DE Gezondheid'

- Een poging tot een **Status Quaestio**nis.
- Een poging tot het aanbrengen van elementen voor analyse en een synthese van **fundamentele en globale kernvraagstukken**.
- Een poging tot het aanbrengen van elementen voor *mogelijke* oplossingen en keuzen.
- Vooral : Een **uitnodiging** tot een dringend nodige onafhankelijke **GLOBALE DISCUSSIE** over het GEHEEL.

door Etienne ROHAERT



VOORWOORD

De gezondheidszorg is sedert jaren een probleem dat uit de actualiteit niet meer is weg geweest. Enkele maanden geleden werd er nog aan het bed van de "zieke" een ronde tafelconferentie georganiseerd om zich eens te meer te beraden over zijn financiële toekomst. Een toekomst die inderdaad zorgen baart en deze "voorzichtige" prognose zal zeker niet worden tegengesproken door de studie die op het Planbureau momenteel wordt uitgevoerd omtrent de toekomst van de sociale zekerheid op lange en middellange termijn.

Wanneer we het over de toekomst van de gezondheidszorg hebben, mogen we ons evenwel niet uitsluitend beperken tot de financiële levensvatbaarheid van de gezondheidszorgverzekering.

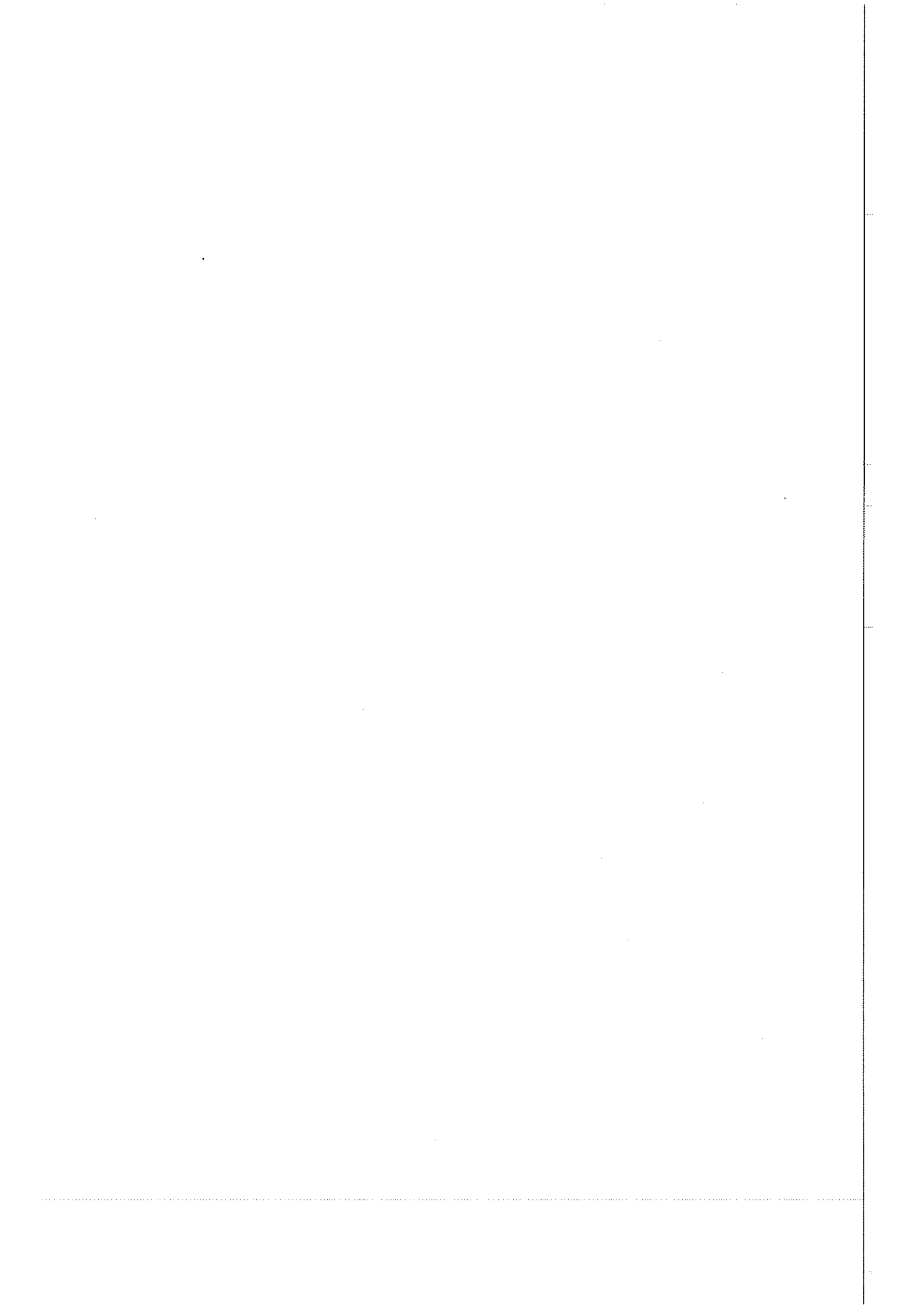
Het probleem dient in een ruimer perspectief te worden geplaatst. Het dient te worden gesteld in termen van een **gezondheidsbeleid**.

Hoe een gezondheidszorgbeleid te bedenken en te organiseren dat **allesomvattend** is, dat zich zowel inlaat met de oorzaken als de gevolgen van de ziekte, dat verticaal en horizontaal geïntegreerd is, dat op doelgroepen en doelterreinen is afgestemd? Welke zijn de voornaamste problemen die er van de kant van de verschillende zorgenverstrekkers rijzen, enz.?

Allemaal vragen waarvoor E. ROHAERT sedert verscheidene jaren van geduldig speurwerk en talrijke contacten een objectieve diagnose tracht te stellen en zo al niet oplossingen dan toch op zijn minst denkpistes naar voren schuift.

Dat het om een werk gaat waarbij heel wat moeilijkheden zijn komen kijken, wordt overduidelijk als we zien over hoeveel instanties de verantwoordelijkheden verspreid zijn, hoe vaak de statistische informatie versnipperd, tegenstrijdig en laattijdig beschikbaar zijn of nog soms de werkelijke oogmerken verdoezelen, oogmerken die bij deze problematiek zowel kwalitatief als kwantitatief zijn.

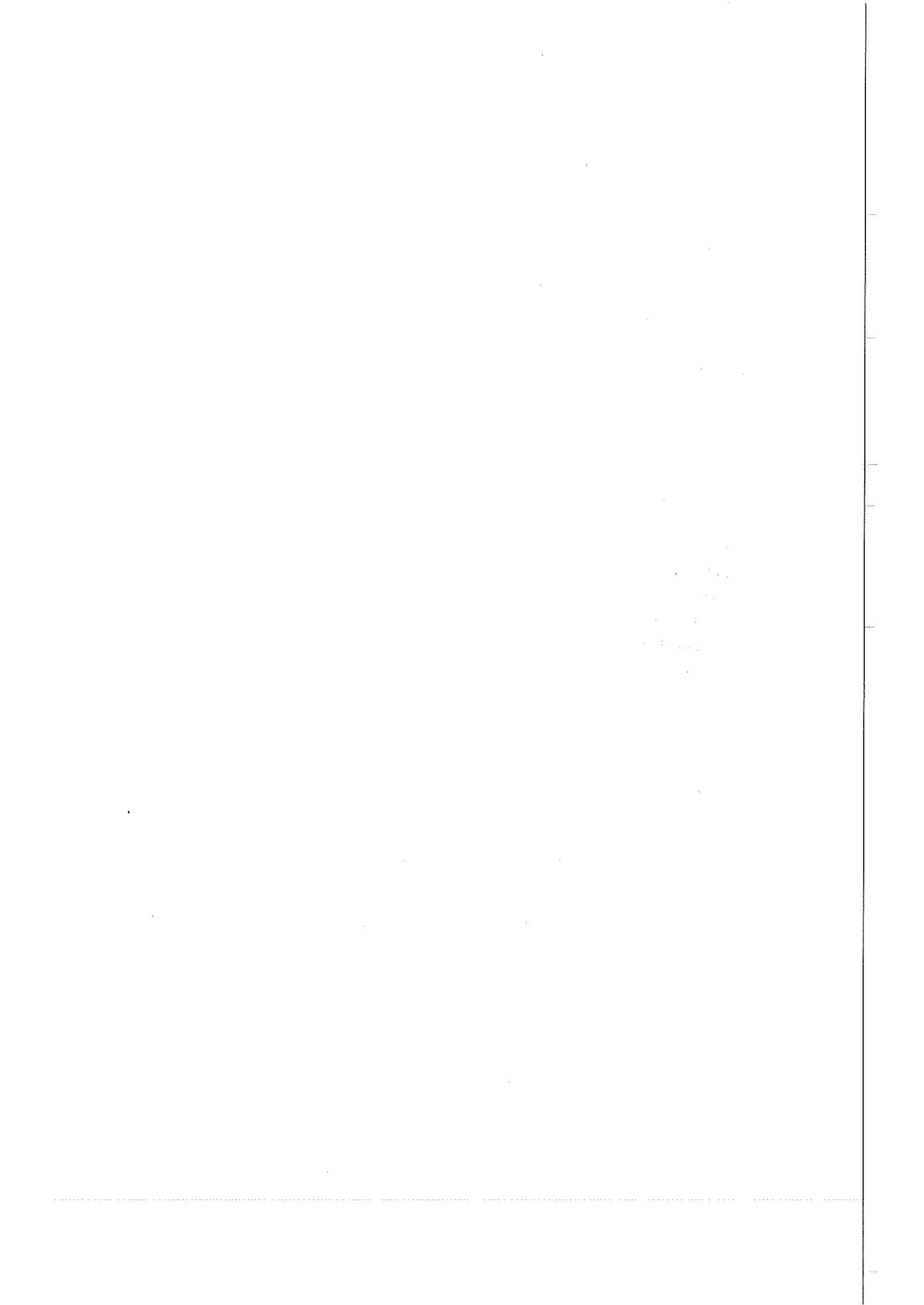
Het hiernavolgend document heeft geen andere bedoeling dan het debat over de voornaamste problemen van een allesomvattend en consistent gezondheidsbeleid te verhelderen. Vanuit die optiek hopen wij dat het er zal toe bijdragen om een globale discussie op gang te brengen.



INHOUDSTAFEL

Voorwoord

Verantwoording en doelstellingen	5
I. Enkele "Essentiële Basiselementen" bij een discussie over de zorg om de Gezondheid, voor vandaag en de toekomst	7
A - een definitieafpraak	7
B - de zorg om de gezondheid een <i>geheeldoelstelling</i>	8
C - de beleidsinstanties en de vele interdependenties	9
D - de organisatie van het overheidsapparaat en de compartimentering, fragmentering en versnippering	9
E - het vraagstuk van de visieontwikkeling	13
F - naast een <i>gevolgen</i> beleid ook <i>oorzaken</i> beleid	16
G - de zorg om de gezondheid heeft ook een economische betekenis	17
H - - de juridische dimensie) - de ethische dimensie)	20
II. Minstens Vijf fundamentele probleemstellingen	28
Probleem 1 : De Diagnose - de Therapie - de Efficiency - de Kostprijs	28
Probleem 2 : Eenzijdige wildgroei - Eenzijdig economisch en financieel rendement (regelmatig) (soms) tegenover <i>reële</i> behoeften van de zorgenverstrekking - een toekomstprobleem.	30
Probleem 3 : De zorg om de Gezondheid is Kwaliteitswerk	32
Probleem 4 : Concreet verloopt de zorgenverstrekking via Horizontale en Vertikale Kanalen - via Echelons - Is dit ook een hiërarchieprobleem ?	58
Probleem 5 : Ten slotte en ten gronde is iedereen verantwoordelijk voor de toekomst van de Gezondheid .	64



* De voorzieningen	89
1. Voor ambulante verzorging en preventie	89
2. De ziekenhuis- of instellingenzorg	89
a. De psychiatrie in de Algemene ziekenhuizen	89
b. De psychiatrie in de Psychiatrische ziekenhuizen	90
c. De doelgroep : De chronisch zieken	91
5 DE DOELGROEP : BEJAARDEN EN HOOGBEJAARDEN	93
Keuzen van vitale DOELTERREINEN	98
I. Het gezinsbeleid	98
II. Het armoedebeleid is een "preventief" gezondheidszorgbeleid	100
III. Het preventie- en voorlichtingsbeleid	102
IV. Het beleid van de arbeidsgezondheidszorg	104
V. Het wonen, de wooncultuur, het leefmilieu en het gezondheidszorgbeleid	107
IV. De organisatie van de zorgenverstrekking :)
) Verantwoording
Belangrijke basiscomponenten en vraagstukken)
A. Enkele algemene basisgegevens :	112
B. Basisgegevens over de belangrijkste types zorgenverstrekkers :	116
1) Het Geneesherenkorps	116
2) De tandartsen	122
3) De Apotheker	124

... ..
... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

4) De Verpleegkundigen	133
5) De Kinesitherapeuten	141
C. Basisgegevens over de ziekenhuizen, als zorgverstrekkers	143
D. Veranderingen in de organisatie van zorgverstrekkings : de VORM-veranderingen	161
Tot slot : Slechts enkele Algemene besluiten	165

* * *

Als bijkomend : - Informatie-materiaal
 - Referentie-materiaal
 - Reflexie-materiaal

Bijlage I	177
A Een poging tot een ruwe opsomming van de Technische-Administratieve structuren die mede-verantwoordelijk zijn voor het Volksgezondheidsbeleid	177
B. Een algemene opsomming van de eindverantwoordelijke beslissingsinstan- ties	182
Bijlage II	184
De Wereld GezondheidsOrganisatie : "38 Doelstellingen voor de Gezondheid(szorg) voor het jaar 2.000 (Region Europa)	184

* * *

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

Verantwoording en doelstellingen

Op zéér zeldzame en dus regelbevestigende uitzonderingen na zal waarschijnlijk niemand het **vitaal-belang** ontkennen van de **Gezondheid** en dus van de algemene zorg ervoor en van de verschillende types deskundigheid en verzorgingskanalen en infrastructuren die nodig zijn voor de zorgenverstreking.

De graad van de **Gezondheid** en de kwaliteit van de zorgen ervoor is voor elk individu een primaire behoefte; zowel om in leven te blijven als om economisch en sociaal te kunnen blijven functioneren. Daardoor is de volksgezondheid ook een hoeksteen van het economisch en sociaal functioneren van een samenleving. Dus de persoonlijke en de maatschappelijke dimensies zijn **complementair**.

In de overvloed van de debatten, de documenten en de verklaringen omtrent het domein van de **Gezondheidszorg** en de verschillende onderdelen ervan zijn zeer dikwijls twee grote, dikwijls niet-complementaire en zelfs polariserende-tegengestelde standpunten of denkrichtingen aanwezig :

- **Eerzijds** deze waar de eerder spectaculaire medisch-technische en specialistische resultaten en mogelijkheden primeren;
- **Anderzijds** deze die, dikwijls ongenueanceerd of partijdig en enkel steunend op (te) algemeen cijfermateriaal, ongeveer uitsluitend oog hebben voor de algemene kostprijs van de **Gezondheidszorg**; die meestal te hoog, onbetaalbaar en vol van misbruiken en overconsumptie geëvalueerd wordt.

Deze eenzijdigheden leiden nutteloos en onvoorzichtig de aandacht af van de complexiteit en van de realiteiten van dit domein, dat in de praktijk en in functie van zijn opdracht één globaal **GEHEEL** vormt.

*

*

*

- * Om al de bovenstaande redenen is de rode draad doorheen dit rapport de uitnodiging tot een **objectieve, concreet doelgerichte, globale én vooral fundamentele discussie over DE zorg om DE Gezondheid als een GEHEEL** en over de interdependenties van de onderdelen.

Dit betekent dat dit rapport dan ook dient begrepen te worden als een uitnodiging, in eerste plaats rekening houdend met de totale en complexe **realiteiten** van het dragen van de verantwoordelijkheden voor en in de verschillende luiken van de **Gezondheidszorg**, om een onbevooroordeeld en vooral **coherent** antwoord te "helpen" zoeken op **DE centrale vragen** :

1) – Welke vorm én inhoud van zorg voor de Gezondheid voor allen wil men ?

Met inbegrip van :

- Het **concreet** incalculeren – naast de evidente diverse klassieke verzorgingskanalen – van de belangrijke mogelijke ongezondheidsverwekkende **oorzakenproblematieken**, die verder doel-terreinen en context-problemen zullen genoemd worden. De tijd van de tot één discipline beperkte en eenvoudig rechtlijnige micro-rationaliteiten is definitief voorbij als men een belangrijk domein als dit wil benaderen.
- Het **aanvaarden van de basisprincipes** :
 - een redelijke vrijheid van de patiënt;
 - een redelijke vrijheid van de zorgverstrekkers;
 - de diverse wetenschappelijke bevindingen en vooruitgang nooit afremmen, maar deze begeleiden en op een redelijke wijze toepasbaar maken voor allen; binnen redelijke betaalbaarheidsgrenzen.

2) – Welke zijn de hoofdlijnen in de organisatie van de zorg om de gezondheid, welke zijn de onderlinge verbanden tussen de belangrijke onderdelen van de verzorging, en welke zijn de prioriteiten ?

3) – Welke middelen – én technische, én infrastructuren, én man-power, én financiële – zijn daartoe nodig en voldoende ?

Want, is het werkelijk efficiënt steeds **eerst en afzonderlijk** de algemene financieringsproblemen te behandelen **zonder vooraf** voldoende duidelijk te weten en een voldoende consensus te hebben bereikt over **WAT** men wil en waarom ?

4) – Is men bereid per onderdeel van de zorg en per prioriteit een logische en redelijke prijs konsekwent te betalen ? En hoe verloopt de prijsvorming ?

5) – Welke **overheidsbeleidsorganisatievraagstukken** moeten daarbij een oplossing krijgen ?

M.a.w. is het huidig overheids-beleidsapparaat van dit domein in de mogelijkheid, uitgerust en zo georganiseerd dat het een coherent beleid **KAN** realiseren ?

Dus de samenvatting van de vijf bovenstaande vragen is : Welke **VISIE** op **DE Zorg** om **DE Gezondheid** wil men ontwikkelen ?

De methode om naar antwoorden te ZOEKEN op deze sleutelvraag en dus om op de andere bovenstaande vragen nog te kunnen antwoorden kan ook in dit beleidsdomein het meest realistisch vertrekken vanuit de **stelling** dat het tijdperk van de onbetwistbare zekerheden die **definitieve** oplossingen mogelijk maken voorgoed voorbij is. Een toekomstgericht beleid kan niet anders meer dan uitgaan van tijdelijke en dynamische keuzen. Dit is de uitdaging.

I. Enkele onderling sterk verbonden "Essentiële Basis-elementen" bij een discussie over de zorg om de Gezondheid, voor vandaag en voor de toekomst :

A) Zowel een beleid als een discussie kunnen niet functioneren zonder een **definitieafpraak**.

Ook een definitieafpraak is een keuze, die op een voldoende stevige consensus moet kunnen steunen. Want meestal, en ook voor de volksgezondheid, zijn er meerdere definitie-afspraken mogelijk.

In dit rapport is ondubbelzinnig voor de definitieafpraak van de wereldgezondheidsorganisatie gekozen.

De **wereldgezondheidsorganisatie** heeft in een synthese van de lange ervaring en de kennis van de meest eminente specialisten van de gehele wereld gekozen voor die **definitie van de zorg om de gezondheid die de drie basisc componenten van menselijk leven als essentieel en complementair beschouwt : de fysische EN de psychische EN de sociale dimensie**. Daarom hanteren we de terminologie van : **de zorg om de gezondheid**.

De **complementariteit** van deze drie essentiële dimensies die samen zowel alle vormen van ziek zijn, gehandicapt zijn, leven met aftakeling of aantasting van het maatschappelijk functioneren uitmaken en de basis zijn van de gezondheid en dus van de zorg ervoor, wordt in zeer veel wetenschappelijk onderzoek én vanuit de praktijk van de meeste zorgverstrekkers onderstreept.

Deze drie dimensies vormen één definitieruimte die meebrengt dat de zorg om de gezondheid niet meer zinvol kan gerealiseerd worden zonder een expliciete multidisciplinaire benadering en die ook vanuit het beleid niet meer zinvol kan bestuurd worden zonder dat deze interdependentie expliciet aanvaard wordt én in coherente beslissingen én in een coherente organisatie wordt vertaald.

De wereldgezondheidsorganisatie heeft in haar 38 Voorstellen van 1986 (zie bijlage) aan de Europese Regeringen : "Les buts de la Santé pour Tous", opdat tegen 2000 opnieuw een stap voorwaarts zou kunnen gezet zijn, dit **TOTAAL-BELEID** opnieuw en zéér duidelijk herbevestigd :

- gezien voor elke mens zijn gezondheid een existentieel geheel vormt ;
- gezien de tegenpool van gezond zijn acuut en kortdurend of ernstig en langdurend of zwaar of licht chronisch ziek zijn is, en inherent verbonden is met de verschillende vormen van lijden, en voor een belangrijke groep mensen ook handicaps, aftakelingen of afwijkingen tot gevolg heeft.

In de mate van de ernst van de aandoening kan deze ook gepaard gaan met een aantasting of vernietiging van het maatschappelijk functioneren van mensen, en voor sommigen zelfs met de in vraagstelling van de zin van het leven zelf. (cfr. de zéér hoge suicidecijfers in ons land).

Om al de bovenstaande redenen en feiten dient dit Geheel van wezenlijk belangrijke factoren geanalyseerd en volledig medeverdisconteerd te worden in de beleidsbenadering van de zorg om de gezondheid, die o.a. daarom nooit unidimensioneel meer kan zijn.

Wil men deze realiteiten en de daaruit voortvloeiende logica niet konsekwent aanvaarden dan is het risico bijzonder groot dat de Gezondheidszorgkunde en de Geneeskunst en het beleid ervoor gereduceerd zullen worden tot een van de vele technologieën en tot een technocratie... met alle gevaren en gevolgen daaraan verbonden.

Daarom dient de nog op vele beleidsplaatsen, bewust en onbewust, veel gehanteerde simplistische reductie verworpen te worden die de zorgenverstrekking herleidt tot het strikt technisch behandelen van fysische ziekten of handicaps, van zieke organen of verstoorde chemische processen, en dit zonder het bijzonder groot belang van dit luik van behandeling maar enigszins te willen afzwakken.

Bij wat wij benoemen "DE Zorg om DE Gezondheid" en de continuïteit ervan, gaat het om vitale belangen van de bevolking en dus van de Gemeenschap.

De zorg om de gezondheid is zowel voor elk individu afzonderlijk als voor de bevolking; zowel zieken als potentieel zieken, finaal één Geheeldoelstelling.

De zorg om de gezondheid is zowel voor zieken en zorgenbehoevenden als voor de gezonde bevolking in allereerste plaats :

- een kwaliteitsvraagstuk waaraan kwantitatieve en zelfs financieringsvraagstukken, hoe belangrijk deze ook mogen zijn, ondergeschikt zijn;
- per definitie een persoonsgebonden en daardoor finaal ondeelbare materie.

Alle middelen in dienst van deze ondeelbare doelstelling : de verschillende types zorgenverstrekkers, de verschillende types instellingen, de verschillende types en groepen apparatuur en technologieën, de verschillende en toenemende technisch-gespecialiseerde en wetenschappelijke kennis en de specialisten ervan, de organisatie van het beheer van instellingen en diensten, de organisatie van het overheidsbeleid, en de voor dit alles nodige financiële middelen moeten of zouden moeten **samen en prioritair** voor deze geheeldoelstelling verantwoordelijk zijn.

- C) De ontleding van de opdrachten, van de bevoegdheden en van de concrete werking van de lange en indrukwekkende reeks instanties waar beleidsadviezen en beleidsbeslissingen genomen worden toont op overtuigende wijze aan dat **geen enkele beleidsinstantie** noch **verantwoordelijk** is voor noch concreet bezig is met de vele **interdependenties** tussen de vele vraagstukken van de zorg om de gezondheid. Daardoor is, over een langere periode bekeken, een consistente logica en een coherentie in het beleidsdenken en handelen voor het gehele domein nagenoeg afwezig.
- D) Ook in de **organisatie** van het overheidsbeleidsapparaat van het domein van de zorg om de gezondheid is er een indrukwekkende en toenemende **compartimentering, fragmentering en zelfs versnippering** van de verschillende realiteiten van het domein waarneembaar. Dit fenomeen heeft vaak aanleiding gegeven tot werkelijkheidsvervreemdende benaderingen en tot simplificaties die de basis vormden voor een korte termijnoplossing en tot ondoorzichtigheid waardoor continuïteit bijzonder moeilijk wordt; maar dit fenomeen heeft ook voor de concrete zorgenverstrekking (te) dikwijls **ongunstige gevolgen**.

Een standpunt :

Bij de analyse van de feiten, van de structuren, van de geldtoewijzingen, van de gebruikte argumentaties en de ontwikkelingen ervan komt men tot de **conclusie** dat, op de meest verschillende beleidsplaatsen en niveau's vaak om historische redenen, bewust of onbewust, de **facto** geweigerd wordt in te zien dat de **efficiëntie** in het domein van de zorg om de gezondheid niet meer kan toenemen zonder van bij het uitgangspunt duidelijk te kiezen voor het erkennen van de **scherpe interdependenties en de complementariteiten** van de onderdelen met de **konsekwentie** van een **logische opbouw** ervan, ook op het vlak van de **structurele overheidsorganisatie**.

Dit **uitgangspunt** onderstelt de **konsekwenties** van de onderkenning dat de zorg om de gezondheid zich piramidaal op vier niveau's situeert :

- a) **de individuele persoon :** de patient, potentiële patient of de zorgenbehoevende, met zijn levenscontextvraagstukken.
- b) **de zorgenverstrekking :** van de preventie tot de hooggespecialiseerde zorgen, met inbegrip van de juiste, nodige en voldoende infrastructuren.

- c) **de gezondheidsCONTEXT :** met duidelijke Indirecte impact op de gezondheid, zoals bv. wonen, arbeid ,de leefmilieuvraagstukken enz. enz.
- d) **de beleidsorganisatie :** zowel deze concreet op het terrein als deze van de overheid, van wetgeving tot selectieve financiering.

Belangrijke oorzaken van de compartimentering, fragmentering en versnippering :

Hierna wordt een poging gedaan slechts enkele basisaccenten van dit fenomeen enigszins aan te duiden, als materiaal om ook over na te denken bij een discussie ten gronde. (In bijlage en als voorbeeld enkele meer uitgesplitste gegevens over de technisch-administratieve structuren).

Probleemstelling

a) Algemeen

Het overheidsbeleid dat onder verschillende vormen en op diverse niveau's verantwoordelijkheid draagt voor de zorg om de gezondheid is getekend én door een lange traditie, waardoor heel wat historische ontwikkelingen nog moeilijk kunnen begrepen worden én door een wil tot perfectionisme, waardoor zoveel mogelijk alles tot in de kleinste details geregeld is waardoor flexibiliteit zeer moeilijk wordt, zodat er een ondoorzichtigheid van de efficiëntie en een gradatie van ingewikkeldheid van het beleids-handelen tot stand komt.

Zowel vanuit de legale bevoegdheidsverdelingen die steunen op tradities als vanuit de wil tot perfectionisme hebben de vele officiële beleidsstructuren, zoals Departementen, Administraties, Parastatalen, Fondsen, Rijksdiensten, Ondergeschikte besturen enz. enz. die bevoegd zijn voor onderdelen van het beleidsdomein, zichzelf in de loop der jaren uitgebouwd tot verfijnde technische beleidsspecialisaties met een de facto monopolie-macht, omdat alleen zichzelf nog de reglementeringen en de vele belangrijke details ervan kunnen begrijpen en toepassen. Ze werken soms in vormen van onderlinge concurrentie en zelden werken ze effectief samen.

Parallel aan het officieel beleidsnet is er een bijna even ingewikkeld netwerk gegroeid van private organismen, die voor hun leden van de praktijk en hun basis dienstverlenend willen zijn o.a. in deze hun communicatie met de overheid. Men kan hier denken aan Beroepsverenigingen, Beroepsorden, Bonden, Liga's, Raden, Comités, Fondsen, Verbonden, Mutualiteiten, enz. enz.

In dit domein is er een rijkdom aan beleidsstructuren en initiatieven werkzaam, zowel openbare als private. Overal wordt er ontzettend veel werk gepresteerd, maar beide circuits werken evenwel niet kosteloos.

b) De Gezondheidszorg is onderworpen aan vele Wetgevingen, normen en Reglementeringen

Gewoon om niet te vergeten of te verwaarlozen (maar meer dan bewust zijnde van grote onvolledigheid, van gebrek aan detailspecialisatie, en aan plaats en tijd) is bij het opstellen van deze nota ook een poging gedaan om een louter kwantitatief zicht te krijgen, én slechts voor enkele haalbare domeinen, op de op dit ogenblik van toepassing zijnde wetgeving en reglementering, die de vele belangrijke delen van de gezondheidszorg regelt.

Methode :

Om hierover iets te kunnen aangeven werd beroep gedaan op de diensten van het Ministerie van Justitie, waarvoor we hen zeer dankbaar zijn. De dienst JUSTEL heeft in een informaticaprogramma, dat permanent wordt bijgewerkt, waar alle vigerende wetgeving in België wordt opgeslagen welke in het Staatsblad is verschenen.

In dit informaticabestand ligt de wetgeving omtrent de volksgezondheid overwegend opgeslagen in de "materiecode S" : Sociaal Recht. De "nomenclatuur Sociaal Recht (CC : SIJ.S)" is uitgesplitst in dertien delen, en deze telkens in meerdere onderverdelingen. Van dit geheel hebben we in samenspraak met de dienst, alleen dat opgevraagd waar belangrijke hoofdaccenten voor het volksgezondheidsbeleid opgeslagen liggen. Dus het betreft hier slechts een fractie van wat bestaat.

Deze zeer beperkte opvraging leverde 199 bladzijden listings van de ordinator. Op deze lijsten is alleen – per gevraagde rubriek – de datum van publicatie in het staatsblad en de Titel van de wet, K.B., M.B., Decreet vermeld. Daardoor men kan nagaan over welke materie het gaat, en of het om wijzigingen gaat.

Resultaat

Een zo precies mogelijke telling, zonder de pretentie perfect te zijn, waarvan alleen kan gezegd worden dat ze indicatief is, toont aan dat op 15//1/1988 (datum van de listing) in België : 71 wetten (1), 7 Decreten, 529 Koninklijke Besluiten, 205 Ministeriële Besluiten, 28 Besluiten van de Exe-cutieven en 28 Reglementen van toepassing waren. Over het aantal Ministeriële omzendbrieven beschikken we niet; maar iedereen weet dat het een zeer groot aantal betreft. Ook het na te leven "normen" pakket is zéér indrukwekkend en zeker niet steeds op elkaar afgestemd, zoals bv. het voorkomen van tegenstrijdigheden tussen de technische normen en de financiering daarvoor nodig.

De omvang en het impact van de wetgeving kan hiermee natuurlijk niet aangegeven worden. De zorgenverstrekkers en de instellingen moeten daarenboven nog rekening houden met massa's bijkomende administratieve reglementeringen, zoals de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, het terugbetalingsbarema van het R.I.Z.I.V. (2) enz. enz.

De hoeveelheid aan wetgevingen en reglementeringen vormt voor hen die ze moeten toepassen een indrukwekkende en ingewikkelde hoeveelheid administratie die zowel kostenverhogende effecten heeft als kansen op vergissingen mogelijk maakt.

c) De Technisch-Administratieve Structuren en de organisatie van de Eindverantwoordelijke beslissingsbevoegdheid :

Een korte synthese van het vraagstuk (3) :

1) De Departementen

- a) De ontleding van de bevoegdheden toont aan dat er negen nationale departementen bevoegd zijn én de diensten van de Eerste Minister (o.m. de diensten voor wetenschapsbeleid); m.a.w. samen zijn er tien nationale overkoepelende Technisch-Administratieve beleidsstructuren of ministeriële departementen bevoegd voor belangrijke onderdelen van het beleid van de volksgezondheid.
- b) Daarenboven zijn voor hetzelfde beleidsdomein ook nog de vier ministeries van de Gemeenschappen en de Gewesten bevoegd voor belangrijke onderdelen.

Dus : in totaal dragen veertien departementen de Technisch-Administratieve verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Daaronder ressorteren de verschillende tientallen Diensten, Rijksdiensten (zoals bv. het RIZIV), Parastatalen, Instituten, Fondsen, Commissies, Hoge Raden, Raden, Advieslichamen enz. (zie bijlage), welke voor belangrijke technisch materies en specialisaties een beleidsrol hebben.

2) De Eindverantwoordelijkheid voor het beleid :

- a) Op nationaal niveau zijn er (zonder openbare werken) negen ministers en vier staatssecretarissen (met +/- een dertigtal kabinetsmedewerkers) verantwoordelijk voor het beleid van het domein van de volksgezondheid. Dit is een voorzichtige telling die regelmatig voor correcties vatbaar is, o.a. bij regeringwisselingen.

Bijvoorbeeld :

- (1) Om "De wet op de zlekenhulzen" van 7 augustus 1987 degelijk te kunnen uitleggen met alle implicaties ervan heeft Prof. Dr. A. Prims in 1988 een boek moeten schrijven van 658 klein bedrukte bladzijden.
- (2) "De nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen" is 150 kleingedrukte bladzijden waard en het "Terugbetalingsbarema van het Z.I.V." nog eens 100 bladzijden.
- (3) geldig tot de ten uitvoerlegging van de tweede fase van de Staatshervorming, waar bv. het departement van openbare werken een gemeenschapsmaterie is geworden.

- b) Op het niveau van de **Gemeenschappen en Gewesten** zijn de vier **executieven** bezig met het domein via vijf **Gemeenschapsministers** (met bijna dertig kabinetmedewerkers).

Besluiten :

- Op nationaal en gemeenschapsniveau samen dragen er **achttien politieke Eindverantwoordelijke Ministers** en **Staatssecretarissen** bevoegdheden voor het domein van de **Gezondheidszorg**.
Deze moeten voor het uitwerken van hun beleid samenwerken met de bestaande departementen en andere overheidsdiensten, waarover ze soms hiërarchisch geen bevoegdheid hebben.
 - Het is evenwel op dit ogenblik onmogelijk om een klare en onbetwistbare beschrijving te maken van de werking van de bevoegdheden, maar het blijkt (zie bijlage) dat er duidelijk verschillende terreinoverlappingsen en bevoegdheidsspanningen zijn zowel op het nationaal vlak als voor wat de materies betreft die naar de gemeenschappen en gewesten zijn overgeheveld.
 - * Bij deze laatste realiteit zal gewaakt moeten worden dat de enorme waaier van **specialistische kennis** die nodig is om een globaal beleid te kunnen voeren minstens **ergens** aanwezig blijft, zoniet zullen er blinde vlekken in het beleid komen. Met alle nefaste gevolgen vandien ...
 - **Het Geheel** kan de **vraag** oproepen of de overheidsorganisatie van het **Beleidsapparaat** nog wel een efficiënte coherentie in het beleidsdenken en beleidshandelen mogelijk maakt. Het zal **zéér** moeilijk zijn om voor het geheel op dit ogenblik een positief antwoord te kunnen aantonen.
- E) Ook in het domein van de zorg om de gezondheid stelt er zich duidelijk **een vraagstuk van VISIEontwikkeling**, van de noodzaak om deze continu bij te sturen in functie van de evolutie van de determinerende parameters, van de daaruitvloeiende noodzaak van het maken van **coherente keuzen** om een visie en doelstellingen realistisch en doeltreffend te kunnen uitvoeren voor de zieken, de (nog) gezonden en voor de samenleving.

Een onpartijdige analyse van enkele structurele beleidsrealiteiten, bijvoorbeeld inzake de toepassingen van de bevoegdheden en taakverdelingen tussen de belangrijke beleidsinstanties, dwingt tot de **conclusie** dat er een steeds dieper en scherper wordende **breuk** en soms een afgrond ontstaat **tussen enerzijds** de ontwikkeling, de praktische en ethische belangen en idealen van de kwalitatieve zorg om de gezondheid, de wetenschappelijke onderbouwing en de evolutie ervan en **anderzijds** de bekommernissen en objectieven van het administratief-, budgettair- en financieringsbeleid dat met een zeer korte termijn werkt. Deze breuk moet onvermijdelijk leiden tot fatale kortsluitingen.

Hierbij past enige toelichting.

De echografie van de globale beleidsorganisatie inzake het functioneren ervan in de praktijk, en deze steunend op eigen onderzoek bij diverse types zorgverstrekkers, instellingen en verantwoordelijken van de verschillende deeldomeinen, m.a.w. steunend op de concrete realiteiten, dwingt tot het erkennen van breuklijnen en het stellen van de vraag :

welke zijn de fundamentele basisoorzaken die zowel een visieontwikkeling van de zorg om de gezondheid bemoeilijken – als – aan de basis liggen van de spanningsvelden tussen het beleid en de praktijk van de verzorging ?

In aanzetten van antwoord op bovengenoemde vraagstukken en vragen kan, kort samengevat, geconcludeerd worden dat de kortsluitingskansen toenemen omwille van verschillende complementaire redenen :

-a) De groeiende breuklijn tussen : enerzijds de ontegensprekelijke toename en vooruitgang van het in dit domein wetenschappelijk kennen en kunnen, zowel op diagnostisch, preventief als therapeutisch en behandelingsvlak, waardoor mits voldoende gespecialiseerde man-power, infrastructuur en financiële middelen elke burger kwantitatief en kwalitatief veel efficiënter kan verzorgd worden, met minder pijn en meer "comfort" bij het ziek, bejaard of gehandicapt zijn.

En anderzijds is er de historisch, administratief en politiek zo gegroeide algemene organisatie en overheidsbeleidsorganisatie en van de evolutie daarvan; een ingewikkeld en complex mechanisme van macro-beleidsstructuren dat steeds scherper geconfronteerd wordt met zijn "globale" onaangepastheid : aan de wetenschappelijke ontwikkelingen en de snelheid ervan, aan de inhoudelijke en snelle terreinevolutie van de vraag naar zorgen en zorgverstrekkers en vooral en fundamenteel aan de problematiek van de prioriteitenkeuzen, die vertaald worden in normen, toelatingen en weigeringen en in de financieringscriteria en financieringshoeveelheid. Vooral van deze twee laatste instrumenten denkt en verwacht men dat ze de regelende rol zullen spelen, totdat men zo dikwijls het onvermogen ervan moet waarnemen.

Dus : voor de toekomst komt de kern van de discussie steeds scherper te liggen rond de moeilijke vragen : voor welk "niveau" van Gezondheidszorg kiezen we ? Welke autoriteit zal op grond van welke criteria en imperatieven politiek én ethisch kunnen beslissen welke zorgen we wel en niet zullen verstrekken en aan wie wel en aan wie niet én tegen welke prijs ?

Bijgevolg : wat kan of mag binnen het kader van het respecteren van het basisprincipe van een redelijke vrijheid én verantwoordelijkheid van patiënt én zorgverstrekker en van het toepassen van de wetenschappelijke vooruitgang ?

- b) Een onpartijdige benadering maar uitgaande van een synthese van de ervaring van de praktijkverantwoordelijken, van de historisch gegroeide beleidsorganisatie van de gezondheidszorg en de versnelde evolutie ervan dwingt ook tot het erkennen dat voor zeer veel vitale delen van de zorgenverstrekking de overheidsorganisatie administratief georganiseerd is op een vrij abstracte en bureaucratische wijze, met als hoofdbezigheid de boekhoudkundige- en financieringsdoelstellingen. Hoe belangrijk deze realiteiten vanzelfsprekend ook zijn, overwegend daardoor is de systematische en gecoördineerde herkenning en erkenning van en bijgevolg het levend contact met de concrete werkelijkheden van de zorgenverstrekkerspraktijk en met die behoeften en problemen voor tal van zeer belangrijke en vitale aspecten hetzij zeer partieel, onbestaand, artificieel of éézijdig administratief.

Als een kernprobleem hierbij moet men vaststellen dat er tussen de concrete zorgenverstrekkingspraktijk en de overheids-beleidsorganisatie een toenemende vertrouwens-relatieproblematiek groeit, die zich situeert tussen "grote voorzichtigheid", wantrouwen en zelfs crisis.

De reeksen onmiskenbare spanningen hebben ook als oorzaak o.a. de coherentie-vraagstukken tussen wetgeving, reglementeringen, normen, programmatie en de financiële sanctionering.

Daarenboven kan het niet ontkend worden dat de laatste jaren niet weinig beleidsbeslissingen mede onderbouwd zijn door niet steeds stevig (wetenschappelijk) bewezen conclusies over verspillingen, overbodige zorgen, overconsumptie enz. Dit betekent evenwel niet dat dit niet zou voorkomen; het is zelfs (nagenoeg) zeker dat een bestaand percentage van zorgenverstrekkers, weliswaar kleiner dan men denkt en niet groter dan in andere maatschappelijke domeinen, verantwoordelijk is voor een overdreven vraag naar sommige prestaties en voor onnodige onkosten zorgt, en zelfs zeer directe financiële voordelen haalt uit de hierboven geschetste breuklijnen, zoals het gebrek van visie en vooral uit het o.a. daaruitvoortvloeiend niet efficiënt en niet coherent overheidsorganisatiesysteem en zijn financieringssysteem.

Maar, een wezenlijk BASISprobleem hierbij is dat er voor de verschillende prestaties van de zorgenverstrekkers door geen enkele officiële instantie ooit een definitie van overconsumptie van zorgen of gebruik van infrastructuur is aangebracht, waarmee bruikbaar kan gemeten worden en die op alle gevallen toepasbaar zijn. En op de zéér zeldzame plaatsen waar men definities en meetinstrumenten heeft willen opstellen is men zelden of nooit tot absoluut sluitende conclusies gekomen.

M.a.w. alleen op de losse grond van eenvoudig samengestelde algemene uitgaven en kosten rotsvast oordelen over overconsumptie, en dit meestal zonder systematische en vertrouwelijke contacten met de dagelijkse realiteit van de problemen van de zorgenverstrekking, waar veel aandacht besteed wordt aan casuïstiekproblemen, is dikwijls een meer dan gevaarlijke en zelfgenoegzame oefening van statistiek en boekhouding.

Maar dat de diverse vormen van wederzijds wantrouwen tussen het overheidsbeleid en de praktijk, enerzijds rond de overconsumptie en anderzijds rond de bedreigingen voor nieuwe initiatieven, voor penalisaties en leefbaarheidskansen, wezenlijke zorgenverstrekkingsproblemen en beheersvraagstukken van diverse aard genereert is duidelijk; zoals o.a. het "omzeilen" van wetgevingen, reglementen, financiële, RIZIV en boekhoudkundige voorschriften enz.

- F) Zowel om historische- als om de vanzelfsprekende urgentieredenen, maar ook omwille van visieproblemen is de gezondheidszorgenverstrekking overwegend en bijna eenzijdig de curatieve behandeling van de Gevolgen van ziekten, handicaps, aftakelingen, afwijkingen enz.

Bijna automatisch heeft het beleid van de Gezondheidszorg in haar organisatie en prioriteiten de realiteit gevolgd van het behandelen van gevolgen.

Vanzelfsprekend is en blijft het aspect van de directe en acute zorgenverstrekking van vitaal belang.

Maar, zowel de praktijkervaring van zeer veel, ook gespecialiseerde, zorgenverstrekkers als de resultaten van zeer veel wetenschappelijk onderzoek uit de meest uiteenlopende specialisaties van de geneeskundige verzorging als de ervaring en de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie bewijzen dat de, tot hiertoe welliswaar begrijpelijke maar toch vrij éézijdige en beperkende, politiek van het verzorgen van de Gevolgen van de gezondheidsproblemen voor de toekomst een *niet* meer te verdedigen *reductie* en zelfs *simplificatie* is van de complexe zorgenbehoeften.

Bijna *ALLE* beleidsinspanningen richten op het ziek-ZIJN en de directe gevolgen ervan *ZOU* voor de toekomst betekenen zowel het herleiden van de medische wetenschappen tot onderhouds- en reparatieopdrachten als het nagenoeg blind aanvaarden van zeer veel "externe" gezondheidsschade en onkosten, waarvan zéér belangrijke takken van de medische wetenschappen steeds explicieter stellen dat ze kunnen voorkomen of sterk beperkt worden, indien er ook een voldoende totaal Gezondheidsbeleid zou bestaan.

Dus : Veel gezondheidsschade én -onkosten kunnen voorkomen of beperkt worden indien er naast een gevolgenbeleid OOK een gecoördineerd OORZAKENbeleid zou ontworpen worden.

Vanzelfsprekend zou ook zowel het preventiebeleid, waarbij het zo systematisch en vroegtijdig mogelijk opsporen van aandoeningen en risico's centraal staat, financiële inspanningen vragen, alsook het macro-voorkomings of macro-oorzakenbeleid voor de levens-contextvraagstukken, verder in dit rapport de doelterreinen genoemd, zoals de oorzaken van ziek worden rond het arbeidsgebeuren of zoals door de verschillende leefmilieuvraagstukken.

Alhoewel hieromtrent nog geen exacte kostprijberekeningen gemaakt zijn, toch kan met zekerheid gesteld worden dat een consistent oorzakenbeleid een niet geringe hoeveelheid kosten kan uitsparen die bij ziek of gehandicapt worden wel zouden gemaakt worden en in elk geval kan ook een hoeveelheid lijden bespaard worden.

Een bijkomend argument om OOK te pleiten voor een oorzaken-gezondheidszorg is dat zoals de andere topwetenschappen ook de medische wetenschappen, waarvan alle specialisaties en sub-specialisaties enorme sprongen voorwaarts maken, duidelijk evolueren van **lineair-causale diagnoses** en van **een unidimensioneel systeemdenken naar een multicausaal-procesdenken**. De overheid zal haar beleid op deze nieuwe inzichten moeten afstemmen zoniet zal zij een zeer belangrijke trein missen.

G) De zorg om de gezondheid en haar organisatie heeft zowel in haar oorzaken als in haar gevolgen ook een diepgaande economische betekenis. Slechts twee elementaire aspecten :

a) Zowel binnen als buiten het professioneel milieu van de gezondheidszorg wordt deze te gemakkelijk geassocieerd als een **Non-profit sector**.

De vraag moet "kunnen" gesteld worden of het met een realistisch beleidsinzicht en met realistische doelstellingen mag aanvaard worden dat in de gezondheidszorgensector (bv. instellingen) niet gestreefd wordt naar winst en kapitaalvorming. Dit streven staat niet gelijk met een niet rekening houden met de zwakke zorgbehoevenden, integendeel.

Daarenboven is het niet omdat het de eerste opdracht niet is de eventueel directe winsten uit te keren aan eventuele inrichtende instanties dat men een niet correcte en niet waarheidsgetrouwe **parasiet-terminologie** mag hanteren.

De concrete realiteit bewijst dat bijvoorbeeld in de ziekenhuizen de technieken en begrippen zoals rendement, productiviteit, planning, efficiency, integrale kwaliteitsbewaking, boekhouding en financieel beheer, personeelsbeleid, wetenschappelijke ontwikkelingen en management, **minstens even belangrijk** zijn als in de klassieke economische sectoren.

- Wie de cijfers van de diverse deelaspecten van de gezondheidszorg evalueert én wie de levenskwaliteit én het comfort **geproduceerd** door de gezondheidszorg kent en eerlijk evalueert kan zonder te grote moeilijkheden erkennen dat de zorg om de gezondheid een van de meest positieve bijdragen is van **toegevoegde waarde** aan het individu, aan de samenleving en ook **finaal** aan de klassieke economische netwerken.

Daarom is het begrip **non-profit** een **non-sens** definitie en dient ze vervangen te worden door (bijvoorbeeld) het begrip **Social -profit**. Finaal en globaal is de zorg om de gezondheid **complementair** aan de economische- en ook aan de politieke profit.

b) Een economische discussie over de verschillende aspecten van de persoonlijke kosten, over de bijdragen van overheidsmiddelen, over kosten en baten en over welk verlies en welke winst op korte of lange termijn, is dringend nodig voor deze dienstenverlenende sector.

- **Theoretisch** kan men een abstracte redenering opbouwen over het nut van de financiële middelen die besteed worden aan de gezondheidszorg en daarbij een "waardenvrije benadering" hanteren, die oordeelt dat het dikwijls en soms overwegend over schijnbaar verlieslatende en verloren onkosten gaat die maximaal vermeden moeten worden. Inderdaad, het in stand houden van "het gezondheidspatrimonium" is niet direct economisch renderend en wordt gefinancierd vanuit de algemene economische winst, waarmee theoretisch andere investeringen mogelijk zijn.

Het is bij een oppervlakkige benadering theoretisch juist dat voor de overheid en voor het klassiek bedrijfsleven de goedkoopste wijze van gezondheidszorgen het maximaal afschaffen ervan of het minimaal financieel ondersteunen ervan is.

Indien men deze bovenstaande parameters veralgemeent en strikt en eng toepast, ontdekt men onmiddellijk dat nog vrij veel andere sectoren niet direct economisch renderend zijn. Zoals bijvoorbeeld het onderwijs, het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, de uitgaven voor cultuur, het gesubsidieerd openbaar vervoer van personen, enz., enz.

De vraag moet gesteld worden : Is dit een exacte wijze van redenering ? M.a.w. is direct rendement de enige of enig juiste parameter ? O.i. heeft ook de gehele economie, haar vele subsectoren en activiteiten minstens indirect veel belang bij een efficiënte zorg om de gezondheid.

- **Concreet** zijn er echter voldoende realiteiten die bewijzen dat de zorg om de gezondheid naast haar humane en fundamentele rol ook zelfs een sterke economische betekenis heeft.

Slechts enkele realiteiten als voorbeeld :

- **Algemeen** kan men vaststellen dat er tussen 1945 en 1982 een winst is van de levensduur van 9,5 jaar voor de vrouwen en van 8 jaar voor de mannen, wat economisch zeker ook van belang is.
- In 1987 waren er 331.762 personen in de gezondheids- en welzijnssector tewerkgesteld (loon- en weddetrekkenden en vrije beroepen) of 9 % van de totale beroepsbevolking.
- Tussen 1980 en '86 steeg de tewerkstelling er met 17 %. In de ziekenhuizen werken meer dan 100.000 loon- en weddetrekkenden, waarvan +/- 26 % deeltijds. De totale loonkost ervan kan voor 1986 geraamd worden op +/- 90 mld/F, die gedragen wordt door de ziekenhuizen zelf (hoofdzakelijk afkomstig van de ligdagprijs die uiteindelijk afkomstig is van werknemers- en werkgeversbijdragen en overheidssubsidies) en voor het personeel in dienst van de geneesheren door deze laatsten.

- De ziekenhuizen en rusthuizen betekenen een economische vraag (Raming '85) (exclusief de universitaire) van 36,5 mld/F. aan verbruiksgoederen, van 13,3 mld/F. aan investeringsgoederen, en van 7,6 mld/F. aan diverse diensten of samen 57,4 mld/F. voor dat jaar.(1)
- In 1986 stelde de farmaceutische industrie meer dan 16.000 personen (full-time) tewerk, de zelfstandige apothekers (5.200 officina's met minstens één gediplomeerde) stelden +/- 7.800 personeelsleden tewerk. Het omzetcijfer van de 154 (cijfer 1986) in België gevestigde farmaceutische industriële ondernemingen kan voor 1987 op 81 mld/F. geraamd worden, wat een groei betekent van meer dan 50 % sinds 1980. Van dit bedrag wordt iets meer dan de helft geëxporteerd (in 1975 was dat nog +/- 12 mld/F.). De invoer bedroeg in 1987 33,4 mld/F. zodat de positieve bijdrage van de sector voor de handelsbalans van dat jaar +/- 7 mld/F. bedroeg.
Van de 40,7 mld/F. die op de binnenlandse markt verbruikt worden zijn iets meer dan 19 mld/F. vatbaar voor een R.I.Z.I.V. terugbetaling.
De investeringen van deze sector bedroegen +/- 3,8 mld/F in 1987 tegen 1 mld./F in 1980.

* Vanuit een vraag die mede ontwikkeld is vanuit het Planbureau heeft het Hoger Instituut voor de Arbeid (K.U.L.) van de Koning Boudewijnstichting de opdracht gekregen om een wetenschappelijk onderzoek uit te werken naar de Economische betekenis van de Gezondheidszorg en Welzijnszorg, een Rapport dat de titel draagt : "Het profijt van de non-profit", en in december 1988 is gepubliceerd door de Koning Boudewijnstichting.

Dit onderzoek dat over het jaar 1987 loopt, komt tot enkele markante resultaten. Hierna slechts enkele algemene macro-gegevens die slechts enkele aspecten van de economische betekenis van de zorgsector onderstrepen (blz. 230 en vgl) :

- "De binnenlandse bestedingen aan gezondheidszorg en welzijnszorg in 1987 maken : 9,7 % van het B.N.P. uit. Dit komt neer op een bedrag van 513,6 mld/F binnenlandse bestedingen plus een exportvraag van 46,2 mld/F voor medische en farmaceutische doeleinden".
- "De gezondheidszorg ontvangt 358,2 mld/F van de binnenlandse bestedingen of ongeveer 69,7 mld/F".
- "De binnenlandse bestedingen zijn voor 24,6 % afkomstig van de overheid (zowel nationaal, gemeenschappen als lokale overheid), voor 57,2 % van de verzekering (voornamelijk RIZIV-bijdragen) en voor 18,1 % uit private uitgaven (waarvan de remgelden een deel zijn).

Deze stroom van bestedingen zorgt voor een toegevoegde waarde in de Economie van 395,9 mld/F, voornamelijk onder de vorm van lonen (326,9 mld/F), rentebetalingen (34,0 mld/F) en afschrijvingen (32,8 mld/F).

(1) Bron : "Verzorgingsinstellingen en ondernemingen" Studie V.V.I./A.C.C., van N. Kempeneers en Ir. R. Vanderstappen, Dir. K.U.Leuven, 1987. Zie ook nog meer gegevens in het verder geciteerd onderzoek van de Koning Boudewijnstichting en uitgevoerd door het HIVA/KUL : "Het profijt van de non-profit", December 1988.

Daarnaast wordt een afgeleide vraag gecreeërd voor andere sectoren van 164,3 mld/F. De investeringen zijn slechts inbegrepen voor zover ze gefinancierd werden door kapitaaluitgaven van de overheid."

- "Van deze globale bestedingen aan de zorgsector vloeit één derde terug naar de overheid onder de vorm van sociale bijdragen en bedrijfsvoorheffing."
- "Het B.N.P. is ook een gebrekkige maatstaf voor de welvaart en de kwaliteit van het leven waartoe de zorgsector toch wil bijdragen. Zo berekende men in Nederland dat één derde van de gezondheidszorgen dient te gebeuren om de negatieve effecten van de welvaart (ziekte wegens milieuvervuiling, ongevallen, stress, enz.) te compenseren. Het B.N.P. zou voor dergelijke negatieve effecten dienen gecorrigeerd te worden."

H) Twee vaak ten onrechte vergeten of verwaarloosde basiselementen bij een discussie over de zorg om de gezondheid zijn de juridische dimensie en de ethische dimensie.

a) de juridische dimensie :

De analyse van de inbreng en verantwoordelijkheden van de overheid in vitale sectoren – zoals onge-twijfeld deze van de zorg om de gezondheid – dwingt ook tot het stellen van vragen omtrent de "juridische fundering" van het beleid, en dus de legitimering ervan. Zo kan men de vragen niet ontwijken :

- Is de zorg om de gezondheid voor alle burgers in een democratische rechtsstaat een basiswaarde en een grondrecht of niet, en waarom ?
- Is de rechtsstaat alleen verantwoordelijk voor een stelsel van vrijheden en voor een "kader", waarbinnen de (vrije) organisatie van gezondheidszorg mogelijk is, of is deze rechtstaat ook (mede)verantwoordelijk voor stelsels van concrete voorzieningen en voor de middelen daartoe nodig; waardoor de staat een verzorgingsstaat wordt, of niet ?

Deze en aanverwante discussies, rond bijvoorbeeld de criteria van zorgenverstrekkings, wie ervoor in aanmerking komt, wat ervoor moet betaald worden enz. enz., zijn nu reeds – zelfs in emotionele vormen – gaande in het buitenland (cfr. Zweden en U.S.A.); met als resultaat dat de theoretisch rationele vraag zou moeten volgen : indien het om kosten- en criteriaredenen voor alle burgers in dezelfde nood- en behoeftesituatie onmogelijk wordt om verzorgd te worden, vooral wat de hoogtechnologische prestaties betreft, heeft het dan nog echt veel zin het wetenschappelijk onderzoek voor die hoogtechnologie te stimuleren en te financieren ? Het is duidelijk dat hierbij vraagstukken rijzen van konsekvent denken en handelen.

Een bijkomend even belangrijk vraagstuk dat zich aandient bij de vragen rond criteria van zorgenverstrekingen, t.a.v. bijvoorbeeld wie er wel en niet voor in aanmerking kan komen, is dat men dan in de praktijk een gradatie van schaarste aan zorgenverstrekingen creeërt die zou kunnen uitmonden in selectie en rantsoenering van zorgen.

Dus : Is er een logisch en overheidsdeontologisch verband tussen de opdracht van de rechtsstaat die burgerrechten en vrijheden garandeert en daardoor ook plichten oplegt – én – de staat die hieruit concludeert een (theoretisch onbeperkte) reeks dienstverleningen en voorzieningen te moeten uitbouwen, organiseren, (mede)financieren ? En waar liggen de grenzen ? M.a.w. op grond van welke criteria trekt welke legitime instantie de grenzen ? Want grenzen trekken is gelijk aan vrijheid beperken én aan keuzen maken. En dus kan de grens zijn : het niet voorzien in voorzieningen en/of het niet opnemen van die verantwoordelijkheden.

Bij deze problematieken ontmoet men onmiddellijk de moeilijkheid dat als men basiswaarden en grondrechten erkent men ook de ermee verbonden konsekventies logischerwijze moet erkennen. Dit geheel behoort zowel tot het individueel domein als tot dat van de differente maatschappelijke geledingen en groepen die "samen" tot een (zekere) democratische consensus op een gegeven ogenblik moeten komen; wat dus tijds- en ruimtegebonden is, en dus herzienbaar; om daarna die inhoudelijke consensus te verheffen tot (een formeel) recht (1) en dus tot een overheidsopdracht, onder welke vorm ook.

Daarenboven heeft een grondrecht door een legitiem gezag aanvaard enkel zln als het én voor de burger én voor de samenleving doelmatig is, wat opnieuw keuzen, etiek, deontologie veronderstelt en een antwoord op de vraag wat doelmatigheid is; daarop moet die overheid dan ook waken met alle rechtsmiddelen én met haar onpartijdig beleidsapparaat.

De konsekventie van een positief antwoord op de vraag of de staat via een consensus over grondrechten ook een verzorgingsstaat moet zijn, kan bijna niet anders zijn dan dat die diverse gehelen van verzorgingstaken berusten op een brede en globale solidariteit, zowel tussen burgers en gemeenschap als tussen de structurele systemen (zoals bv. het economische) en die gemeenschap. Men kan hier zeker denken aan de financiering van de Sociale Zekerheid.

De organisatie van die gemengde solidariteit kan alleen realistisch geconcretiseerd worden door een overheid onder een "gedwongen" vorm, zowel programmatorisch, financieel als wat de controle erop betreft, met een paritair beheer als een goede mogelijkheid. M.a.w. als een permanente politieke opdracht van bewuste meerderheden.

(1) Gekende basissprincipes zijn : bijvoorbeeld :

- In het Burgerlijk Recht de aansprakelijkheid voor het toebrengen van schade, de gekende art. 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek
- In het Strafrecht : de plicht tot het verlenen van hulp aan mensen in (levens)nood (art. 422 Bis, ter)
- de geest van de O.C.M.W. wetgeving
- verschillende delen van het Sociaal Zekerheidsrecht
- enz. enz.

Dus : Ook een juridisch debat over het grondrecht en de basiswaarde "De zorg om de gezondheid" lijkt nuttig, nodig, onvermijdelijk; omdat grondrechten én vooral de concretisering ervan met alle implicaties geen evidenties zijn.

b) De Ethische dimensie :

Deze dimensie krijgt de laatste jaren in alle wetenschappelijke disciplines een verrassend sterke aandacht, in de eerste plaats rond de toegepaste wetenschappen en zelfs ook rond het economisch handelen; maar ook in en rond de differente gezondheidszorgen-wetenschappen, o.a. rond de vele en toenemende vragen over het begin en het einde van het leven, over handicaps, langdurig ziek zijn enz. Ook op politiek vlak zijn er verschillende initiatieven genomen rond verschillende van deze acute vraagstukken (cfr. de wetgeving rond orgaantransplantatie).

Hier willen, durven en kunnen wij vanzelfsprekend geen sluitende duidelijkheden aanbrengen. Hier moet om een dringende zorg en aandacht gevraagd worden, bij de verschillende discussies, voor dit zo diepgaand en zo snelgroeiend en soms wildgroeiend aspect; zodat polarisaties vermeden en oplossingen beter mogelijk worden ten dienste van de zorg om de Globale Gezondheid.

De centrale vragen rond de medische en bio-medische wetenschappen en hun zoveel toepassingsgebieden op diagnostisch en therapeutisch vlak, worden steeds duidelijker : Alles wat technisch en wetenschappelijk kan, mag en/of moet dit ook (veralgemeend) toegepast worden ? Waar liggen de mogelijkheden van zorgenverbeteringen en waar liggen de grenzen van wat men toelaatbaarheid zou kunnen noemen ? Mogen of moeten steeds meer menselijke problemen en klachten ook uitmonden in een medische behandeling m.a.w. gemedicaliseerd worden ?

Maar, er is een duidelijk onderscheid en zelfs een scheiding tussen het wetenschappelijk onderzoek en de nodige selectie (keuzen) van de toepassingen. P. Schotsmans, professor Medische Ethiek (K.U. Leuven) stelt een ambivalentie van de medische technologie, waaruit een ethiek van de hulpverlener voortvloeit; en waartussen geen confusie mag bestaan.

Uit de diverse omschrijvingen van de medische Ethiek in dienst van de Gezondheidszorg kan men leren dat een aantal componenten van discussie voortdurend terugkeren zij het onder verschillende vormen en bewoordingen. In grote lijnen deze : Ethiek :

- geen ideologisch, filosofisch of religieus denken; wel kunnen er banden en verbanden zijn.
- een waardering en evaluatie van en voor het menselijke handelen, die ligt tussen de polen toename van humaniteit en afbraak van humaniteit.
- een waardering en evaluatie die groeit uit een evolutieve én systematische reflectie op probleemgebieden en situaties; met als gevolg normen en afspraken die men nodig acht voor een ordening van het handelen.

- de evenwichtzoekende reflectie en conclusies steunen op en zijn bron van een mensbeeld én een maatschappijbeeld, die complementair zijn; die steeds kritisch en systematisch moeten getoetst worden aan de vraag : is er een promoveren van humaniteit ?
- een reflectie en conclusies die wat het mens- en maatschappijbeeld en het promoveren ervan betreft noch utopisch, noch gehalveerd, noch willekeurig zijn. (1)
- de grote **spanningen** tussen "plicht tot bescherming tegen onheil" en de "vrijheid" (1). En de spanningen bij het naderen van de "limieten" (1).
- Er is steeds het aspect "integratie in de therapeutische context" (1).
- Deze **context** van de zorg om de gezondheid dient rekening te houden met drie **basisuitgangspunten** :
 - 1) Elke mens is een **uniek levensproject** op weg,
 - 2) Elke mens is een **relationeel** wezen,
 - 3) Elke mens is een **communicatief én solidair** wezen;

dit **geheel** is de uitdaging van de gezondheidszorg (1)
- Er is geen wetenschap of therapie **zonder** een ethische dimensie.

* Bij wijze van bewijs slechts enkele concrete realiteiten en voorbeelden van ethische vraagstellingen rond de zorg om de gezondheid die voor de zorgbehoevende én voor de zorgverstrekker belangrijk zijn, maar die ook een **beleidsdimensie** hebben en dus een **overheidsvraagstuk** zijn of zullen worden :

- 1.- Van de levend geboren kinderen in ons land zijn er per jaar 4 à 6 % of +/- 6 000 lichamelijk en/of geestelijk **gehandicapt**; onmiddellijk waarneembaar of later vastgesteld; met als **oorzaken** stoornissen in het erfelijkheidsmateriaal of milieufactoren o.a. tijdens de zwangerschap (zoals : het gebruik van genotsmiddelen, farmaca; infecties; ioniserende stralen enz. enz.). De **gevolgen** zijn voor de betrokkene en de familie vaak dramatisch en meestal voor het leven; voor de gemeenschap zijn ze een blijvende, zware, dure zorg.

De ontwikkeling van de medische technologie laat meer en meer een vroegtijdige en exacte diagnose en detectie toe, én een vaste zekerheid over de graad van ernst van de aandoening.

(1) Stellingen ontleend aan P. Schotsmans, Professor medische Ethiek, K.U. Leuven - ook aan Prof. Sporken (Univ. Maastricht). Ook aan de V.U.B. zijn er denkgroepen werkzaam, evenals aan de U.C.L. Ook in alle andere Westerse landen liggen deze problemen ter studie

Enkele concrete vraagstellingen omtrent deze problematiek :

- Bij voldoende technische zekerheid, gaat men daarbij over tot een bespreking ervan of niet en overweegt men daarbij abortus of niet ?

Voorzichtige schattingen spreken over +/- 15 000 abortussen per jaar voor België.

- Als elke mens - ook de (zwaar) gehandicapte en zij die zorg voor hen dragen o.a. de ouders - een uniek, een rationeel, een communicatief en solidair wezen is; hoe moet dit vertaald worden bij voorbeeld in onze ziekteverzekering, in de aangepaste infrastructuren enz. ?

Naast de gehandicapten door geboorte zijn er nog het belangrijk aantal gehandicapten door ziekte, ouderdom en aftakeling, en vooral door ongevallen op de weg en op het arbeidsmidden en aldaar door het productieproces zelf.

Wat doet de samenleving en het beleid concreet met de feitelijke stigmatisering van de gehandicapten ? Dit is geen academische of vrijblijvende vraag.

En dit betekent helemaal niet dat alle gehandicapten ook financieel zorgbehoevend zijn, maar fysisch en psychisch en sociaal zeer dikwijls, zoniet altijd, zeker als ze ouder worden en alleen komen te staan.

- 2.- Bij ernstige delicate gezondheids-zorgen-problemen : Is er een recht op weten ? Is er een plicht tot (volledige en preciese) informatie ? Waar liggen de grenzen ? En wie "beslist" ? Want er zijn steeds gevolgen en belangen die moeten afgewogen worden.

Twee voorbeelden :

- Resultaten van diagnostisch en preventief onderzoek, verzameld vanuit verschillende gegevens uit de praktijkbronnen, die om evidente redenen niet kunnen vermeld worden, tonen aan dat (soms) afhankelijk van instellingen en streken in ons land er vrij constant elk jaar +/- 15 % van de binnenkomende zwangerschappen en alleen deze waarvoor men om een of andere medische reden de nodige onderzoeken doet, niet tot stand gekomen zijn door de juridische echtgenoot. Bijkomende opmerking : Het is niet ondenkbaar dat, naast het privaat karakter van dit gegeven, uit dit fenomeen ook conclusies getrokken worden naar aspecten van de gezinspolitiek.
- De steeds verfijnder wordende diagnostie technieken laten in een versneld tempo toe de (zware) ernst en/of de uitzichtloosheid van een ziekteproces te voorspellen; zowel het lijden, de aftakeling, de handicap als de levenskansen naar kwantiteit en/of kwaliteit. En dus met inbegrip van de kosten eraan verbonden, die zelden gering zijn.

Enkele concrete vraagstellingen daarbij :

Moet of mag hier **preciese** informatie verstrekt worden ? Door wie aan wie ? Hoe zal men uit die informatie **conclusies** trekken ? Welke **grenzen** t.a.v. de gevolgen voor de betrokkenen en voor de behandeling zal men daarbij hanteren ? M.a.w. heeft in de delicate gevallen de waarheid alle rechten ? Kunnen er met die kennis ook positieve resultaten bereikt worden ?

- 3.- Universitaire ziekenhuizen en in navolging ook Algemene Ziekenhuizen hebben in hun Ethische Commissies het begrip "**Therapeutische verbeterheid**" ontworpen. Dit begrip is ook voor het Gezondheidszorgenbeleid van groot belang.

Ter verduidelijking van deze realiteit, slechts drie probleemgebieden :

- a. Het aanwenden van een hoeveelheid en/of kwalitatief hoogwaardige (technische) diagnose- of therapietechnieken of handelingen die **niet** nodig zijn, die **overdreven** of **overbodige herhalingen** zijn, die **te omvangrijk** zijn; m.a.w. die **niet in verhouding** staan tot de graad van ernst van de klacht of aandoening.

Daardoor zijn soms andere wel of meer doeltreffende zorgenverstrekingen voor andere patiënten onmogelijk ofwel onderbetaald. Niet zelden is de kans groot dat de sociaal of financieel zwaksten in de samenleving daarvan de eerste en zwaarst getroffen zijn. Door dit gedrag, dat dikwijls ook nog door inkomensmotieven is geïnspireerd, worden omvangrijke financiële middelen van de gemeenschap niet doelmatig gebruikt.

Met deze probleemstelling wordt geenszins geraakt aan de therapeutische vrijheid noch aan het principe : wat doelmatig is moet kunnen voor allen voor wie een behandeling nodig heeft. Het gaat echter wel over een kostenbewustzijn, over humaniteitsvragen en over een mensbeeld.

- b. Het begrip **Therapeutische verbeterheid** wordt nog **scherper** als het gaat over een medisch handelen en/of inzet van technische middelen, die zeer hoge kosten (kunnen) teweëgbrengen, op een min of meer systematische wijze voor patiënten waar de ziektesituatie **ultzichtsloos** is, of voor **terminale** patiënten.

Van deze laatste groep zijn er continu ongeveer 23.000 gevallen in België.

Het probleem stelt zich als de inzet van de middelen **niet in verhouding** staat tot een redelijk-mogelijk resultaat, waardoor het lijden daarmee **niet fundamenteel** wordt verlicht of opgeheven, of waarmee een redelijk "comfort" wordt verbeterd. M.a.w. als het zgn. **ult-behandelde en/of ultzichtsloze** gevallen betreft waar zware en risicobehandelingen **niet** worden ingezet of afgebouwd. Het gaat hier over de ethiek van respect voor lijden en sterven.

Daarenboven zal men rond deze types patiënten en de zorg ervoor, in de toekomst nagenoeg zeker, de problematiek van de euthanasie in de discussie ontmoeten, en er op een of andere wijze oplossingen en beslissingen moeten voor zoeken. Of exacter en anders : wanneer weegt men af geen levensverlengende therapieën meer in te zetten of ze te stoppen.

- c. De ontwikkeling van de medische biologie en genetica in al haar vormen : een pas begonnen revolutie.

In een eerste fase betreft het reeds nu de medisch-technische behandeling van vruchtbaarheid en van onvruchtbaarheid door een reeks fertilisatietechnieken; waardoor (colloquium van Helsinki) in 1984 reeds 590 geboorten plaatsvonden (over de 58 toen bestaande centra). Bij het bestuderen van deze technieken blijken nagenoeg alle wetenschapsmensen het eens te zijn dat bij elke bevruchting van een eicel er een nieuwe biologische entiteit ontstaat met een unieke genetische inhoud.

Ook voor prenatale diagnostische onderzoeken worden (I.V.F.) technieken toegepast bij verhoogde kansen op erfelijke aandoeningen, waarbij afwijkingen of handicaps voorkomen kunnen worden.

Eén van de bijkomende problemen bij het toepassen en bij het onderzoekswerk rond sommige van deze technieken (zoals bijvoorbeeld (I.V.F. - E.I.) : in vitro fertilisatie en embryo-implantatie)) is dat zij ook aanleiding geven tot een overschot aan (overtollige) embryo's, waarmee kan (wordt) geëxperimenteerd worden, én die als "reserve" in sommige centra worden ingevroren (in vloeibare stikstof) met een succeskans bij ontgooiing van +/- 30 %. Op wereldvlak bestaat een letterlijke handel in menselijk materiaal. Deze technologie is duur, heeft resultaten en mislukkingen (wat meer dan 30 % cfr. Colloq. van Helsinki '84).

Daarenboven toont (buitenlands) wetenschappelijk onderzoek aan dat er op levende embryo's met afwijkingen therapeutisch wordt geëxperimenteerd met wisselende resultaten; en ook dat men met reserve-onderdelen (bv. beenmerg, de bijnier, hersenweefsel enz.) van embryo's andere ziekten (bv. ziekte van Parkinson) door transplantatie tracht te helpen soms met (goede) resultaten en de beste bedoelingen.

Omdat sommige experimenten voor de persoon zelf, voor het nageslacht en voor de samenleving onoverzienbare gevolgen kunnen hebben heeft de W.M.A. (World Medical Association) gepoogd op internationaal niveau richtlijnen en gedragscodes op te stellen, de zgn. Code van Neurenberg (1947); de Verklaring van Helsinki (1964), herzien in 1975 en in 1983. De Nationale Commissie voor Ethische Vragen van Frankrijk heeft in haar rapport van verleden jaar aan de regering een soort wachttijd voor experimenten bepleit, zelfs al kan bijna niemand de ontwikkeling tot stilstand brengen, om eerst de tijd te nemen voor de nodige bezinning en discussie

Vele vragen wachten op een discussie en op beslissingen :

Welke garanties krijgen deze embryo's ? Wie heeft hier rechten en plichten ? Welke belangen en waarden zijn aan de orde en primeren; en welke eventueel contrasterende belangen moeten tegen elkaar afgewogen worden. ? Wie neemt de beslissingen met welk legitiem gezag ?

Dus :

De ethische dimensie is er in dit rapport niet bijgehaald als een filosofisch luxeproduct; maar slechts als voorbeeld van een reeks keiharde vraagstukken, als open discussiepunten over normen, gewoonten, praktijken, evoluties, of belangrijke probleemstellingen die men eerlijkheidshalve niet uit de weg mag gaan. De vragen zijn levensgroot en met zeer veel implicaties. De antwoorden zijn noch evident noch eenvoudig ...

DE overheid kan in dit debat niet ontbreken omdat ze een kaderscheppende, een reglementerende, een middelentoevallende én een beslissende rol heeft. Ze zal steeds diepgaander met deze vraagstukken geconfronteerd worden en dit in meer dan één beleidsdepartement.

II. Minstens vijf fundamentele probleemstellingen

Als maatschappelijk domein en in de concrete realiteit is De Zorg om DE Gezondheid een Geheel van **interdependente** werkings- en problemenvelden en van zorgenverstrekkingsterreinen, in evolutie.

Als beleidsdomein wordt DE Zorg om DE Gezondheid geconfronteerd met reeksen differente vraagstukken, die eveneens in evolutie zijn.

Hier wordt een poging gedaan om de kernelementen van enkele zeer **fundamentele en urgente** vraagstukken onder de vorm van vijf probleemstellingen te synthetiseren.

Probleem 1 : De Diagnose - de Therapie - de Efficiency - de Kostprijs

De wetenschappelijke en technische (r)evoluties van het kennen en het kunnen in de gezondheidszorg, zoals de nieuwe steeds exacter wordende diagnosetechnieken, de nieuwe therapieën, de nieuwe methodes en specialisaties voor : de chirurgie, de betere prothesen, de meer doeltreffende therapeutische hulpmiddelen, de verfijnder en veel doeltreffender farmacologie die tot hiertoe ongekennde perspectieven ontwikkelt enz. enz. zijn uiterst belangrijk en kunnen onmogelijk anders dan als grote stappen vooruit en dus als positief geëvalueerd worden.

Geen enkel onderzoek of therapie geeft evenwel een **absolute garantie** over de efficiency van genezing of volledig gezond zijn. Een groot probleem voor het **systematisch en veralgemeend** inzetten van **alle mogelijke** bestaande en in ontwikkeling zijnde technieken voor **allen** is de kostprijs. Dus, er rijzen vragen van **selectiviteit** van het gebruik van de middelen voor het bereiken van een maximale efficiency.

Daartegenover staat de therapeutische vrees en vrijheid van de zorgenverstrekkers. Deze vrezen terecht kritiek te krijgen indien ze niet alle moderne technieken aanwenden. Zij vrezen ook de concurrentie en ze streven terecht naar de best mogelijke resultaten.

Bij het analyseren en beoordelen van de verschillende aspecten betreffende de verbanden tussen de efficiency van de verzorging en de daartoe nodige kosten is het van fundamenteel belang op een objectieve en andere wijze rekening te houden met de tot hiertoe sterk onderschatte of geminimaliseerde realiteit dat wat de globale ziekenhuiskosten betreft de officiële aan de ziekenhuizen uitbetaalde ligdagprijsvergoeding, via de overheid (het departement van volksgezondheid, het R.I.Z.I.V., via de mutualiteiten uitbetaalde factureringen), aanzienlijk onvoldoende is om alle kosten te dekken. Dit o.a. wegens de steeds toenemende kosten van de aankoop van diverse toestellen en apparatuur, van de verschillende verzorgingsprodukten, van het algemeen onderhoud en de algemene werkingskosten, van de personeelskosten, enz. enz.

Om die globale kosten toch te kunnen dekken moeten de instellingen contracten afsluiten met hun zorgverstrekkers waarbij deze belangrijke delen van hun honorarium – zeer regelmatig tot meer dan 50 % – moeten afstaan aan de instelling, waardoor evident hun eigen inkomen daalt. Deze feiten hebben tot gevolg niet alleen dat het beheer van een zeer belangrijk aantal ziekenhuizen ten dele in een financiële afhankelijkheidspositie t.a.v. de eigen zorgverstrekkers komt te staan, maar dat ook deze complexe realiteiten een aanleiding zijn om voor een zeker aantal technische en andere prestaties de aantallen op te drijven terwille van een inkomensverbetering is bijna vanzelfsprekend; en waardoor dus de efficiency van de zorgverstrekking niet steeds evenredig is met het aantal en de kostprijs van de prestatierekening. M.a.w. het is niet foutief uit bovenstaande feiten de conclusie te trekken dat het overheidsfinancieringsbeleid op een **indirecte wijze** aanleiding geeft tot de toename van een aantal prestaties met de daaruitvoortvloeiende kosten.

- * Een bijzonder bijkomend vraagstuk hierbij zijn de **afschrijvingen** van de zware, dure en soms snel evoluerende apparatuur. De praktijk van de specialisten toont aan dat de afschrijvingskosten van de meeste zgn. honorariumverwekkende apparatuur evenwel niet veel hoger ligt dan enkele percenten van de totale uitbatingskosten van een apparaat over zijn gehele gebruiksduur. De doorslaggevende kostenposten over de gehele gebruiksperiode zijn het honorarium, de onderhoudskosten, de kosten voor verbruik van benodigdheden, de meestal zware kosten van het gespecialiseerd bedieningspersoneel. Het grote aantal niet zgn. honorariumverwekkende apparatuur, toestellen en hulpmiddelen moeten vanuit aangelegde reserves gefinancierd worden.

Dus : Naast het evidente efficiencyvraagstuk van diagnose en therapie stelt er zich een kostenefficiencyvraagstuk; waarbij zeer duidelijk verfijnd moet onderzocht worden :

- om de splitsing door te voeren tussen de vergoeding voor de intellectuele acte en de zuiver **technische** prestatie van de zorgverstrekking, zodanig dat de zorgverstrekker een onaantastbaar en voldoende netto-honorarium ontvangt, waardoor de prikkel van het aantal prestaties afzwakt.
- om de instellingen eveneens met een **onafhankelijke en zuivere netto-ligdag- of verblijfsprijs** te financieren, waarmee ze alle kosten kunnen dekken; zoals voeding, verwarming, onderhoud van gebouwen, onkosten van apparatuur en toestellen, personeelskosten, financiële lasten, administratie enz. enz.

Dat de hierbovengeciteerde realiteiten een bron zijn van permanente conflicten en grote managementsproblemen is overduidelijk; m.a.w. impliciet ook een overheidsdilemma.

De bovenaangegeven beleids- en financieringsvraagstukken stellen zich uiteraard minder scherp en anders in de gespecialiseerde ambulante zorgverstrekking en in de eerste lijnszorg, maar de kernproblemen blijven dezelfde.

Bijgevolg dient er een evenwicht gevonden te worden enerzijds de noodzakelijke therapeutische vrijheid, de noodzakelijke permanente kwaliteitsbevordering en een realistisch netto-honorarium voor de zorgverstrekkers en anderzijds de diagnose en therapie efficiency, de toegankelijkheid voor allen, de realistische totale kostenverdeling voor de infrastructuur en de betaalbaarheid voor de patiënt en de gemeenschap. Mits enige creativiteit en enige veranderingsbereidheid van alle betrokken onderdelen is een exacter evenwicht mogelijk. Het moet daarbij mogelijk gemaakt worden voor een aantal te bestuderen en af te spreken verzorgingsvragen werkingssystemen uit te testen en dit met de inbreng van alle betrokken partijen.

Bij zo een discussie zou men bijvoorbeeld kunnen denken, zowel voor intramurale als extramurale zorgverstrekking, om voor een te bepalen aantal vrij duidelijk omlijnbare ingrepen en aandoeningen en voor de daaraan verbonden verzorgingsvragen, waarvan de diverse onderdelen van de behandeling vrij nauwkeurig gekend zijn, de kostprijs te berekenen, zoals : de intellectuele waarde van de diagnose(s) en de honoraria ervan; de vorm en de aantallen van de nodige technische prestaties (bv. radiologie, klinische biologie enz.), de aard en de hoeveelheid van de nodige geneesmiddelen, de aard en de hoeveelheid verplegings- en ziekenhuiskosten enz. (cfr. de zgn. D.R.G. (Diagnosis Related Groups) zie ook verder onder probleem 3). M.a.w. het omschrijven van een globaal verzorgingspakket met de ermee verbonden globale kosten (een zgn. All-in prijs). Vanuit deze gegevens kan de mogelijkheid geschapen worden om zorgverstrekkingscontracten af te sluiten of forfaitaire betalingsvormen (enveloppes) te ontwerpen. Het weze herhaald, voor een te bepalen en af te spreken aantal zorgennoden, zodanig dat alle betrokken partijen - zorgverstrekkers, ziekenhuizen of instellingen, patiënten, verzekeringsorganismen en overheid - zowel garanties van kwaliteit als van prijs en van snelheid en juistheid van (terug)betaling en dus van rechtszekerheid en voor de instellingen ook van bedrijfs(financierings)zekerheid krijgen.

Probleem 2 : Eenzijdige wildgroei van sommige vormen van technische prestaties - eenzijdige economische redeneringen en financiële problemen - soms tegenover reële behoeften van de zorgverstrekking - een toekomstprobleem.

Als aangenomen mag worden dat de basis van een doeltreffende beleidsstrategie de reële behoeftenkennis en de functionele productie moet zijn, hier van zorgverstrekkings en van diensten, met een functionele verdeling en beheersing van financiële middelen én een algemene organisatie-efficiency, dan kan het globale gezondheidszorgsysteem allesbehalve coherent genoemd worden.

Enkele belangrijke kernvraagstukken van dit aspect :

- In aansluiting met de vraagstukken die hoger geschetst werden onder het eerste probleem, en dus hier ook de medisch-technische vooruitgang positief evaluerend, moet in de globale discussie over de zorg om de gezondheid - doel van deze nota - het feit onder ogen genomen worden dat in de ordening van de vraagstukken de explosieve groei van de kosten, vooral voor het medisch-technisch verbruik en de verschillende dure onderdelen ervan en vooral voor diagnosedoelstellingen, een bijzonder in het oog springende constante is.

In deze oriëntatie kan geen beleidsorganisatie of ordening gevonden worden die verantwoordelijk zou zijn voor evenredige causaal bewijsbare verbeteringen van de volksgezondheid in haar geheel, en waarvan de parameters o.a. het aantal zieken, de morbiditeit, de mortaliteit, de ziekteduur, de daling van invaliditeit na ziekte, enz. kunnen zijn, maar die niet zo duidelijk aantoonbaar zijn.

Derhalve kan ten dele in vraagvorm ten dele als een aspect van antwoord als mogelijk aangenomen worden dat kwantitatief niet alle gebruik van dure medisch-technische prestaties, van dure technologie en van sommige dure medicaties voldoende duidelijk het gevolg zijn van reële zorgenbehoeften. M.a.w. een deel van dit verbruik is het relatief éézijdig resultaat van doorslaggevende economisch-financiële behoeften of problemen zowel van de producenten van technologie als van zorgenverstrekkers als van instellingen of ziekenhuizen. Deze kwantitatieve economische redeneringsmechanismen zijn ook deze welke door de overheid steeds worden gebruikt zowel statistisch, voor de rekeningen als budgettair.

- De reële behoeften aan andere differente vormen van niet of minder technische zorgenverstrekingen zijn in elk geval aanzienlijk belangrijker zowel dan het aanbod als dan de mogelijkheden van sommige types van zorgenverstrekkers, diensten en instellingen.

Zeer expliciet kan gesteld worden dat er zowel te weinig en soms inefficiënt gericht beleidswerk plaatsvindt als dat er te weinig financiële middelen beschikbaar gemaakt worden voor vrij eenvoudige en relatief goedkope vormen van zorgenverstreking. Hieronder kan begrepen worden : de preventieve geneeskunde en gezondheidszorg in haar geheel; de eerstelijnszorg; de thuiszorg en de diensten ervoor, bijvoorbeeld voor de nog valide bejaarden die alleen thuis zorgen behoeven; de bejaardeninstellingen enz. Maar ook de personeelsbezetting in verschillende (vooral zware) diensten van de ziekenhuizen is te klein voor de toenemende zware opdrachten, met o.a. als mogelijk gevolgen : de onderversorging, de burn-out van het personeel en in een zeer nabije toekomst een chronisch tekort aan geschoolden van het hoger niveau.

Meerdere en zeer belangrijke gezondheidszorgproblemen zijn helemaal niet op te lossen met klassieke investeringen maar met investeringen in verzorgend personeel en vrij goedkope hulpmiddelen.

Dus :

- In het domein van de Gezondheidszorg is in de loop der jaren een niet steeds evenwichtige, efficiënte en volledig te verantwoorden groei van technische infrastructuren en vooral van technische prestaties tot stand gekomen. Zeer regelmatig zijn ook economische en financiële redenen medeverantwoordelijk voor scheeftrekkingen, die het oplossen van meerdere reële zorgenbehoeften bemoeilijken. M.a.w. een éézijdige groei moet vastgesteld worden; terwijl andere voor de globale gezondheidszorg minstens even belangrijke deeldomeinen te zwak zijn uitgebouwd of zelfs de facto verwaarloosd, als men de reële verhoudingen evalueert.
- In het domein van gezondheidszorg zijn de huidige financierings- en kostenproblemen in een niet onbelangrijke mate te verklaren door bovengenoemde scheeftrekkingen en niet zozeer omdat de Gehele Gezondheidszorg teveel zou kosten in verhouding met andere maatschappelijke beleidsdomeinen.
- In de toekomst echter kunnen normaliter de uitgaven voor gezondheidszorg niet anders dan blijven toenemen, zelfs met een aangepast beleid, alleen reeds omwille van de groei en de evolutie van de medische wetenschappen en omdat bepaalde zorgenverstrekkers zoals de verpleegkundigen nu duidelijk onderbetaald zijn. Wat niet betekent dat het een ongecontroleerde groei van uitgaven kan zijn, maar wat des te meer betekent dat de inhoudelijke beleidskeuzen t.a.v. de reële behoeften steeds belangrijker zullen worden.

Vanuit deze groep realiteiten moet zeker de dringende vraag gesteld worden of aspecten van de bedrijfseconomische realiteit en van de financieringsproblematieken en methodieken, ook vanuit de overheid, niet andere belangrijke delen van de reële zorgenvragen onverantwoord verdringen? Er rijzen m.a.w. vragen naar herverdeling van de beleidsaandacht én van de middelen. Een multidisciplinaire en multifactoriële planningvraag is hier aan de orde.

Probleem 3 : De zorg om de Gezondheid is per definitie een te organiseren systeem van Kwaliteitswerk; zowel als Geheel als voor de diverse onderdelen.

Uitgangspunten :

- de verschillende deelgebieden van het zorg dragen voor de gezondheid zijn in de eerste plaats kwaliteitswerk, hoe controversieel en kwetsbaar de term "kwaliteit" ook moge zijn...

Het Nederlands Normalisatie Instituut (N.N.I.) hanteert, ook aanvaard in de literatuur voor de gezondheidszorg, volgende definitie : "Kwaliteit is de mate, waarin het geheel van de eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen (toetsbaar via normen), welke voortvloeien uit het gebruiksdoel" (Bron : Tijdschrift "Medisch contact" van Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; Maart 1989). Dit binnen de discussie rond de regeringsopdracht aan de zgn. Commissie Dekker en het basisadvies ervan "Bereidheid tot verandering".

- Het concreet verzorgen van zieke, lijdende, hulpbehoevende mensen vraagt van de diverse zorgenverstrekkers zowel een zo hoog mogelijke algemene en gespecialiseerde vakkennis, een scherpe nauwgezetheid bij de behandeling en de evolutie ervan en het dragen van de intellectuele en technische verantwoordelijkheid als het daaraan besteden van veel directe zorgenverstrekkings-tijd. Om op niveau te blijven vraagt het ook veel indirecte tijd van studie, bijscholing, dossieranalyse, overleg- en samenwerkingstijd met andere zorgenverstrekkers, enz. enz. Dit geheel kan de algemene kwaliteitszorg genoemd worden voor kwaliteitswerk.
- permanent kwaliteitswerk kan niet zonder voldoende beheers- en professionele vrijheidsmarges noch zonder de nodige integrale kwaliteitszorg en controle EN moet ook kunnen steunen op de garanties van een voldoende en redelijk vaste financiële vergoeding voor de zorgenverstrekkers en voor de instellingen; zonder dewelke de noodzakelijke garanties voor kwaliteit van zorgenverstrekking, inzet en ook vormingsniveau afzwakken of zelfs zwaar kunnen aangetast worden.
- het overgrote deel van de financiële middelen is afkomstig van de gemeenschap onder de vorm van bijdragen en stortingen en een percentage overheids-gelden. Daarenboven bedragen de private uitgaven, waarvan de zgn. remgelden een deel zijn, bijna één vijfde van de totale bestedingen.

Als deze uitgangspunten aanvaardbaar zijn :

A. Een doelgerichte waakzaamheid over vorm en inhoud van kwaliteit is permanent nodig.

Enkele basiselementen voor een discussie :

Zoals in alle andere belangrijke maatschappelijke domeinen moet ook in de gezondheidszorg de kwaliteit aan kritische evolutievragen kunnen onderworpen worden. Zelfs al weet men dat de gezondheidszorg in ons land gemiddeld op een hoog peil staat, toch is een *blind* positieve vooringenomenheid geen vooruitstrevend uitgangspunt; en zelfs al moet vooraf gezegd worden dat DE kwaliteit niet bestaat omdat kwaliteit een interpretatie is van veel factoren.

Tot voor kort gold de eerder vage definitie van kwaliteit in de zorgenverstreking : het *maximaal* aanwenden van *alle bestaande* medische mogelijkheden en middelen, zowel diagnostisch als therapeutisch; dit omdat er in de gezondheidszorg twee complementaire luiken van kwaliteitszorg bestaan, nl. de *meting* op diagnostisch vlak en de *verbetering* op het therapeutisch vlak.

Steeds meer komt men in de gezondheidszorg tot het inzicht dat het bij concrete kwaliteitsbeoordeling over een *vergelijking* gaat tussen : het gestelde of mogelijk te stellen doel, de in de werkelijkheid geboden zorg met de zo juist mogelijk gekozen aanwezige middelen met inbegrip van het vermijden van onnodige of overbodige middelen, het in werkelijkheid bereikte doel.

Daarom moet het begrip kwaliteit opgesplitst worden in elementen, zoals : beschikbaarheidsgraad van de juiste en nodige zorgenverstrekkers en infrastructuur, maximale deskundigheid van de zorgenverstrekkers met inbegrip van de mogelijkheid of verplichting de deskundigheid permanent bij te scholen, doelmatige en functionele organisatie van alle zorgenverstrekkingscomponenten, veiligheid van alle middelen, relationele en patiëntvriendelijke geschiktheid van zorgenverstrekkers en medewerkers, continuïteit van de zorgen, voldoende financiële middelen die ook betaalbaar blijven.

Meerdere elementen kunnen kwantitatief geëvalueerd worden via systemen van *kwaliteitsmeting*, voor andere die men *kwaliteitsbevorderende* elementen noemt, kan dat moeilijker; voor beide samen kan het angelsaksische begrip "quality assurance" ingevoerd worden.

Onder kwaliteitsbevordering kan verstaan worden het geheel van al die factoren die een "voorwaarde" vormen om kwaliteit te kunnen leveren. Men kan hier denken aan bijvoorbeeld : de gecontroleerde zekerheid van goede, goed onderhouden en goed afgestelde apparatuur; exacte en gewaarborgde laboresultaten; een voldoende aantal goed opgeleide en bijgeschoolde medewerkers; het beschikken over betrouwbare wetenschappelijke en statistische informatie; een nauwkeurige administratieve organisatie; een voldoende (financiële) honorering; een soepel, creatief en dynamisch management, ook vanuit de overheid.

Onder kwaliteitsmeting kan verstaan worden zowel de meting van de resultaten van "onderdelen" van de zorgenverstreking als de meting van de "integrale resultaten" van het gehele verzorgingsproces, waarbij het satisfactieoordeel van de patiënt van toenemend belang is. M.a.w. de kwaliteitsmeting probeert een zicht te krijgen op de spanning tussen het meten van de resultaten van de diverse structurele onderdelen van de verzorging – en – het meten van de globale resultaten bij het eindigen van een behandeling; eindresultaten die ook meetbare vergelijkingen zijn t.a.v. de concurrentie.

Onmiddellijk moet opgemerkt worden dat men bij vergelijkingen van resultaten de mogelijke en nodige voorzichtigheid moet in acht nemen. Eindresultaten van verzorging zijn immers beïnvloedbaar, bijvoorbeeld door de opnamepolitiek van instellingen, d.w.z. dat resultaten afhankelijk zijn van de ernst van ziekte(kansen) van de opgenomen patiëntenpopulatie en van de risicogradaties van de types opgenomen patiënten.

Meetresultaten kunnen eenvoudige verhoudingen evalueren, met het gevaar zwaar belast te zijn door risicoopnames, zoals de verhouding tussen het aantal opgenomen of behandelde patiënten en het aantal overleden of volledig hersteld verklaarde patiënten.

Andere vormen van meetresultaten geven een spectrum van kwaliteitsinformatie, zoals de verhouding tussen het aantal opgenomen patiënten gedurende de periode en bijvoorbeeld : het aantal patiënten dat ziektecomplicaties oploopt, het aantal heropnames, het aantal ziekenhuisinfecties, de (totale) duurtijd van het herstel, de gradatie van volledigheid van herstel of van kwaliteit van het leven na de behandeling, de types en frekwentie van klachten van de patiënten gedurende de behandeling, de duur en/of blijvende afhankelijkheid zowel van zorgenverstrekkers als van medicatie, de *onafhankelijk* geregistreerde satisfactiegraad van de patiënt en eventueel van de naastbestaanden over de behandeling en verzorging, enz. enz.

Vanzelfsprekend moeten de meetresultaten gecorrigeerd worden door demografische aspecten zoals leeftijd, het behoren tot risicogroepen of beroepen enz.

Algemeen kan men stellen dat kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg een aankomende noodzakelijkheid is, die door de zorgenverstrekkers en de instellingen niet zou mogen aanzien worden als een vorm van overbodige controle of van wantrouwen. Integendeel, zowel voor het beleid als voor de zorgenverstrekkers kan het een belangrijk hulpmiddel zijn, ook om nog onopgemerkte correcties door te kunnen voeren. Daarom kan er aan gedacht worden om in ziekenhuizen bijvoorbeeld een verantwoordelijke aan te wijzen die zowel het medisch geheim en de privacy bewaart en toch zoveel mogelijk kwaliteitsgegevens en parameters inventariseert, en daaruit een synthese maakt die enerzijds besproken wordt met de respectievelijke zorgenverstrekkers om specifieke aanpassingen te stimuleren en die anderzijds een algemeen kwaliteitsverslag voor beleidsdoeleinden opstelt.

Als een complement bij de interne kwaliteitsbewaking kent men de U.S.A. externe onafhankelijke instituten die periodisch evaluatierapporten opstellen en een "certificatie" van kwaliteit afleveren en voor instellingen een "accreditation" voor ongeveer drie jaar. In Nederland heeft de regeringscommissie Dekker voorgesteld om een certificatie in te voeren in de context van de prijs- kwaliteitsconcurrentie.

Tot slot kan hier gesteld worden dat voor België de meeste gegevens aantonen dat niet kan getwijfeld worden aan de gemiddeld hoge kwaliteit van de acute zorgenverstrekkings. Maar, omdat er op dit ogenblik geen specifieke instantie systematisch verantwoordelijk is voor het geheel van de kwaliteitsbewaking, bevordering en meting, zelfs al zijn er voor de ziekenhuizen en instellingen inspecties en controles van het ministerie van volksgezondheid, kan niet anders dan gepleit worden voor een zo evenwichtige en hoogstaand mogelijke kwaliteitsbewaking van het gehele domein en van de diverse onderdelen van de zorgenverstrekking in dienst van de kwaliteitsbevordering, waarbij zowel de patiënt als de zorgenverstrekkers als het beleid van de instellingen en van de overheid alleen voordelen kunnen halen. Zowel het opstellen door de specialisten van significante als realistische criteria voor meting als het aanvaarden en uitwerken van een systeem moeten ter discussie kunnen gesteld worden.

B. Zijn de betalingssystemen – als fundamentele elementen van de zorg voor kwaliteit – niet aan een revisie (discussie) toe ?

I. Essentiële elementen omtrent het bestaande betalingssysteem :

a) Principes van het systeem van de vergoeding van de zorgverstrekkers, in zijn context :

Het vigerend systeem van de vergoeding of honorering van de meeste directe zorgverstrekkers voor de diverse door hen geleverde prestaties, dat indirect historisch medegedetermineerd is door de ontwikkeling van de sociale zekerheid, is nagenoeg volledig gebaseerd op de gewoonte dat de zorgverstrekker in principe per geleverde prestatie wordt betaald.

Alleen de verpleegkundigen van de ziekenhuizen worden voor hun globale zorgverstrekkingen ook globaal vergoed door een wedde die voor de grote meerderheid via de zgn. ligdagprijs wordt verrekend.

De bijna absolute opsomming en tarifiering van de prestaties ligt vervat in de officiële "nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen", lijsten die periodisch worden herzien.

Tot hertoe heeft geen enkele overheids- of medisch-technische instantie een even volledige (nomenclatuur) lijst opgesteld van het aantal verzorgingsprestaties dat per patiënt zou nodig zijn om een aandoening te verzorgen.

Dit om evidente medische redenen, én omwille van de ongelijkheid en differentiatie van de gevallen is een berekening van het nodig en voldoende aantal prestaties per patiënt en per aandoening dikwijls onmogelijk, meestal moeilijk, maar voor een te bepalen aantal aandoeningen niet onmogelijk, al was het maar minima- en maximaramingen. Er liggen wel zgn. profielenonderzoeken ter studie, die over dit probleem misschien in de toekomst meer klaarheid kunnen aanbrengen.

Gezien er dus enerzijds op zeldzame uitzonderingen na geen algemeen geldende of algemeen erkende aantallen nodig te leveren en te betalen prestatieimperatieven bestaan en anderzijds juist dit aantal prestaties zowel het inkomen van de zorgverstrekkers in een belangrijke mate determineert als intra-muraal dat van een deel van de kostenvergoedingen van de instellingen, via de hierboven onder probleem één geschetste contracten van afhoudingen op de honoraria voor medisch technische en para-medische prestaties, is het de facto logisch dat het huidig betalingssysteem de verschillende types zorgverstrekkers ook stimuleert tot kwantitatief meer presteren. Dat in een aantal gevallen, vooral voor technische prestaties, dit systeem een directe aanleiding geeft tot zeer hoge en zelfs overproducties is niet moeilijk om te begrijpen.

Wat de prestaties in de ziekenhuizen betreft moet hier nogmaals herhaald worden dat een niet onbelangrijk deel ervan moet dienen om niet door de ligdagprijs gedekte kosten te helpen financieren; naast het feit dat men nooit de evidente zwaardere pathologie van de ziekenhuispatiënt uit het oog mag verliezen.

Even duidelijk moet hier ook onmiddellijk aan toegevoegd worden dat met de bovenstaande feiten **helemaal niet** is gezegd dat direct of indirect door dit betalingssysteem de zorgverstrekkers geen kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg zouden leveren of dat de kwantiteit van de prestaties een kwaliteitsdaling zouden veroorzaken. Een algemeen blind opgelegde draconische daling van de prestaties zou zelfs integendeel wel gevaaren (kunnen) opleveren voor de kwaliteit. Maar, dat het vigerend betalingssysteem een sleutelprobleem is en, zoals onder probleem twee) beschreven, scheeftrekkingen medeveroorzaakt kan niet ontkend worden. De oplossingen dienen dus gezocht te worden in het uitzoeken en uittesten van systemen die meer differentiaties en flexibiliteit toelaten en die evenwichten waarborgen tussen de verschillende componenten van het vraagstuk.

b) De sterke en zwakke punten van het bestaande systeem :

- Het bestaand prestatiesysteem heeft voordelen. Zelfs al bestaan er o.a. via de nomenclatuur tarievenregelingen en conventies die op vrijwillige onderschrijving berusten, werkt het prestatiesysteem een feitelijke onderlinge concurrentie in de hand tussen de zorgverstrekkers en de instellingen ; waarbij, zoals in andere domeinen, de patiënt of zorgbehoevende redelijkerwijze baat kan hebben.

Het huidig betalingssysteem stimuleert tot een verhoogde inzet en bereidheid om de vaak ondankbare, soms voor de eigen gezondheid niet risicoloze en vooral de zwaar belastende prestaties te leveren op elk tijdstip. De concurrentie stimuleert ook de verantwoordelijkheidsgraad en de kwaliteit door tevredenheid van de patiënt of cliënt .

- Het bestaand systeem heeft nadelen. Het stimuleert zeer direct tot grote volumes prestaties, met de daarmee verbonden en vooraf berekenbare vergoedingen. Een zéér belangrijk deel van de vraag naar prestaties en zorgen wordt niet verwekt vanuit de vraag : de patiënt, maar vanuit het aanbod van de zorgverstrekking dat bijna alle sleutels van de mathematische vraag in handen heeft en gebruikt, wat niet a priori dient veroordeeld te worden maar een belangrijk aspect is in de discussie.

Het huidig betalingssysteem werkt in elk geval feitelijk financieel bestraffend voor die zorgverstrekkers die méér willen doen dan strikt medische en/of technische prestaties, zoals de begeleiding van patiënten, het extra tijd geven aan patiënten bv. bij psycho-somatische klachten, preventie, raadgevingen enz. enz.; m.a.w. kwaliteitsinzet die finaal kostenbesparend is, maar niet via de nomenclatuur of tarieven vergoed wordt.

Door het betalingssysteem is ook de factor tijd die aan een patiënt besteed wordt in financiële termen omrekenbaar; waardoor niet zelden op dat kwaliteitselement van gespreks- en informatietijd bespaard wordt.

Bijgevolg :

Vandaar de vraag of er geen objectieve en niet-emotionele discussie op gang kan gebracht worden omtrent de rationaliteiten, de oorzaken en de gevolgen van het/de betalings- en vergoedings-

syste(e)m(en) in de gezondheidszorg, terwille van de **Integrale kwaliteitszorg ?**

Dit ook om brutale breuken en accidenten te voorkomen o.a. budgettaire, en om polarisaties van voor- of tegen een vrije gezondheidszorg ten alle prijzen te voorkomen en om de betaalbaarheid en de toekomst ervan te garanderen.

c) Interne correctiemechanismen voor en van het betalingssysteem

De lange termijnevolutie van het aantal prestaties en de daarmee verbonden kosten vertoont een constante groei, het duidelijkst voor de medisch-technische prestaties. Dit feit heeft velen, vooral in het overheidsmidden tot de ongenueanceerde conclusie van de **algemene overconsumptie** gebracht, die resoluut moet afgeremd worden.

In deze weliswaar éénzijdig kwantitatieve redenering zijn de problemen van het huidig zgn. prestatiesysteem en de éénzijdig daaraan toegeschreven negatieve financiële gevolgen **louter een probleem van aantallen**; waaruit dan de conclusie is getrokken dat er twee eenvoudige en vanzelfsprekende mathematische complementaire oplossingen voor dit zgn. overconsumptieprobleem zouden voorhanden liggen :

1) De daling van het aantal zorgverstrekkers :

a) Dit aspect heeft reeds "een geschiedenis". Vier voorbeelden :

- De zgn. Spreidings- en vestigingswet van 1974 voor de apothekers, waardoor er slechts onder zéér restrictieve voorwaarden nog een apotheek kan toegevoegd worden aan het bestaande aantal.

Een vestigingswet die in elk geval geen duidelijke invloed gehad heeft op het medicamentenverbruik in België.

- De vele door de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen sinds 1974 uitgewerkte planningsregelingen van de ziekenhuisdiensten, de zware medische apparatuur en de zware medische diensten enz. hadden als eerste opdracht kwalitatieve regelingen uit te werken. De zijdelings verwachte dalingen van het aantal prestaties is tot hertoe (meestal) niet uitgekomen.

- De in 1986 door de regering besliste afbouw van 2.000 ziekenhuisbedden in 1987 en 4.000 in 1988 is een zeer diepgaande en herstructureringsmaatregel geweest met een ziekenhuisbeddenvermindering tot gevolg. Maar niets laat voorzien dat ook het aantal opgenomen patiënten evenredig zal dalen, zelfs al zullen automatisch het aantal verpleegdagen dalen. Of ook de aantallen medische, para-medische en vooral medisch-technische prestaties via de beddenafbouw evenredig zullen dalen kan ten **zeerste** betwijfeld worden.
- **Zonder** dat er van overheidswege enige prikkel tot daling van het aantal verpleegkundigen is gegeven stellen de laatste twee jaar nagenoeg alle Instituten, belast met de opleiding van verpleegkundigen, een scherpe continue daling van het aantal studenten vast. Daarenboven zijn er niet onbelangrijke aantallen die ofwel naar het buitenland vertrekken ofwel part-time gaan werken ofwel zelfstandig gaan werken ofwel gewoon de uitoefening van het beroep in een ziekenhuis verlaten.

Naast de stress, de onregelmatigheid van de taak en de gevolgen voor het privaat leven enz., wijst zeer recent onderzoek vooral op het burn-out probleem omwille van de onderwaardering in de hiërarchie van het verzorgingsproces gekoppeld aan de onderbetaling, in vergelijking met andere maatschappelijke posities met een gelijkwaardige specialisatie en verantwoordelijkheid.

Indien deze evolutie zich gedurende enkele jaren doortrekt zal er zowel een kwaliteitsdaling als een kwantiteitstekort ontstaan, dat niet in evenveel tijd zal kunnen opgeslost worden.

- b) Het meest besproken probleem : het (groot) (te groot) aantal geneesheren :

Het bepalen van het nodig en voldoende aantal geneesheren, dat EN voldoende continue praktijkervaring EN specialisatie EN tijd kan en wil besteden aan de patiënt zelf EN continu de nodige tijd aan bijscholing besteedt EN voldoende tijd geeft aan het equipewerk en aan het dossier van de patiënt, om een gegeven en meestal gedifferentieerde bevolking te verzorgen of er de spil van te zijn is **een zeer controversieel vraagstuk.**

Binnen het geneesherenkorps zijn er niet weinigen die, soms met belangrijke argumenten soms met minder evidente redenen, voorstaander zijn van een numerus clausus en van een daling van het aantal.

Voor de geneesheren-specialisten bestaat er **de facto** een numerus clausus omdat de Universiteiten aan studenten - reeds geneesheren - meestal diverse zeer hoge eisen stellen en vooral omdat zij een beperkt aantal opleidingsplaatsen voor specialisatie voorzien waar het diploma van specialist en de erkenning ervan kan behaald worden, dit naast de langere studieduur.

De overheid heeft om diverse redenen (nog) geen standpunt ingenomen.

De onderzoeksrapporten omtrent dit vraagstuk stellen enerzijds als conclusie dat het aanbod een niet geringe invloed heeft op de vraag en anderzijds stellen zij vast, naast de metingen van de bestede tijdseenheden per patiënt, dat zeer veel geneesheren zelf verklaren overbelast te zijn, te weinig tijd te hebben voor bijscholing, te weinig tijd te hebben voor het bijhouden en bestuderen van de medische dossiers van hun patiënten, te weinig tijd te hebben om met medewerkers (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers enz.) het nodige overleg te plegen en vooral te weinig contacttijd te hebben voor hun patiënten zelf en met de familie ervan. Patiëntenonderzoeken wijzen wat dit betreft in dezelfde richting.

Daarenboven heeft de overbelasting van veel geneesheren nu nog ook door henzelf zeer regelmatig sterk onderschatte lange wachttijden (meerdere uren voor consultaties of medisch-technische prestaties) tot gevolg, die voor de patiënt een enorm tijdverlies van persoonlijke productiviteit veroorzaken én onaangenaam zijn.

Daarenboven kan men niet voorbijgaan aan het feit dat ook de medische wetenschappen steeds verder evolueren naar meer doorgedreven sub-specialismen waarvoor men ook de nodige ervaren specialisten en equipes nodig heeft, wat ook veel tijd en energie vraagt.

Wat evenwel ook vaststaat is dat sommige geneesheren met grote kennis en veel ervaring, zowel in de eerste-lijnszorg als in de gespecialiseerde geneeskunde, zeer grote aantallen patiënten binnen een beperkte tijd moeten behandelen en verzorgen; en waar dus een te zware werkbelasting meetbaar is, waardoor zij ook overduidelijk te weinig private tijd en rusttijd beschikken, wat ook de kwaliteit kan doen dalen.

Even vaststaand is het feit dat vooral een niet gering aantal beginnende jonge geneesheren een (te) klein aantal patiënten verzorgen, waardoor zowel hun inkomen als hun ervaring schade lijdt.

M.a.w. belangrijke aspecten van de kwaliteitsvraag kunnen aan de kwantiteitsvraag gekoppeld worden.

Bijgevolg : omwille van de duidelijke onevenwichten in de werkbelasting tussen oudere en jongere beginnende geneesheren, tussen geneesheren met zeer veel en deze met minder of weinig ervaring(skansen), m.a.w. tussen deze met veel, teveel, weinig of te weinig werkbelasting, waarmee noch de patiënt noch de kwaliteit van de zorgenverstrekking noch de zorgenverstrekkers gediend zijn, kan duidelijk gesteld worden dat het tijd is om in de discussie over de organisatie van de zorgenverstrekking met al haar aspecten ook de vraag te stellen om grondig te onderzoeken of voor een

aantal disciplines er geen evenwichtige herverdeling van de aantallen zorgverstrekingen per zorgverstreker en dus van de werkbelasting kan georganiseerd worden en hoe? Dit omdat bij te grote scheeftrekkingen in het verzorgingsvolume per zorgverstreker er finaal alleen maar veel verliezers en geen winnaars kunnen zijn.

De vraag naar een discussie omtrent dit niet onbelangrijk aspect van de organisatie van de zorgverstrekingen kan mede ondersteund worden door het feit dat sinds veel jaren het aantal medische prestaties en de globale uitgaven ervoor toenemen. Dit gegeven is ten dele veroorzaakt door de voortschrijdende bevolkingsveroudering, maar vooral dankzij de enorme medische vooruitgang, en minstens even belangrijk door de teveel verkeerd geïnterpreteerde toename van de bezorgdheid van de bevolking voor de eigen gezondheidszorg, waardoor steeds meer, sneller en gespecialisierder zorgverstrekingen worden gevraagd, m.a.w. een "marktgedrag" dat duidelijk op een inelasticiteit van de zorgvraag wijst, en waarvan niemand onbetwistbaar weet of dit bevolkingsgedrag exact is of in een andere richting moet omgebogen worden en nog veel minder of het ook kan slagen.

Fundamenteel is dat tot hiertoe, zoals reeds gezegd, geen enkele gezaghebbende instantie met objectieve criteria en vanuit een medische verantwoording concreet heeft kunnen aantonen hoe groot het aantal geneesheren moet zijn, dat nodig en voldoende is voor de verzorging van een bevolking noch min of meer onbetwistbaar heeft kunnen voorschrijven hoe groot het aantal prestaties dat daartoe nodig is; en eveneens niet heeft kunnen aantonen dat noch een toename noch een daling van het aantal geneesheren de kwaliteit van de huidige zorgverstreking in ons land kan doen stijgen of dalen; dit onafgezien van het kostenvolume dat een eventueel grondige wijziging van het aantal met zich zou meebrengen. M.a.w. omtrent het bepalen van het zinvol en optimaal nodig en voldoende aantal geneesheren voor de potentiële zorgbehoeften bestaan er meningsverschillen en twijfels en is er op korte termijn geen eensgezindheid bereikbaar.

Gezien dit aspect van de organisatie van de zorgverstreking door niet weinigen als delicaat en moeilijk wordt omschreven is het de tijd om het bespreekbaar te maken en uit de beleidsimpasse te halen.

2) De daling van het aantal prestaties en dus van de uitgaven door mechanismen van prijsverhogingen, o.a. via het systeem van de zgn. remgelden :

- a) **Situering :** Een van de belangrijke algemene economische principes steunt op de algemene redenering en meting dat als de prijs van een goed of dienst stijgt, de vraag naar dat goed of dienst ook met een bepaalde (recht evenredig of een ander percentage) verhouding zal dalen; m.a.w. het aanvaarden van de causaliteit tussen prijs en verbruik.

De theorie en de praktijk leren ook dat de gradatie van het verband tussen prijsevolutie en vraagevolutie afhangt van (meerdere) bijkomende belangrijke elementen, zoals o.m. : de inkomenshoogte, de stabiliteitsverwachting ervan en de evolutie ervan; of de smaak en de behoeften gelijk gebleven zijn of gewijzigd zijn; en zeer belangrijk of het om luxe- of vitale producten en diensten gaat, m.a.w. of het om zgn. elastische goederen gaat (die men kan of wil missen) of om niet-elastische goederen of diensten (die men niet kan of wil missen). Als men een goed of dienst om de meest uiteenlopende objectieve en/of subjectieve redenen niet kan of wil missen en ze dus wil verwerven of behouden is men bereid daaraan meer inkomen en middelen te besteden. Hoeveel méér men ervoor wil uitgeven hangt af van bovengenoemde factoren, waarvan inkomen én behoeftenevaluatie de belangrijkste zijn.

Gezien in alle westerse kultuurlanden de waardenonderzoeken overduidelijk aantonen dat op dit ogenblik bij alle bevolkingsgroepen de zorg om de gezondheid een van de hoogste prioriteiten is, kan men met zekerheid stellen dat er voor dit goed en deze diensten een hoge bestedingsbereidheid aanwezig is, waardoor relatieve prijsverschillen geen invloed hebben op het vraaggedrag; m.a.w. waarbij de causaliteit (sgradatie) tussen prijs en vraag niet meer vanzelfsprekend bewijsbaar is.

Voor het domein van de gezondheidszorg hebben, op basis van de hierboven aangehaalde klassieke *algemene* economische principes en waarnemingen, zowel diverse zgn. sociale partners en groepen als de overheid, via haar diverse beleidsmechanismen sinds een lange periode (cfr. de ziekte- en invaliditeitswet van 9 augustus 1963), gehoopt en gepoogd om via het invoeren en regelmatig verhogen van de zgn. remgelden zowel de patiënten en de zorgenverstrekkers een prijsbewustzijn op te leggen als het aantal prestaties in 't algemeen als de zogenaamde maar ongedefinieerde overconsumptie of de misbruiken (beide zijn niet zonder meer hetzelfde) te doen dalen of af te remmen, waardoor dan ook de globale uitgaven van het systeem zouden moeten gaan dalen. Want het remgeld was en is voor de gebruiker van de zorgenverstrekkingsen een persoonlijk te dragen supplementaire prijsverhoging van de dienstverlening.

Theoretisch zou men kunnen beslissen de zgn. remgelden zodanig hoog op te trekken dat bepaalde inkomensgroepen de prijzen voor de zorgenverstrekkingsen niet meer *kunnen* betalen, en er dus een echte zorgenverstrekkingsrem of -stop zou tot stand komen. Dit zou fataal leiden tot een medische en paramedische onderconsumptie voor bepaalde delen van de bevolking, met alle gevaren voor de volksgezondheid; die dan zeer waarschijnlijk weliswaar later, bij het ernstiger worden van de aandoeningen, toch tot een inhaalbeweging van vraag en kosten zou leiden.

De hiernavolgende tabellen geven een overzicht van de evolutie van de uitgaven voor de zeer belangrijke steunpunten van de zorgenverstrekking. Niettegenstaande voor de meeste onderdelen gedurende de periode de remgelden werden verhoogd ziet men globaal een blijvend stijgende trend.

Het meest extreme voorbeeld van remgeldverhoging, naast de geneesmiddelen in '81 en de verschuivingen van categorie ervan door overheidsbeslissingen, is deze voor de kinesitherapie in 1982 gaande van een stijging van 25 tot 40 %. Voor deze laatste kan men uit de respectievelijke tabel alleen een zeer tijdelijk schokeffect aflezen van -13,6 % in '82 en -8,2 % in '83, en daarna is er terug een stijging. Uit dit schokeffect afleiden dat dergelijke spectaculaire verhogingen systematisch uitvoerbaar zijn ook in de (nog) meer belangrijke onderdelen van de zorgenverstrekking, zoals voor de artsenconsultaties, de hospitalisatie of de geneesmiddelen, zou een meer dan gevaarlijke conclusie zijn.

Hieronder ((2) tabel 5) kan men zien dat in '88 en '89 de uitgaven voor klinische biologie eveneens dalen. De oorzaak hiervan is een reeks regeringsbeslissingen, die in principe niet aan de remgelden raken, maar zowel belangrijke tariefdalings (tot -30 %) betreffen als het opleggen aan ziekenhuizen van forfaitaire betalingen en vastgelegde budgetten. Daarenboven hebben deze maatregelen facturatievertragingen teweeggebracht die later in de rekeningen zullen terugkomen.

Dat de zelfstandigengroep, voor dewelke ook de uitgavenevolucie stijgt, gemiddeld meestal een kleiner medisch verbruik heeft is bekend. Daarvoor zijn er twee essentiële redenen : ten eerste omdat het verzekeringspakket waarvoor ze stortingen verrichten en terugbetalingen ontvangen aanzienlijk kleiner is en ten tweede omdat ze voor de kleinere aandoeningen minder beroep doen op klassieke zorgenverstrekkings en zichzelf behelpen omdat ze de tijd niet kunnen en willen nemen voor een zorgenverstrekkings. Of dit gedrag voor hun gezondheidszorg finaal gunstig is is een andere hier niet ter zake zijnde vraag. Alleen mag dit aspect van de feiten niet tot te eenvoudige besluiten aanleiding geven.

(1) Uit de nota van het R.I.Z.I.V., voor het Beheerscomité van 6 Maart 1989 :

- Uitgaven (zonder de Internationale verdragen)

Jaar	In F.	1982 = 100 %	Vorig Jaar = 100 %
1982	149.322.909.501	100,00	109,68
1983	164.144.688.138	109,93	109,93
1984	175.966.537.547	117,84	107,20
1985	179.439.162.498	120,17	101,97
1986	203.674.890.803	136,40	113,51

Per rechthebbende beschouwd, evolueerden de uitgaven in bedoelde periode als volgt :

- Uitgaven per rechthebbende

Jaar	In F.	1982 = 100 %	Vorig Jaar = 100 %
1982	17.612,38	100,00	109,63
1983	19.438,12	110,37	110,37
1984	20.937,30	118,88	107,71
1985	21.330,35	121,11	101,88
1986	24.144,46	137,09	113,19

- Vergelijken we de evolutie van de uitgaven per rechthebbende met de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijsen en deze van het nationaal inkomen dan bekomen we volgende resultaten (basisjaar 1982 = 100 %)

Jaar	Uitgaven per rechthebbenden	Indexcijfer der consumptieprijsen	Nationaal inkomen per inwoner
1982	100	100	100
1983	110	108	106
1984	119	114	114
1985	121	120	122
1986	137	122	129

- Tabel II ter : Evolutie van het globaal gemiddeld kostencijfer per rechthebbende voor de geneeskundige verstrekkingen (in F) (Algemene Regeling)

Gerechtigden en hun personen ten laste	1983	<u>1983</u>	1984	<u>1984</u>	1985	<u>1985</u>	1986	<u>1986</u>
		1982		1983		1984		1985
Primaire uitkerings-gerechtigden	12.101,07	107,22	12.705,05	104,99	12.889,84	101,53	14.477,03	112,23
Invallden	43.220,81	112,89	48.160,72	111,43	48.164,39	100,01	54.720,28	113,61
Gepensioneerden	40.047,71	112,73	43.501,63	108,62	44.306,13	101,85	50.277,68	113,48
Weduwen	49.823,17	113,33	54.150,37	108,69	55.202,86	101,94	62.456,31	113,14
Niet beschermde personen	23.395,07	110,14	26.196,43	111,97	25.362,85	96,82	27.791,93	109,58
Totaal	19.438,12	110,37	20.937,30	107,71	21.330,35	101,88	24.144,46	113,19

(2) Uit de nota van de Studiedienst van de Christelijke Mutualiteiten van november 1988 :

Tabel 2 : Uitgaven Z.I.V. voor geneeskundige verzorging (Algemene regeling)

Jaar	Totale uitgaven in werkelijke prijzen			Uitgaven per rechthebbende in prijzen van 1970		
	In mio F	Index	% Jaarl. groei	In F	Index	% Jaarl. groei
1970	32.155	100	0,0	4.156	100	0,0
1980	126.016	392	7,4	7.293	175	1,6
1985	179.439	558	2,0	7.460	180	-2,9
1986 (1)	203.674	633	13,5	8.326	200	11,6
1987 (1)	224.024	697	10,0	9.022	217	8,4
1988 (2)	234.942	731	4,9	9.321	224	3,3
1989 (2)	245.083	762	4,3	9.548	230	2,4

(1) Voorlopige uitgaven

(2) Herzlene begroting

**Tabel 3 : Uitgaven Z.I.V. voor geneeskundige verzorging
(Regeling zelfstandigen)**

Jaar	Totale uitgaven in werkelijke prijzen			Uitgaven per rechthebbende in prijzen van 1970		
	in mio F	Index	% jaarl. groei	in F	Index	% jaarl. groei
1970	2.169	100	0,0	1.286	100	-
1980	8.788	405	8,0	3.002	233	4,5
1985	13.705	632	-0,4	3.824	297	-1,8
1986 (1)	15.788	728	15,2	4.363	339	15,5
1987 (1)	16.815	775	6,5	4.626	360	6,0
1988 (2)	17.604	812	4,7	4.862	378	5,1
1989 (2)	18.164	837	3,2	5.009	389	3,0

(1) Voorlopige uitgaven
(2) Herzlene begroting

* Enkele evoluties van specifieke zorgenverstrekkings

Tabel 4 : Z.I.V.-uitgaven artsenhonoraria (A.R.)

Jaar	Totale uitgaven in werkelijke prijzen		Uitgaven per rechthebbende			
			In werkelijke prijzen		In prijzen 1970	
	in mio F	% jaarl. groei	in F	% jaarl. groei	in F	% jaarl. groei
1970	13.992,3		1.767	-	1.767	-
1980	54.609,5	14,6	6.431	-	3.160	-
1985	80.065,8	2,4	9.518	-	3.329	-
1986 (1)	90.639,7	13,2	10.745	12,9	3.710	11,4
1987 (1)	98.691,2	8,9	11.685	8,8	3.973	7,1
1988 (2)	101.327,9	2,7	11.998	2,7	4.038	1,6
1989 (2)	103.951,7	2,8	12.270	2,3	4.065	0,7

(1) Voorlopige uitgaven
(2) Herzlene begroting

Tabel 5 : Z.I.V.-uitgaven voor Klinische Biologie (Art. 3, 18 en 24) (NB)
(A.R. en R.Z.)

Jaar	Totale uitgaven in werkelijke prijzen		Uitgaven per rechthebbende			
	In mlo F	% Jaarl. groei	In werkelijke prijzen		In prijzen 1970	
			In F	% Jaarl. groei	In F	% Jaarl. groei
1970	2.966,5	-	315	-	315	-
1980	15.419,2	-	1.553	-	763	-
1985	25.686,4	-	2.653	-	928	-
1986 (1)	28.881,4	12,4	2.983	12,4	1.030	11,0
1987 (1)	30.784,5	6,6	3.192	7,0	1.064	3,3
1988 (2)	30.313,2	-1,5	3.153	-1,2	1.061	-0,3
1989 (2)	28.306,6	-6,6	2.928	-7,1	970	-8,6

(1) Voorlopige uitgaven

(2) Herzlene begroting

N.B. : - Deze ref. van Art. 3 betreft verstrekkingen verricht door huisartsen en art. 18 en 24 betreft verstrekkingen van specialisten.

- A.R. = Algemene Regeling

- R.Z. = Regeling Zelfstandigen

Tabel 6 : Z.I.V.-uitgaven voor de geneesmiddelen-specialiteiten in officina
(Algemene regeling)

Jaar	Bedragen		Aantal verpakkingen		Gemiddelde kostprijs per verpakking	
	In mlo F	% Jaarl. groei	In mlo	% Jaarl. groei	In F	% Jaarl. groei
1970	5.466		52,0		105	
1975	11.343	15,7 *	61,0	3,2 *	186	12,1 *
1980	15.082	5,9 *	63,0	0,6 *	239	5,1 *
1984	17.469	3,7 *	66,1	1,2 *	264	2,5 *
1985	18.787	7,5	69,2	4,7	271	2,7
1986	20.430	8,7	69,5	0,4	294	8,5
1987 (1)	21.643	5,9	71,7	3,1	302	2,7
1988 B	22.953	6,1	73,8	3,0	311	3,0
1989 B	23.807	3,7	73,5	-0,5	324	4,2

B = begroting

Tabel 7 : Z.I.V.-uitgaven voor de geneesmiddelen in ziekenhuizen (2)
(Algemene regeling)

Jaar	Totaal bedrag		Bedrag per verpleegdag		Index der consumptieprijsen	
	In mlo F	% Jaarl. groei	In F	% Jaarl. groei		% Jaarl. groei
1970	796		41		100	
1975	1.674	16,0 *	74	12,5 *	150	8,4 *
1980	2.986	12,3 *	123	10,7 *	204	6,3 *
1984	5.455	16,3 *	231	17,1 *	273	7,6 *
1985 (3)	5.709	4,7	260	12,6	286	4,9
1986 (4)	7.585	32,9	328	26,2	290	1,3
1987(1)(4)	9.678	27,6	393	19,8	294	1,6
1988 B	10.036	3,7	415	5,6	298	1,4
1989 B	11.186	11,5	459	10,7	303	1,7

(1) Voorlopige uitgaven

(2) Inbegrepen bloed, plasma, radio-isotopen, wachttaks, desinfecterende baden bij brandwonden en parenterale voeding in hulze

(3) Uitgaven beïnvloed door een faktureringsvertraging in 85

(4) Uitgaven, beïnvloed door een faktureringsinhaling en -versnelling

(*) Raming

B Begroting

Tabel 8 : Uitgaven Z.I.V. voor hospitalisatie
(regeling werknemers en regeling zelfstandigen)(1)

Jaar	Uitgaven werkelijke prijzen		Verpleegdagen		Gemiddelde verpleegdagprijs (2)	
	In mlo F	% groei	absoluut	% groei	In F	% groei
1970	7.129,7		21.135.607		445	
1980	38.223,2	18,3 *	25.648.962	2,0 *	1.943	15,9 *
1985 (3)	54.094,6	7,2 *	24.554.162	-0,9 *	2.837	7,9 *
1986 (4)	59.491,1	10,0	25.836.802	5,2	3.071	8,2
1987 (4)(5)	64.179,2	7,9	27.309.742	5,7	3.138	2,2
1988 (4)(6)	66.121,5	3,0	26.818.865	-1,8	3.172	1,1
1989 (6)	67.780,0	2,5	26.960.219	0,5	3.224	1,6
1980 = 100	177		105		166	

(1) Hospitalisatie in de strikte zin, mini-lijgdagen en herfakturatie inbegrepen

(2) Inclusief de 25 % toelage van Volksgezondheid, zonder de minilijgdagen

(3) Uitgaven beïnvloed door een faktureringsvertraging in 85

(4) Uitgaven, beïnvloed door een faktureringsinhaling en -versnelling

(5) Voorlopige uitgaven

(6) Herzijene begroting

* Gemiddelde jaarlijkse groei

(3) Uit de studie : "De ziekteverzekering in de Scanner" van J. Kesenne - 1987 (Studiedienst C.M.)

Uitgaven Z.I.V. voor kinesitherapeutische zorg (algemene regeling)

Totale uitgaven in werkelijke prijzen				Uitgaven per rechthebbende in prijzen van 1970		
Jaar	In mio. fr.	Index	% Jaarl. groei	In fr.	Index	% Jaarl. groei
1970	892	100	-	115	100	-
1980	5.330	598	12,5	309	269	6,2
1981	5.763	646	8,1	310	270	0,3
1982	5.413	607	-6,1	268	233	-13,6
1983	5.328	597	-1,6	246	214	-8,2
1984	5.731	642	7,6	250	218	1,9
1985(1)	6.376	715	11,3	265	230	6,0
1986(2)	6.598	740	3,5	273	237	3,0

(1) Voorlopige rekeningen

(2) Herzlene begroting

Uitgaven Z.I.V. voor verpleegkundige hulp buiten het ziekenhuis (algemene regeling)

Totale uitgaven in werkelijke prijzen				Uitgaven per rechthebbende in prijzen van 1970		
Jaar	In mio. fr.	Index	% Jaarl. groei	In fr.	Index	% Jaarl. groei
1970	688	100	-	89	100	-
1980	2.950	429	4,7	171	192	-1,8
1981	3.245	472	10,0	175	197	2,3
1982	3.877	563	19,5	192	216	9,7
1983	4.658	677	20,1	215	242	12,0
1984	5.327	774	14,4	232	261	7,9
1985(1)	6.332	920	18,9	263	296	13,4
1986(2)	7.058	1.026	11,5	292	329	11,0

(1) Voorlopige rekeningen

(2) Herzlene begroting

Z.I.V.-uitgaven Z.I.V. voor tandverzorging (algemene regeling)

Totale uitgaven in werkelijke prijzen				Uitgaven per rechthebbende in prijzen van 1970		
Jaar	In mio. fr.	Index	% Jaarl. groei	In fr.	Index	% Jaarl. groei
1970	1.216	100	-	157	100	-
1980	4.218	347	10,8	244	155	4,5
1981	4.406	362	4,5	237	151	-2,8
1982	4.509	371	2,3	223	142	-5,9
1983	4.535	373	0,6	209	133	-6,3
1984	4.854	399	7,0	212	135	1,5
1985(1)	5.229	430	7,7	217	138	2,4
1986(2)	6.014	495	15,0	248	158	14,3

(1) Voorlopige rekeningen

(2) Herzene begroting

* Aantal prestaties per rechthebbende (algemene regeling)

	1970	1980	1985(*)	1970=100
Raadplegingen van huisartsen	2,01	2,42	2,51	125
Bezoeken van huisartsen (1)	2,60	2,79	2,46	95
Raadplegingen van specialisten	1,44	1,82	1,88	131
Klinische biologie	1,75	11,29	15,74	899
Radiologie	0,46	1,15	1,45	315
Nucleaire geneeskunde in vitro	-	0,26	0,78	-
Heelkunde	0,43	0,62	0,69	160

(1) Tegen verhoogd tarief inbegrepen

(*) Voorlopg

Besluit :

Voor de verschillende onderdelen van de zorgenverstrekking tonen de tabellen een groeitrend aan. De verklaring ervoor is, naast de sleutelfactor van de toename van de bezorgdheid van de bevolking voor de eigen gezondheid, ook de toename van het zorgaanbod, de relatieve betaalbaarheid, de bereidheid tot uitgaven, de grote vrijheid van de voorschrijver, en ook zeer belangrijk zijn de objectieve prijsstijgingen van de kosten, zoals bijvoorbeeld de gestegen werkingskosten voor een dag ziekenhuisverblijf.

De laatste tabel resumeert een belangrijk deel van de vraag; waaruit men kan aflezen dat het niet zozeer de intellectuele prestaties zijn die toenemen; wat ook nog eens aantoont dat het aantal zorgenverstrekkers een met grote voorzichtigheid te hanteren beleidsinstrument is. Zoals reeds meermaals gezegd zijn het de technische elementen die het snelst stijgen.

Een grote beleidsuitdaging is een realistisch en zo duidelijk mogelijk inzicht te verwerven in wat nodig en voldoende is, zodat de bestaande types van een aantal voorkomende overconsumpties en soms van misbruiken tot het minimum kunnen herleid worden, zonder in onderconsumptie voor de zwakste bevolkingsgroepen of in onbetaalbaarheid te vervallen, waardoor de gehele volksgezondheid schade zou kunnen lijden. En deze beleidsuitdaging kan via de remgel-den-prijnsmechanismen niet tot een oplossing gebracht worden.

De uitzonderingen buiten beschouwing latend vraagt een zieke of zorgenbehoevende **alleen** om medische en/of paramedische hulp als dat (weliswaar subjectief) **nodig** is tegen een redelijke prijs, door bevoegde en toegewijde zorgenverstrekkers.

II. Mogelijke *elementen* voor een mogelijke en nodige discussie over een revisie van het betalingssysteem voor de zorgenverstreking :

Geen discussie over kwantiteit, kwaliteit én betalingssysteem van het domein van de zorg om de gezondheid en concreet van de diverse zorgenverstrekkers kan tot oplossingen en resultaten leiden zonder het vooraf stellen van **duidelijke basisprincipes**.

De zorg om de gezondheid en concreet het verzorgen ervan door zorgenverstrekkers is voor elk individu én voor de samenleving én voor de continuïteitsgaranties van het optimaal functioneren ervan een fundamentele kwaliteits- én kwantiteitsvraag waaraan het honoreringssysteem moet gekoppeld worden.

a) "Een voorstel" van minstens **ESSENTIELE en mogelijke basisprincipes**; voor om 't even welk honorerings- of betalingssysteem dat er gekozen wordt, en wetend dat verschillende formules mogelijk zijn.

1) Mogelijke **ALGEMENE** basisprincipes :

- De waarborg van **toegankelijkheid** voor alle burgers van de aanvaarde, bestaande en georganiseerde zorgenverstrekingen.
- De waarborg voor alle burgers van de hoogst mogelijke kwaliteit van zorgenverstrekingen, de organisatie daarvan en het nodige toezicht erop.
- De waarborg van het aanvaarden en stimuleren van de (diverse multidisciplinaire) **wetenschappelijke ontwikkelingen** die een aanvaarde vooruitgang van de zorgenverstrekingen mogelijk maken, met inbegrip van de organisatiekansen voor initiatiefnemers van nieuwe praktische toepassingen.

- Als vertegenwoordiger van het algemeen belang kan de **opdracht van de overheid** er in bestaan een **globaal functioneringsKADER** voor zorgenverstreking te organiseren, zo nodig tijdig bij te sturen, en in stand te helpen houden.

Van dit KADER kan de overheid de **essentiële** doelstellingen, opdrachten en de basisprioriteiten bepalen, vanuit een constant overleg met de deskundigen van het multidisciplinair wetenschappelijk ontwikkelingsveld én met de diverse types concrete praktijkspecialisten, en medeverantwoordelijken voor de uitvoering ervan dit als waarborg voor de doelmatigheidskansen.

De overheid kan de doelmatigheid van het functioneringskader bewaken en waarborgen, waarbinnen de zorgverstrekkers over organisatieruimte en voldoende ruime initiatiefkansen moeten beschikken. De overheid kan zich dan bevrijd weten van de verantwoordelijkheid voor de vele mogelijke en bestaande detailreglementeringen van de praktijk, waarvan ten overvloede gebleken is dat ze deze niet kan beheersen. M.a.w. de kans kan geschapen worden om diverse wetgevingen en reglementeringen te vereenvoudigen en om de communicatie en de samenwerking tussen overheid en praktijk positief te beïnvloeden.

De overheid kan een algemeen, onafhankelijk en onpartijdig **toezicht** behouden over de verschillende nodige praktische regelingen en organisatiebehoeften, waarvoor contracten kunnen gesloten worden tussen de diverse partijen op de diverse verzorgingsterreinen en waarvoor deze de nodige verantwoordelijkheden nemen voor uitvoering en continuïteit.

2) Mogelijke basisprincipes voor de zorgenbehoevenden en de zorgverstrekkers; in uitvoering van de algemene basisprincipes :

- Garanties voor **kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid**; waarvan de basis is : zowel de verantwoordelijke inzet van de zorgverstrekkers voor de concrete zorgenbehoevenden als de wetenschappelijke kennis en opvolging ervan als de aanwezigheid van de nodig en voldoende bestaande technische infrastructuur. Dit opdat efficiënte diagnose en therapie mogelijk zouden zijn en de gehele verzorgingsorganisatie maximale herstelkansen zou kunnen bieden.
- Garanties voor de organisatie van een **betaalbare zorgenverstreking**, zowel voor alle zorgenbehoevenden als voor het financieringssysteem. Dit sluit mede in dat "een" organisatie van **budgettaire verantwoordelijkheid** mogelijk moet zijn, zowel van de instellingen als van de zorgverstrekkers. Dit zou bijvoorbeeld kunnen per context, d.w.z. : volgens discipline, aangepast aan de te behandelen pathologie en andere te bepalen criteria van infrastructuur, apparatuur, personeel enz. die de concrete verzorging determineren.

Vanzelfsprekend dient hierbij rekening gehouden te worden zowel met nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen als met bijzondere verzorgingsbehoeften van concrete patiënten, waarvoor correcties of afwijkingen motiveerbaar en bewijsbaar zijn.

- Garanties voor een zo diepgaand mogelijke vrijheid, zowel van de **zorgenbehoeften** in hun keuze van zorgverstreker als van de **zorgverstrekkers** in hun keuzen en beslissingen van diagnose, therapie en zorgtoedieningen. **Zonder deze fundamentele vrijheid vervalt de gepersonaliseerde zorgverstrekking**; deze moet kunnen werken binnen de grenzen van de wetenschappelijke criteria (wat is nodig en voldoende voor een behandeling) én de budgettaire verantwoordelijkheid (= financiële ruimte bv. per context zie hierboven) van de zorgverstrekkers.
- Garanties van een **voldoende en realistische honorering** van alle zorgverstrekkers, medewerkers en verantwoordelijken voor hun kennis, totale inzet, verantwoordelijkheid en kostenbudget.

Dit betekent : - enerzijds voor de ziekenhuizen of instellingen het vervangen van de huidige onrealistische (niet kostendeckende) zgn. ligdagprijs door een nodig en voldoende budget of enveloppe; waardoor ze geen procentuele afhoudingscontracten op de honoraria van de zorgverstrekkers meer moeten/mogen afsluiten, waardoor meteen ook de kans op de potentiële vraag om méér (ook niet strikt nodige) technische prestaties sterk zou dalen.

Deze vergoeding zou voor de ziekenhuizen een **netto-budgetinkomen** moeten zijn waarmee de infrastructuur EN de werking van de verzorging kwantitatief en kwalitatief **kunnen** worden gefinancierd, gewaarborgd, gepromoveerd en tijdig aangepast aan de nieuwe noden en mogelijkheden.

En dit zodanig dat er voor het beheer van de ziekenhuizen een **financiële - en beheersafhankelijkheid** van het interne medisch en paramedisch personeel tot stand kan komen. De huidige afhankelijkheid en onmacht werkt inefficiënties in de hand.

- **anderzijds voor de individuele zorgverstreker** (bv. de geneesheer) (zowel de niet als de wel aan een ziekenhuis verbondene) de waarborg van **drie complementaire elementen :**

- a) Een voldoende honorarium voor een redelijke persoonlijke leefbaarheid;
- b) Een honorarium dat **netto en onaantasbaar is**. D.w.z. dat de zorgverstreker een duidelijke financiële onafhankelijkheid krijgt t.a.v. het ziekenhuis of welke opdrachtgevers of contracterende partij ook; m.a.w. een honorarium waarop geen contracten van afhoudingen of bijdragen mogen worden toegepast voor de financiering van het ziekenhuis, de diensten, de apparatuur van de instelling enz. enz.

- c) Een expliciete scheiding tussen het onaantastbaar netto honorarium dat een vergoeding is voor de intellectuele prestatie, waarbij kennis, volledige inzet en verantwoordelijkheid de determinanten zijn – EN – de medisch-technische aspecten van het verzorgingspakket waarbij apparatuur, infrastructuur, equipkosten enz. de determinanten zijn die anders vergoed worden, bv. via het budget of de enveloppe van het ziekenhuis of de dienst.

Dus : de intellectuele prestatie moet zowel zuiver en onaantastbaar als voldoende en redelijk zijn om daarvan in het levensonderhoud te kunnen voorzien. Dit ook om de vele nu bestaande onduidelijkheden en onder de hoger (in probleem één) gestelde vermengingen van belangen en financiële verantwoordelijkheden, basis van veel conflicten en risico's van overproducties, uit de weg te ruimen of niet meer noodzakelijk of niet meer aantrekkelijk te maken.

- b) Om de discussie over andere betalingssystemen op te starten en bij wijze van voorbeelden; en openstaand voor alle mogelijke rationele argumenten en standpunten :

Gezien de moeilijkheden met en de kwetsbaarheid van het nu bestaande "zuiver prestatiesysteem" kan gesuggereerd worden om – en rekening houdend met de voorgestelde principes hierboven – correcties aan het bestaande systeem aan te brengen of alternatieve systemen uit te testen :

Voorbeeld 1 :

Voor heel wat veelvuldig voorkomende aandoeningen, voor heel wat bejaardenverzorging, voor heel wat chronische aandoeningen enz. enz. is het aangewezen dat patiënten door de eerste-lijnszorg verzorgd worden met de huisarts als spilfiguur. Daarenboven is dit eerste echelon in staat zoveel mogelijk zieken zo lang mogelijk thuis te verzorgen (bijvoorbeeld de grote massa bejaarden) en kan dit echelon sterk bijdragen om een eventueel nodige ziekenhuisopname zo kort mogelijk te laten zijn; wat een koppeling is van efficiëntie, kwaliteit en kostenbesparingen.

Dit echelon biedt ook aan de patiënt, potentiële patiënt en zijn familie het voordeel van het globaal zorg dragen voor de gezondheid.

Voor deze globale zorg voor een bepaalde groep patiënten of bevolking kan overwogen worden om een gemengd betalingssysteem van de zorgenverstrekker uit te testen.

Een gemengd systeem van betaling zou kunnen bestaan uit verschillende delen. Een eerste deel honorarium ontvangt de huisarts direct van het terugbetalingsorgaan (bv. de verzekeringsinstelling) als vaste vergoeding voor al die personen (zieken, bejaarden, potentiële zieken, gezinnen enz.) die zich vrijwillig en voor een af te spreken vaste periode (bv. een verzorgingscontract elk jaar wederzijds opzegbaar) bij een huisarts inschrijven en die daarvoor de nodige en gevraagde algemene zorgen zal verstrekken. Daarnaast kan de huisarts voor die groep vaste patiënten eventueel ook een budget voor technische prestaties ontvangen. Daarenboven kan de zorgverstrekker voor een te bepalen aantal bijzondere of moeilijke prestaties (bv. zoals nu voor de Electro Cardiogram, of voor bevallingen of voor (nacht)bezoeken aan huis of kleine chirurgie, of voor bijzondere zorgen en prestaties, of voor zware of terminale patiënten die zeer veel zorgen vragen enz.) een afzonderlijke door de patiënt (terugbetaalbaar zoals nu) te betalen prestatievergoeding ontvangen.

Dus het honorarium valt uiteen in een vast deel, een deel per prestatie voor eventueel bijzondere vergoedingen voor bijzondere zorgenverstrekingen en het huidige zgn. remgeld.

Eventueel kan aan de hand van op te stellen criteria en profielen voor een overdreven aantal doorverwijzingen naar gespecialiseerde en/of intra-murale zorgen een penalitatie en voor het optimaal zelf behandelen een bijkomende prestatiesom toegekend worden. Voor elke patiënt en elke prestatie blijft een te bepalen remgeldbedrag behouden.

Vanzelfsprekend zijn diverse varianten mogelijk.

Het voordeel van een gemengd systeem zou zijn dat de huisarts (ook de jongere) voor een deel van zijn prestaties een min of meer (bv. volgens schalen) vast inkomen verwerft via het vertrouwen van een bij hem ingeschreven aantal personen, dat als het nodig is beroep zal doen op hem voor zorgenverstrekingen, zoveel als dat nodig is. Een aantal dat bij tevredenheid over de zorgen een blijvende en groeiende groep is; weliswaar kan eventueel een maximum aantal bestudeerd worden.

De patiënt zal aanzienlijk minder geneigd zijn om voor éézelfde aandoening verschillende artsen te consulteren, met inbegrip van de vermenigvuldiging en herhalingen van technische prestaties (wat nu kan en voorkomt), omdat hij dan geen (of eventueel minder) terugbetaling zal ontvangen. De contractuele tijdsgebonden inschrijving garandeert hem zijn vrijheid, bij niet te-vredenheid, bij de wens te veranderen, bij woonplaatsverandering enz.

* De mogelijkheid kan ook onderzocht worden om dit gemengd systeem ook toe te passen, mits vanzelfsprekend andere aangepaste criteria, voor de apotheker, de tandarts, de verpleegkundige, de thuiszorg enz.; en ook zelfs voor bepaalde gespecialiseerde zorgenverstrekingen (bv. de pediatrie); en als men verder wil gaan zou men zelfs aan contracten met een lokaal of streekziekenhuis kunnen denken voor bepaalde zorgpakketten.

Voorbeeld 2 :

Vanuit buitenlandse ervaringen en modellen kan naar (nieuwe) wegen gezocht worden om, bijvoorbeeld voor welbepaalde en te bespreken groepen patiënten en/of aandoeningen, een **profiel van verzorging** op te stellen, met een daaraan verbonden te berekenen en contractuele (af te spreken) kostprijs, voor : honoraria, technische prestaties, (eventuele) ligdag(prijs)kost, geneesmiddelen; met eventueel inbegrip van een prijs voor een gemiddelde hersteltijd, een prijs voor medische en paramedische nabehandeling, toezicht enz.

In de Verenigde Staten kent men de zgn. D.R.G. (Diagnosis Related Groups), m.a.w. reeksen (theoretische) behandelingscomponenten voor **type aandoeningen met +/- vaste zgn. all-in kostenvergoedingen**. (Ook in meerdere landen van de E.E.G. leeft er grote aandacht voor deze benaderingswijze).

De bedoeling is voor elk van de onderdelen en dan voor het geheel van de zorgverstreking een correcte en realistische prijs te berekenen, waarbij elke zorgverstrekker een realistische vergoeding kan verwerven; wat alles samen de sterkste waarborg is voor de kostenbeheersing en het budgettaire evenwicht, m.a.w. een controleerbare rem.

Voorbeeld 3 :

Er kan een poging gewaagd worden om mogelijkheden te scheppen tot het invoeren van **globale forfaitaire incentives**, die aan de zorgverstrekker of instelling uitbetaald worden als een soort totale honorering, voor bijvoorbeeld : de zorgen voor bejaarden, voor bepaalde chronische patiënten, voor post operatieve zorgverstrekingen, voor zuigelingen, voor immigranten, voor bewijs van dossieropvolging, voor samenwerking met andere eerstelijnszorgverstrekkers, voor zorgverstreking in gebieden waar grote afstanden moeten afgelegd worden, voor automatisering en/of informatisering, voor bijscholing, enz. enz.

Opmerking bij de voorbeelden : Vanzelfsprekend kunnen nog verschillende andere alternatievoorbeelden uitgedacht worden én kunnen allerlei combinaties tussen de voorbeelden uitgewerkt worden.

Enkele mogelijke besluiten :

- De kwaliteit van de zorgverstreking is naast meerdere andere factoren, zoals in veel andere domeinen, ook nauw verbonden met een optimale hoeveelheid te besteden middelen aan de diverse onderdelen van de zorgverstreking, omdat kwaliteit een geheel is.
- De behoefte aan zorgverstrekingen en de wetenschappelijke middelen en ontwikkelingen zijn belangrijker en krachtiger dan alle tot hiertoe uitgedachte remmechanismen, die daarenboven lineair en blind werken.

- De discussie ten gronde over wat nodig en voldoende is om de gezondheidsverzorging van een gegeven bevolking ter verzekeren moet zowel wetenschappelijk als beleidsmatig in feite nog geconcipieerd en georganiseerd worden. Voorbarige en niet gefundeerde standpunten kunnen een kwaliteitsbeleid scheeftrekken of onmogelijk maken.
- Om het geheel van de zorgenverstrekingen voor de toekomst leefbaar en in evenwicht te houden, zowel in functie van de patiënten en zorgenbehoevenden als in functie van de zorgenverstrekkers en steunend op stevige basisprincipes, moet de moed opgebracht worden om een kritische analyse te maken van de sterke en zwakke punten van het huidige systeem en om de nodige correcties aan te brengen via het bestuderen van in-noverende alternatieven, aan dewelke realistische kansen gegeven worden.

Probleem 4 : Concreet verloopt de zorgenverstreking via Horizontale en Vertikale Kanalen – via echelons – Is dit ook een hiërarchieprobleem ?

- a) **Toelichting** : Gezien de verschillende vormen van **complexiteit** van de zorgenbehoeften zijn er ook verschillende etappes of niveau's in het zorgenverstrekkingsproces. Dit fenomeen heeft de naam gekregen van **echelons of lijnen**.

De realiteit van de echelons van verzorging heeft tot criteria en differentiatie van specialisatie geleid, die nog steeds in beweging zijn, maar de **essentie** van de echelons is algemeen aanvaard als praktisch en wetenschappelijk bruikbaar.

- * Het Nationaal onderzoeksprogramma (1) heeft **zeven criteria van analyse** weerhouden :

1) de gradatie van specialisatie; 2) de intensiteit; 3) de organisatorische complexiteit; 4) de fasen in het (ziekte)proces; 5) de omvang van de bevolkingsgroep; 6) de bereikbaarheidsgraad; 7) de continuïteit van de hulpverlening.

- * **Het echelonbegrip** :
- de eerste drie echelons voor meestal acute en +/- korter durende behandelingen.
 - het vierde echelon voor meestal zeer zware langdurige aandoeningen of voor zeer zware chronische zieken.

Kenmerken :

- 1) **Het eerste echelon of de eerste lijnsgezondheidszorg** : directe en eenvoudige toegankelijkheid, polyvalent, extra-muraal en continu.

Globale én integrale zorgen : van preventie tot en met de chronische patiëntenzorg, van kleinere aandoeningen tot existentiële problemen.

(1) Zie : "Nationaal Onderzoeksprogramma : Eerste lijnsgezondheidszorg / Soins de Santé Primaires" 1974-1978 - Programmatie van het wetenschapsbeleid (Diensten van de Eerste Minister).

Op dit niveau van de zorgenverstreking wordt de eerste diagnose gesteld en de eerste (kwantitatief de meeste en meestal voldoende) behandeling ingesteld. Indien nodig wordt een beroep gedaan op een gespecialiseerde zorg (zoals labo, beeldvormingsdiagnose enz.) of wordt een verwijzing naar een meer gespecialiseerd niveau georganiseerd en opgevolgd.

Concreet is bijna steeds de huisarts de spilfiguur van het eerste echelon, die minstens een "langlopende"-en dikwijls een "levensloop"-verzorgingstaak heeft van een patiënt en meestal van het gezin; en dit in solo-praktijken of soms in samenwerkingsverbanden.

Naast de huisarts of de omnipracticus fungeren in de eerste-lijnszorgenverstreking ook andere specialisten, zoals de apotheker, de tandarts, de (thuis)verpleegkundige, de kinesitherapeut. Voor sommige aspecten wordt daarenboven soms beroep gedaan op de maatschappelijk werker, op de gezins- en bejaardenhulp; opdat de patiënt zo lang mogelijk thuis zou kunnen verzorgd worden.

Aan de organisatie van de samenwerking tussen de verschillende medewerkers van de eerste lijnszorg moeten en kunnen nog veel verbeteringen gerealiseerd worden, o.a. voor een efficiëntere continuïteit, patiëntenopvolging, medicatiegebruik enz.

- 2) **Het tweede echelon of tweede lijn** : is de gespecialiseerde curatieve zorg die door specifieke specialisten van één vakgebied wordt verstrekt, zowel meestal ambulante als soms intramuraal. Het kan gaan van poliklinische specialistenhulp tot technische intramurale zorgenverstrekingen in kleinere (streek) ziekenhuizen tot en met geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg. Dus : gespecialiseerde zorg meestal na een verwijzing van de eerste lijn.
- 3) **Het derde echelon of derde lijn** : de (super)gespecialiseerde zorg, voor duidelijke categorieën ingewikkelde aandoeningen, die alleen in ziekenhuizen (zowel belangrijke algemene ziekenhuizen als universitaire ziekenhuizen) kan geboden worden met een reeks zeer gespecialiseerde diensten en afdelingen. Het gaat dus om de topspecialistische intramurale zorg met zeer gespecialiseerde apparatuur, equipes, infrastructuur, waar patiënten verzorgd worden (bijna) steeds na een doorverwijzing vanuit de eerste en/of tweede lijn.

* Binnen de intra-murale voorzieningen zijn er de facto twee realiteiten aanwezig :

- I. a) elk ziekenhuis moet inzake inrichting voldoen aan wettelijke minimumvoorwaarden van grootte (minimum 150 bedden) en een aantal vast aanwezige diensten (zie K.B. van 8/12/86 en de wet op de ziekenhuizen van 7/8/87).
- b) Op het terrein is er een gradatie van de ziekenhuizen : het plaatselijk (klein) ziekenhuis; het streekziekenhuis, waar aanzienlijk méér en verder doorgedreven specialisaties aanwezig zijn; het universitair ziekenhuis waar normaliter alle of bijna alle superspecialisaties aanwezig zijn.

II. Meer en meer ziekenhuizen kunnen niet meer alle apparatuur, alle diensten en alle gespecialiseerde équipes in dienst hebben en betalen, en zullen daarom tot vormen van samenwerking moeten komen. Deze moet degelijk georganiseerd worden. Langzaam wordt daarbij vooruitgang geboekt.

* Er ontstaan eerder sporadisch nieuwe types van ziekenhuizen; bijvoorbeeld voor bevallingen of kleine ingrepen komen er de "one-day ziekenhuizen", en ook de klassieke ziekenhuizen kunnen meer "one-day" behandelingen organiseren, mits dit financieel haalbaar wordt gemaakt en mits de complementaire thuiszorg georganiseerd en aanwezig is.

4) **Het vierde echelon** : sterk en meestal in één discipline gespecialiseerde instellingen en/of ziekenhuizen voor diverse aandoeningen en diverse categorieën van meestal (zeer) langdurige zieken; bv. V-diensten (zeer langdurig, vaak blijvend chronische zieken), psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor multiple sclerose, zeer gespecialiseerde brandwondencentra, sanatoria, instellingen voor dementen, instellingen voor R.V.T.-patiënten (voor bejaarden met een multipathologie en die veel zware en continue zorgen vragen) instellingen voor P.V.T.-patiënten (psychiatrische verzorgingstehuizen) enz.

b) Vaststellingen van vraagstukken :

Om een juist gedoseerde kwantiteit en kwaliteit van zorgenverstrekingen te kunnen garanderen en om de wetenschappelijke evolutie van de diverse specialisaties in de concrete realiteit te kunnen toepassen en organiseren, is het logisch dat er trappen of echelons van zorgenverstreking zijn, gaande van de differente preventies over de algemene continue zorg tot en met de sub-specialisaties in de super gespecialiseerde diensten en instellingen, met daarnaast de zorg voor zware langdurige of chronische zieken.

Stelling :

De differente types van kennis, inzet, verantwoordelijkheid en opdrachten in en van de verschillende echelons hebben elk een eigen specifieke moeilijkheidsgraad en zijn voor de patiënten en zorgenbehoevenden finaal evenwaardig en even belangrijk, ze zijn voor het geheel van de zorgenverstreking ook complementair.

Vaststellingen van praktijk- en beleidsproblemen :

De echelonnering van de zorgenverstrekingen heeft twee dimensies :

— **Een vertikale** : de piramidale verhoudingen en taakverdelingen tussen de zorgelijnen of echelons.

De facto is er door diverse beleidskeuzen samen met feitelijke ontwikkelingen een kwantitatief en kwalitatief "hiërarchieprobleem" in de zorgenverstreking tot stand gekomen en onderhouden, niet zelden als een competentie en soms als een concurrentievraagstuk; en dit rond de vragen welk echelon is meer of minder belangrijk, welk moet meer of minder middelen en prioriteiten toegewezen krijgen ?

- **Een horizontale** : de verhoudingen en taakverdelingen binnen elke respectievelijke zorgenlijn of echelon.

De praktijk van de zorgenverstrekingen toont duidelijk aan dat de absolute meerderheid van de personen die beroep doen op een zorgenverstreker (bijvoorbeeld de huisarts) ook en daarna of daarnaast beroep doen op één of meerdere andere zorgenverstrekkers (bijvoorbeeld : de apotheker, de verpleegkundige enz.).

M.a.w. dat de ene zorgenverstreker voor een deelaspect van de zorgenverstreking de patiënt verwijst en beroep doet op de competentie van andere zorgenverstrekkers. D.w.z. dat er de facto taakverdelingen plaatsvinden binnen het verzorgingsproces.

In het proces van de zorgenverstreking door taakverdelingen stelt men vast dat er de facto OOK een 'hiërarchieprobleem" aanwezig is, omdat het beroep doen op een of meerdere andere zorgenverstrekkers, via een verwijzing, meestal in de praktijk helemaal iets anders is dan een functionele en georganiseerde samenwerking, op basis van gelijkwaardigheid tussen de zorgenverstrekkers onderling, om dezelfde patiënt te verzorgen.

* Hierbij nog enkele supplementaire discussieelementen :

- In de zorgenvragen van patiënten, in eerste plaats op het eerste echelon, verschijnen er soms naast, soms doorheen, soms afzonderlijk bijzondere zorgenvraagstukken, nl. deze waarvan de reële oorzaak van de klachten of gezondheidszorgenbehoeften een psycho-sociaal probleem is.

De zorgenvraag van patiënten bij de huisarts omtwille van duidelijke psychische of sociale problemen bedraagt voor de psychische problemen $\pm 30\%$ van de klachten en voor de sociale problemen $\pm 15\%$ van de klachten van het patiëntenaantal. Een onbetwistbaar belangrijk volume patiënten dat opnieuw onderstreept is in het proefschrift van Dr. J. De Maeseneer ("Huisartsgeneeskunde, een verkenning"; centrum H.A. opleiding, R.U.G. 1989) en dat steunt

op zeer uitgebreid en diepgaand huisartsenpraktijkonderzoek (5.609 huisarts-patiëntencontacten - bij 94 huisartsen gedurende een lange periode).

Deze moeilijke, delicate en soms existentiële problematiek vraagt van de zorgverstrekker naast veel extra tijd ook een bijzonder vermogen tot inzicht, diagnose, therapie en tot het eventueel verwijzen naar en samenwerken met verschillende andere types zorgverstrekkers.

- Het Nationaal onderzoeksprogramma in de sociale wetenschappen, project eerste lijnszorg (op cit.) heeft aangetoond dat 77,7 % van de patiënten van de huisarts een medicatie krijgen, maar de samenwerking tussen de specialist van de diagnose : de geneesheer, en de specialist van het geneesmiddel : de apotheker, is zo zeldzaam dat in volumes bekeken ze bijna onbestaand is.

Een actieve samenwerking kan van groot medisch en financieel nut zijn. De voorschrijvende arts kan niet voor alle patiënten alle geneesmiddelen kennen en bijhouden die ze gebruiken. Het is bekend dat vrij veel patiënten geneesmiddelen nemen die, door verschillende artsen zijn voorgeschreven, een tegenstrijdige of neutraliserende werking hebben. O.a. hierover kan de apotheker waken en zowel de patiënten als de artsen bijstaan; per patiënt kan hij informatie bijhouden en incompatibiliteiten opsporen.

- De verpleegkundige is als specialist van de ziekenverzorging nauwelijks erkend. Praktisch wordt hij bijna steeds alleen als een uitvoerder gebruikt; zelfs niettegenstaande de goede pogingen van de methodieken van de "geïntegreerde verpleegkunde", waarvan op teveel plaatsen de consequenties niet of onvoldoende aanvaard en toegepast worden.
- Iedereen is overtuigd van het ontzettend groot belang van de vele deontologische aspecten, inzonderheid de medische geheimhouding en zwijgplicht. Maar, zéér dikwijls wordt dit echte belang gebruikt om geen of zo weinig mogelijk gegevens voor andere zorgverstrekkers, bijvoorbeeld van dezelfde verzorgingsequipe, toegankelijk te maken; zodat het medisch geheim gebruikt wordt als een feitelijk middel tegen integrale samenwerking.

Een voorbeeld : bij de door de overheid gevraagde (M.K.G.) Minimale Klinische Gegevens aan het Geneesherenkorps, en soms de (M.V.G.) Minimale Verpleegkundige Gegevens die door verpleegkundigen in het ziekenhuis moeten genoteerd worden, stelt men in nog (te) veel gevallen afzwakking, tegenwerking, weigeringen vast.

Deze feitelijke onwil, zelfs al steunt hij op terechte bezorgdheid voor de privacy van de patiënt, heeft in elk geval twee gevolgen nl. nefaste invloeden op de equipe-werking en onjuiste, onvolledige, weinig bruikbare, té slechte of té mooie cijfers en gegevens tot en met vervalste cijfers voor de overheid. Het is nodig dat het bewustzijn en het vertrouwen hier toeneemt bij alle partijen, en dat men zich sterker bewust wordt dat gezondheidszorg, die naam waardig, in de toekomst niet meer kan slagen zonder samenwerking, ook met de overheid, die dan ook daarvoor haar beleidsopdrachten en beleidsvisie daaraan zal moeten aanpassen.

c) Oorzaken en gevolgen van deze praktijkrealiteiten :

Algemeen kan gesteld worden dat de organisatie van de gezondheidszorg via de echelons de vorm heeft van een piramidaal model. Het is normaal dat een persoon of patiënt, als een eerste stap in een verzorgingsproces, beroep doet op één zorgverstrekker die het *zorgenproces organiseert*, met inbegrip van de eventueel nodige verwijzingen naar andere disciplines en echelons, en daarvoor de verantwoordelijkheid neemt.

Het piramidaal model heeft als *neveneffect* dat het in zijn praktisch functioneren op zeer veel plaatsen en mede onder invloed van diverse factoren, ook factoren van overheidsbeleidsorganisatie, is uitgegroeid tot een artificiële en zelfs emotionele feitelijke machtsstructuur met inbegrip van een feitelijke patiënten-marktverdeling, waarbinnen de facto er een concurrentie is georganiseerd en functioneert.

Alhoewel een realistische gradatie van redelijke concurrentie, ook in het domein van de gezondheidszorg, zowel normaal als positief en kwaliteitsbevorderend kan zijn; is het feitelijk functioneren ervan te regelmatig geëvolueerd tot een wanorde in de volumes van infrastructuur, van diensten, van apparatuur en van verbruik. Het kan niet ontkend worden dat deze concurrentieaspecten ook door de gemeenschap gefinancierd worden en dat voor het geheel van dit vraagstuk er finaal alleen verliezers zijn; ook omdat de efficiency voor de individuele patiënt en de gehele volksgezondheidszorg daardoor niet toeneemt en de middelen soms onefficiënt besteed worden aan sommige onderdelen, waardoor andere onderdelen van de zorgverstrekingen te weinig middelen ontvangen.

Het ook in de horizontale verhoudingen en taakverdelingen onbetwistbaar bestaande "hiërarchieprobleem" heeft een duidelijk ondergebruik en zelfs miskennis of afwijzing van een volwaardige, georganiseerde, doeltreffende en systematische *samenwerking* tot gevolg, wat als nefast *neveneffect* in een ondergebruik resulteert van de professionele kennis, vorming en ervaring – als een totaalcompetentie – van de verschillende andere types zorgverstrekkers en medewerkers aan het verzorgingsproces van patiënten.

Besluit :

De efficiency van de zorgverstrekingen en het financieel evenwicht dat daarvoor nodig is kan niet anders dan winnen bij de afbraak van al de mechanismen die de kunstmatige hiërarchieproblemen in stand houden en onefficiënte concurrenties mogelijk maken.

De efficiëntie van de zorgverstreking kan niet anders dan voordelen realiseren bij de daadwerkelijke erkenning en organisatie van de "logica" van de eigenheden van alle deelspecialisaties, d.w.z. de specificiteit van de accenten in het verzorgingsproces van elke zorgspecialisatie.

Een specialisatieordening is zowel de stevigste waborg voor de vrijheid van keuze en therapie als voor het realistisch en betaalbaar voortbestaan van het zorgsysteem.

Daarenboven is een volwaardig georganiseerde erkenning en ordeningsregeling van alle deelspecialismen en echelons waarschijnlijk ook de meest doeltreffende waarborg zowel voor een meer realistische, exacte en aangepaste werkbelasting van elke specialist-zorgenverstreker als voor een exactere honorering van elk afzonderlijk en van het geheel; met als bijkomend voordeel dat een verder verfijnder specialisatie, vorming en wetenschappelijk onderzoek beter kan worden doorgedreven.

Dit alles betekent een pleidooi voor véél meer aandacht voor de toepassing van het subsidiariteitsprincipe in dit domein én voor de multi-disciplinaire organisatie van de zorgenverstreking.

Probleem 5 : Ten slotte en ten gronde is iedereen verantwoordelijk voor de toekomst van de gezondheid en de gezondheidszorg.

In andere domeinen – zoals bv. : onderwijs, economie, financiën, bedrijfsbeleid, veiligheid, justitie enz. – is ook in de praktijk iedereen zeker van de principes : "voorkomen is beter dan genezen" en "gouverner c'est prévoir". In de zorg om de gezondheid doen we dit in de praktijk marginaal of moeilijk.

Op de diverse vlakken van de wetenschappen en van de toepassingen ervan alsook op diverse vlakken van het beleid beschikt dit land over de beste krachten. Ook het vlak van overleg en besluitvorming door inspraak en advies o.a. van de sociale partners en van de verschillende organisaties en verantwoordelijken uit alle beleidsmilieu's heeft dit land grote tradities en erva-ring, met goede resultaten.

Een hoofdprobleem is echter dat specifiek rond en in functie van de zorg om de gezondheid als een GLOBAAL individueel én maatschappelijk domein, zoals in de definitie gesteld, er zelden of nooit beleidsoverleg noch echte samenwerking is georganiseerd. Alleen rond de vanzelfsprekend belangrijke financieringsvraagstukken van de sociale zekerheid zijn er veel gesprekken, discussies en meningsverschillen.

Teveel en te eenvoudig zoekt men oplossingen voor "gevolgen" van problemen; bijvoorbeeld via "procenten-maatregelen", bijdrageverhogingen, budgettair-lineair snoeiwerk, overheidstoelagen enz. enz., omdat dit steeds kort en tijdelijk haalbaar blijkt. Maar de vele zeer korte-termijn veranderingen blijken na verloop van tijd structureel nagenoeg geen veranderingen of verbeteringen aan te brengen.

Ten onrechte, zo blijkt uit veelvuldig wetenschappelijk onderzoek, wordt de zorg voor de gezondheid bijna uitsluitend naar de zorgenverstrekkers toegeschoven. Hoe belangrijk deze hun opdracht ook is, toch zijn nog meerdere andere partijen – van het individu tot aan het overheidsbeleid – medeverantwoordelijk, zowel financieel als inhoudelijk.

De omschrijving, de afbakening en de afspraken omtrent de verantwoordelijkheid kunnen slechts geanalyseerd en georganiseerd worden in overleg en mits studie. Overleg en studie en het uitvoeren van de besluiten eruit vragen tijd en organisatie. Dit overleg over het Geheel kan bijna niet anders dan door de overheid georganiseerd worden.

Zes parallellopende voorstellen voor overleg kunnen geformuleerd worden :

- 1) Een redelijke oplossing voor de hierboven omschreven vier fundamentele problemen; dit kan alleen via overleg met alle betrokken verantwoordelijkheidsdragende partijen.
- 2) Het opzetten van programma's van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding voor alle bevolkingsgroepen. Samen met het opzetten van een fundamentele algemeen preventiebeleid. Moet het stimuleren van haalbare regelmatige opsporingen en check-ups voor preventie en begeleiding van de verschillende types risicogroepen (bv. door leeftijd, geslacht, reeds doorgemaakte ziekte, arbeidssituatie enz.) als een prioriteit aangenomen worden.
- 3) Het opzetten van preventieprogramma's voor het opsporen en oplossen van systeemproblemen, d.w.z. daar waar risico's op ongezondheid worden geproduceerd. (zie verder : Doel terreinen).

Wat dit laatste betreft, slechts als voorbeeld :

- de woning en de woonsituatie met inbegrip van de omgevingsfactoren (zoals lucht, lawaai, water, hygiëne, verkeer enz.) als bronnen van gezondheidsschade.
- de armoede (zie o.a. de verschillende rapporten van de Koning Boudewijnstichting) is eveneens een weliswaar indirecte maar minstens kwantitatief zware bron van ziekten en de evolutie ervan; evenals het behoren tot sociaal-zwakke groepen, wat samenhangt o.a. met inkomen, opleiding, relatieve armoede en werksituatie. De armoede heeft ook verbanden met kindersterfte en levensverwachting.
- de productie, de distributie en het verbruik van niet gezondheidsbevorderende voedingsmiddelen en additieven. Er dient ook meer aandacht gevestigd te worden op het verbruik van schadelijke producten. De specialisten stellen bijvoorbeeld vast dat voor ongeveer 30 % van de psychiatriepatiënten een alcoholprobleem medeverantwoordelijk (oorzaak en/of gevolg) is voor het ziek zijn.
- de werksituatie : bijvoorbeeld stress in en rond de arbeidssituatie en bijvoorbeeld het burn-out fenomeen zijn medisch gekende bronnen van ziekten (cfr. maagziekten, hartziekten, enz.), waarvoor daarenboven veel zorgenverstrekingen en geneesmiddelen verbruikt worden, en waardoor veel afwezigheid van het werk geregistreerd wordt.

In veel productieprocessen worden gekende gevaarlijke producten en ziektenveroorzakende producten gebruikt en waarvan een aantal ook erkende beroepsziekten veroorzaken; en waaromtrent meer dan voldoende bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek aanwezig is. Ook verschillende productiemethodes zijn bronnen van ziek worden of van gezondheidsschade.

Het fenomeen van de beroepsziekten wordt besproken in het laatste rapport van het "Fonds voor de Beroepsziekten" van maart 1989 voor het dienstjaar van 1986. In 1986 zijn 916 personen overleden ingevolge een vroeger opgedane beroepsziekte en nog 14.248 zijn overleden tengevolge van een oorzaak die in verband staat met de beroepsziekte. Het aantal getroffen en erkend als gerechtigden ingevolge een beroepsziekte bedraagt in totaal 69.310 gevallen met arbeidsongeschiktheid, waarvan 68.881 van blijvende aard. In 1986 hebben de arbeidsgeneesheren 2.497 nieuwe aangiften gemeld en zijn er 7.022 eerste aanvragen om schadeloosstelling bij het Fonds ingediend.

De sociale statistieken over arbeidsongevallen, van het N.I.S. van 1988 (nr. 6), maken voor slechts één dienstjaar (1983) melding van 199.950 arbeidsongevallen voor de werknemersgroep **arbeiders** en van 32.177 arbeidsongevallen voor de werknemersgroep **bedienden**. Dus samen 232.127 arbeidsongevallen overkomen op het werk.

Voor de arbeidersgroep zijn er daarvan : 55.689 zonder gevolg (= ongeschiktheid van max. 1 dag) met een kostprijs van 125 mln/F; 139.071 ongevallen met tijdelijke ongeschiktheid waarvan de kostprijs 4,5 mld/F is; 5.065 met een blijvende ongeschiktheid van gemiddeld 7,35 % en een kostprijs van 5,9 mld/F; en 125 ongevallen met dodelijke afloop waarvan de kostprijs 0,45 mld/F. is. De totale medische kosten ervan belopen 2,4 mld/F. en de algemene totale kosten belopen afgerond 11 mld/F.

Daarenboven komen er voor de arbeidersgroep nog 11.032 ongevallen van en naar het werk; waarvan er 7.515 een tijdelijke, 565 een blijvende ongeschiktheid tot gevolg hebben, en 57 een dodelijke afloop kennen. De algemene totale kost ervan bedraagt 1,45 mld/F.

Voor de bediendengroep blijven er 15.950 zonder gevolg met een kostprijs van 69,3 mln/F; 15.275 met een tijdelijke ongeschiktheid waarvan de kostprijs van 0,57 mld/F; 909 met een blijvende ongeschiktheid van 7,10 % en een kostprijs van 0,96 mld/F; en 43 kennen een dodelijke afloop en hebben een kostprijs van 0,14 mld/F. De totale medische kosten belopen 310,7 mln/F en de algemene totale kosten 1,74 mld/F voor ongevallen op het werk. Daarbovenop komen nog 7.327 ongevallen van en naar het werk; waarvan er 3.070 zonder gevolg bleven, 3.943 een tijdelijke ongeschiktheid en 288 een blijvende ongeschiktheid tot gevolg hebben en 26 een dodelijke afloop kregen. De algemene totale kosten ervan bedragen 720,5 mln/F.

De globale totale kosten van de arbeidsongevallen voor beide groepen zowel op het werk zelf als van en naar het werk belopen dus voor één dienstjaar 14,9 mld/F.

- ook de gevolgen van gewone verkeersongevallen en van andere types van ongevallen moeten in rekening gebracht worden.

- 4) Er is dringend behoefte aan expliciet **doelgericht onderzoek in functie van de zorg om de gezondheid in haar verschillende complementaire dimensies** (zie definitie van de wereldgezondheidsorganisatie en de "38 Doelstellingen" voor 2000, gepubliceerd in 1986) **maar**, multidisciplinair en gecoördineerd.

Daarom zou er ook meer **samenwerking** moeten georganiseerd worden tussen de onderzoekscentra zowel de openbare als de private, alsook meer samenwerking tussen de meestal uitstekende studiediensten van de grote organisaties, van de officiële diensten (bv. de departementen en parastatalen), van de verschillende Universiteiten enz.

- 5) Pragmatisch kan er gekozen worden voor de moeilijke maar beleidsveilige weg van meer expliciet selectief en voluntaristisch beleid (zie verder III) voor doelgroepen en doeltereinen, zoniet zal men **de facto** selecties maken; o.a. in verband met welke zorgpakketten men aan welke types patiënten zal kunnen/willen/mogen toedienen (bv. inzake dure ingrepen, transplantaties enz.). In elk geval zijn er **nieuwe vormen van discussie met gewichtige juridische en ethische consequenties te verwachten** rond de selectieve zorgenverstrekking.

- 6) De samenwerking en de onafhankelijke contacten met de praktijk van de zorg om de volksgezondheid laten toe te besluiten, om meer coherentie en meer continuïteit van het beleid te ondersteunen en verantwoord te kunnen onderbouwen, dat het nodig is dat er een organisatie tot stand komt voor systematische en permanente GLOBALE en MULTI-DIMENSIONELE problemenanalyse en synthese. Dit kan alleen als er daarvoor een specifiek orgaan bestaat dat met die **globale adviesbevoegdheid** wordt belast, o.a. aan de organiserende overheid.

Dit overlegorgaan zou zowel multi-disciplinair moeten zijn samengesteld als met vertegenwoordigers van alle voor de zorg om de gezondheid medeverantwoordelijke partijen, beroepen, instanties, sociale partners; waar ze **samen** tot samenwerking en verantwoordelijkheid worden gebracht met elkaar en met de overheid. Daarom wordt hier gepleit voor de oprichting van een "Overlegraad voor DE Zorg om De Gezondheid".

III. De keuzen van *Doelgroepen* *Doelterreinen*

Verantwoording.

Uit de essentiële problemen van de realiteit, waarvan basiselementen hierboven zijn uiteengezet, in het tweede deel, onder de vorm van vijf probleemstellingen en uit de definitiekeuze en uit de 38 vooropgestelde doelstellingen van de wereldgezondheidsorganisatie blijken de aan gang zijnde grondige wijziging van de benadering van het fenomeen gezondheid en de zorgen die ervoor nodig zijn. Het betreft zowel de wijziging van de wetenschappelijke benadering als de bevestiging daarvan door de praktijkgegevens. Uit die fundamentele verandering vloeit logisch voort dat ook zowel de historisch zo gegroeide domeinomschrijving als de organisatie van het gezondheidszorgenbeleid, met inbegrip van de financiële organisatie ervan, aan een grondige revisie toe is.

Een revisie zal, zoals in de voorgaande delen reeds meermaals gesuggereerd, ook een beleidsorganisatievraagstuk zijn, om op een efficiënte wijze keuzen te kunnen maken en deze doeltreffend en haalbaar uit te voeren, daarbij wetend dat bijstellingen permanent en veranderingen min of meer regelmatig nodig zijn.

De keuzen en prioriteiten, indien ze efficiënt willen zijn, moeten sterk zijn op de problematiek van de levensfasen, de levensomstandigheden, de risico's en de praktijk van de verzorging. Dit zowel voor de differente doelgroepen van de bevolking, die differente concrete zorgenproblemen hebben en aan hen aangepaste coherente gezondheidszorgenpakketten nodig hebben, als voor de levenskadervraagstukken, die verder doelterreinen worden genoemd, omdat het fundamentele determinanten van oorzaken van het ziek worden zijn.

Uitgangspunten

- 1) De concrete en directe vraag naar gezondheidszorg en de algemene behoefte aan zorg om de gezondheid hangt in belangrijke mate samen met :
 - a) **risicofactoren**; zoals de biologische o.m. leeftijd, erfelijkheid, geslacht, handicaps, door-gemaakte ziekten, enz.; zoals de maatschappelijke o.m. de leefmilieuvloeden, de arbeids-gezondheidsproblemen, de sociale eenzaamheid, de ingrijpende levensgebeurtenissen, enz.; zoals de invloeden en gevolgen van de levenswijze (waaronder voedingspatronen, be-weging, ontspanning enz.;
 - b) **socio-culturele factoren**; zoals het vormings- en opleidingsniveau; zoals de kennis en infor-matie omtrent gezondheidsverzorging; zoals de relatie met de zorgenverstrekkers als de huisarts, de apotheker, de consultatiebureau's voor levens- en gezinsmoeilijkheden, de gezins- en bejaardenhulp, enz. enz.
 - c) **economische factoren**; zoals de beroepsloopbaan en haar determinante factoren, het in-komensniveau en de stabiliteit ervan.

Kortom, de behoeften, de risico's, de vraag naar en de verzorging van de gezondheid hangen als geheel sterk samen met de sociale groep waartoe men behoort.

- 2) De typologieën van de reële behoeften aan gezondheidszorg zijn eveneens gekenmerkt door de gradaties van de kwetsbaarheidskansen.

Analyse toont zeer duidelijk aan dat er sociale groepen bestaan die, naast hun algemene gezondheidszorgproblemen ook specifieke en/of meer gecompliceerde gezondheidszorgproblemen hebben, die o.m. verbanden kunnen hebben met hierboven opgenoemde factoren. Voor die doelgroepen dient een beleid van bijzondere detectie, bijzondere zorgen en diensten en bijzondere opvolging ontwikkeld te worden.

Het beleid kan de regel hanteren : voor verschillende behoeftentypes differente zorgentypes voorzien, met inbegrip van organisatie, structurering, onkostenvergoeding.

Tot hiertoe is teveel beleid éézijdig bezig met de gevolgen van de kwetsbaarheden en te weinig met de oorzaken en de preventie ervan, waardoor de beleidsrekeningen omtrent voorzieningen en kosten de facto geen exact en gedifferentieerd beeld kunnen geven.

- 3) In de types behoeften zijn er gradaties van complexiteit en dus van gradaties van vraag naar specialisatieniveau.

De kans op ziekte heeft steeds méér multi-factoriële oorzaken, en dus zal het zorgaanbod die meer complexe gevolgen moeten opvangen én veel duidelijker gerichte en vooral specifieke preventies organiseren.

Dit betekent ook dat deze polyvalente en pluridisciplinaire benadering inhoudt dat er tegelijkertijd een fysische, psychische en sociale dimensie in het zorgpakket aanwezig moet zijn, men kan hierbij zeker denken aan de meeste gehandicapten, de meeste chronische zieken, de meeste hoogbejaarden, maar ook aan de vele andere zware ziekteprocessen met ingrijpende zware en dikwijls langdurende gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving.

Dus : een volwaardige en toekomstgerichte volksgezondheidszorg is per definitie pluriform én multidisciplinair. Alleen deze aanpak kan tot meer efficiëntie en tot een lagere globale kost leiden.

- 4) Het vraagstuk van de selectiviteit voor kwaliteit, voor kwantiteit van zorgen en van betaalbaarheid is permanent gesteld.

Het beleid kan hierbij de regel hanteren dat de zorgenverstrekkers de technologie, de instrumenten, de wetenschappelijke resultaten, de medische en paramedische specialisten, de medicamenten enz. enz. moeten kunnen gebruiken die reëel nodig zijn; wat niet steeds gelijk is aan wat beschikbaar is op de markt.

Soms moeten hierbij moeilijke en delicate keuzen gemaakt worden. Gezien de toenemende ingewikkeldheid van de medische evolutie en de toename van de technische mogelijkheden kan de vraag gesteld worden of het voor de zorgverstrekkers haalbaar is om steeds individueel en alleen voor de keuzen verantwoordelijk te moeten zijn; en dus of ze niet moeten kunnen beroep doen op onafhankelijke en gespecialiseerde deskundigen? Deze dienstverlening aan de zorgverstrekkers vereist een aangepaste organisatie en beleidsvoorzieningen.

5) Door de steeds toenemende ontwikkeling van de medische wetenschappen en de medische technologieën vallen traditionele medische specialisaties uiteen in hooggespecialiseerde subspecialisaties, waardoor aanzienlijk betere verzorgingsresultaten mogelijk zijn voor een groep zorgproblemen. Dit fenomeen heeft evenwel als feitelijk gevolg dat :

- de patiënt steeds minder zelf bij machte is om te beslissen welke de juiste specialistische zorg is die hij nodig heeft. Dit betekent dat het gebruik van de hooggespecialiseerde medische technologieën meer en meer enkel volledig doeltreffend is voor de patiënt, beleidsefficiënt en financieel realistisch nadat de instrumenten van de coördinatie en algemene gezondheidszorg (bv. de huisarts) die zeer gespecialiseerde zorgdiensten voor hun patiënten hebben geselecteerd, ingeschakeld en opvolgen.
- indien de patiënten niet systematisch opgevolgd worden maar willekeurig en zelfstandig kunnen beroep blijven doen op elke voorhanden zijnde hooggespecialiseerde zorgverstrekking en technische prestatie is de kans reëel dat de medische topspecialisaties en toptechnologieën in de toekomst onbetaalbaar worden voor alle bevolkingslagen.
- nagenoeg geen enkele verzorgingsinstelling, zelfs ziekenhuizen waar zeer veel specialisaties aanwezig zijn, kunnen nog alle subspecialisaties én de daarbij nodige infrastructuur met inbegrip van de verzorgings- en bedieningsequipes met voldoende ervaring, in dienst hebben. De specialisten, de infrastructuren en de personeelsequipes kunnen immers niet efficiënt zonder elkaar functioneren.

Dus : het fenomeen van de subspecialisaties en van het hoogtechnologisch zorgaanbod, dat duidelijk positief is, onomkeerbaar en snel verder toeneemt, kan voor de toekomst slechts zijn volle efficiëntie afleveren voor de zorgverstrekking én financieel haalbaar blijven mits een deskundig technisch verwijzings- én samenwerkingssysteem dat ook verantwoordelijk is voor het bestaan van een coördinatie tussen de diverse subspecialismen. Deze coördinatieopdracht zal de ondersteuning van beleidsbeslissingen nodig hebben.

6) De demografische gegevens van ons land, de verschuivingen van minder jongeren naar meer ouderwordende mensen, zijn ook voor het volksgezondheidsbeleid dwingende imperatieven.

A priori zijn deze verschuivingen t.a.v. een beleid voor de zorg om de gezondheid én t.a.v. een welzijnsbeleid echter geen argumenten voor een krisidenken of voor de onbetaalbaarheid van de zorgverstrekkingsen.

Een talrijke jonge bevolking is geen vanzelfsprekend synoniem van een betere volksgezondheid noch van een beter evenwicht in de overheidsuitgaven voor sociaal beleid. Wat dit laatste aspect betreft hebben andere landen, o.m. Frankrijk en West-Duitsland, in het verleden geprobeerd om via een financieel zeer sterk ondersteunde nataliteitspolitiek betere evenwichten te bereiken. De resultaten waren noch sterk noch blijvend. Er zijn voldoende voorbeelden van landen met een zeer jonge populatie waarvan de sociale en economische situatie door niemand benijd wordt en van landen met een oudere bevolkingsstructuur waar de sociale en economische situatie vooruitstrevend is, met inbegrip van de situatie van de volksgezondheid.

Het (meest) fundamentele beleidsprobleem is dat de organisatie van die onderdelen van het beleid die betrekking hebben op de voorzieningen voor de bevolking zich parallel zouden moeten aanpassen aan de demografische evolutie. De structurele organisatie van het sociaal beleid is een moeilijke weg waar de realiteitsuitweg ligt in een "overheidsflexibele" herorganisatie van de diverse voorzieningen. Dit betekent dat indien om dwingende redenen, o.m. budgettaire, er in ons land keuzen moeten worden gemaakt, de keuzen het meest realistisch liggen in de richting van minder structuren en voorzieningen voor kinderen en meer voor de oudere bevolking. M.a.w. wat de ene leeftijdsgroep globaal meer kost kan min of meer worden gecompenseerd door de minderkosten van de andere leeftijdsgroep.

- 7) De doelgroepen en de doelterreinen met hun respectievelijke bijzondere vraagstukken zijn geen statische feiten maar daarentegen zeer dynamische en veranderende realiteiten.

De opvolging van de verschillende respectievelijke evoluties vraagt dan ook een zeer flexibel en gediversifieerd maar tegelijkertijd voldoende gecoördineerd en coherent overheidsbeleid; dat over een breed en creatief detectiemecanisme zal moeten beschikken om de verschillende veranderingen op de diverse terreinen tijdig op te sporen.

Het hier aangeven van bijzondere doelgroepen en doelterreinen heeft geen exhaustief en definitief karakter en heeft dus alleen een exemplarische betekenis van enkele momentele zekerheden.

Voor de detectie van veranderingen is de overheid nog niet goed uitgerust.

- 8) Het volksgezondheidsbeleid is, zoals bijvoorbeeld ook het onderwijsbeleid, een typisch kwalitatief beleidsdomein.

Vanzelfsprekend hebben kwaliteitskeuzen ook kwantitatieve gevolgen inzake keuzen voor infrastructuurvoorzieningen, man-power-keuzen, specialisatieplanning en voor de betaalbaarheidsgrenzen en de kostprijsbeheersing van het geheel.

Alhoewel de kwantitatieve gevolgen een tweede beleidsstap zijn, moet er vanzelfsprekend een beleidswisselwerking zijn tussen de kwalitatieve en kwantitatieve beleidsaspecten, mede omdat er regelmatig correcties aan het beleid nodig zijn, o.a. omwille van demografische of wetenschappelijke redenen.

- 9) Om de nodige beleidscorrecties in een beleidsdomein als de volksgezondheid door te voeren is het uit kennis en onderzoek van de realiteit zéér duidelijk gebleken dat het een simplisme is te geloven dat het volksgezondheidsbeleid met de klassieke financiële en economische instrumenten, zoals zelfs met financiële sanctieering, fundamenteel kan gestuurd of beïnvloed worden. De realiteit van de vraag naar en de zorg om de gezondheid heeft haar eigen specifieke wetmatigheden, waarvan de basissen – zoals o.m. de gezondheidszorggevoeligheid van de bevolking, de wetenschappelijke ontwikkelingen – in de eerste twee voorgaande delen zijn uiteengezet.

Daarenboven kan gesteld worden dat het inzetten van steeds meer niet selectieve supplementaire financiële middelen voor de directe acute gezondheidszorg helemaal niet automatisch gelijkstaat aan een algemeen meer gezonde bevolking, zonder daarmee het omgekeerde te beweren.

Dit is zo omdat de volksgezondheid, zoals reeds gezegd, in de eerste plaats een zeer complex kwalitatief domein is en daarenboven omdat veranderingen zich hier steeds langzaam voltrekken, en (meestal) nooit binnen één regeerperiode een oplossing kunnen krijgen. Daarom is een stevig en flexibel beleidsapparaat nodig dat zorg draagt voor continuïteit en coherentie en voor een termijnplanning, die steunen op een globale en coherente visie op de gezondheidszorg en op de diverse factoren en aspecten die de gezondheid beïnvloeden.

De belangrijkste TYPES DOELgroepen en hun Gezondheidszorgbehoeften

Stelling :

- Het is aangewezen dat er voor elke voldoende duidelijk omschrijfbare en voldoende grote doelgroep, naast de algemene klassieke zorgenverstrekking, ook een geëigend en gecoördineerd pakket zorgen beschikbaar is voor de specifieke behoeften, gestuurd vanuit een coherente beleidsvisie, beleidsordening en -planning. Hiervan kan de meeste efficiency en een financiële doeltreffendheid verwacht worden. M.a.w. de logische keuze voor een doelgroepen-zorgenverstrekking zou logischerwijze moeten uitmonden in een organisatie van een coherent en gecoördineerd beleid, met specialisaties voor de respectievelijke doelgroepen, waarbij tussen de beleidsspecialisaties ook samenwerking georganiseerd wordt.

1 DE DOELGROEP : DE ACTIEVE BEVOLKING

- Onder actieve bevolking kan de leeftijdsgroep verstaan worden vanaf 18 jaar tot 64 jaar. Volgens de laatste telling van het N.I.S. van 1/1/1988 omvat deze groep 6.240.937 personen of 63 % van de totale bevolking; daarvan zijn er 3.131.594 mannen en 3.109.343 vrouwen.
- Bij deze bevolkingsgroep is het volume gezondheidsproblemen meestal van (zeer) korte duur en beperkt in problematiek en meestal met relatief weinig zwaar continue of duidelijk selectieve technieken op te lossen, zelfs al is een ziekenhuisbehandeling nodig. Het doel moet erin bestaan deze algemene bevolkingsgroep maximaal in goede actieve conditie te houden en het herstel snel en (meestal) volledig te laten verlopen. De meerderheid (50 à 80 % afhankelijk van de leeftijdsgroepen) van de personen die met een plotse en/of acute gezondheidsklacht een eerste beroep doet op geneeskundige verzorging is geholpen en hersteld door de zorgen van de huisarts als spilfiguur, met de apotheker, de verpleging, de kinesitherapeut, de tandarts, e.a. De eerste-lijnszorg m.a.w. is een zéér efficiënte en goedkope algemene specialisatie die instaat voor de meeste zorgenbehoeften van de actieve bevolking. Het beleid kan die rol met een aangepaste organisatie ondersteunen, zoals o.a. in het tweede deel hierboven (in het bijzonder probleem vier) aangebracht.

* * *

2 DE DOELGROEP : KIND - JEUGD - GEZIN

Slechts bij een oppervlakkige benadering is dit geen duidelijke beleidsdoelgroep, en gaat het over drie afzonderlijke probleemgroepen. Maar, gezien de volksgezondheid een bredere en diepgaander realiteit is dan alleen fysieke verzorging, en gezien overvloedig wetenschappelijk onderzoek uitwijst dat er een zéér sterke interdependentie tussen deze drie onderdelen bestaat, zijn er voldoende redenen om het beleidsmatig als één geheel en dus als een doelgroep voor zorgenverstrekkings te beschouwen.

- * Sommigen zullen dit domein een welzijnsbelevingsveld noemen, dit kan en mag, maar niemand kan juist de grens trekken tussen een globaal gezondheidsbeleid en het zgn. welzijnsbeleid. Deze complementariteit is wetenschappelijk voldoende bewezen.

Het beleid voor deze doelgroep zal van vitaal belang zijn maar complex, omdat het om een viscieuze cirkel gaat, althans voor veel zware probleemgevallen.

Als men het kind en de adolescenten, de leeftijdsgroepen van 0 tot 17 jaar (einde schoolplicht), centraal stelt in de benadering dan gaat het om 2.216.685 personen (0-5 jaar : 699.832; 6-11 jaar : 732.288; 12-17 jaar : 784.565) of 22,45 % van de totale bevolking. (Bron : N.I.S. 1/1/88)

- * Voor het beleid valt de problematiek van deze doelgroep uiteen in een aantal subgroepen en subcategorieën.

Belangrijke beleidsaspecten :

a. De Gezondheidszorg voor de moeder, rond de zwangerschap en voor het zeer jonge kind :

- Het is een algemeen bekend feit dat de nataliteit in ons land de laatste decenia aan een ingrijpende evolutie is onderworpen. In 1960 waren er nog 155.520 geboorten of 1,7 ‰ van de toenmalige bevolking, in 1987 waren er 117.448 geboorten op 9.870.234 inwoners of 1,18 ‰. In 1987 was het vruchtbaarheidscijfer 1,55 kinderen per vrouw in vruchtbare leeftijd (15-49 jaar). (Bron N.I.S., tellingen op 30 juni). De prognose voor het jaar 2000 bedraagt 99.741 geboorten op een te verwachten bevolking van 9.887.757 of 1 ‰.

De levensverwachting bij de geboorte bedroeg in de periode 1959-'63 voor de mannen 67,73 jaar en voor de vrouwen 73,51 jaar; in de (laatste beschikbare) berekeningsperiode 1982-'83 was de levensverwachting gestegen tot 70,52 jaar voor de mannen en 77,19 jaar voor de vrouwen. Voor 1995 verwacht men 73,3 jaar voor de mannen en 80,3 jaar voor de vrouwen. (Bron N.I.S. en Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën)

De zuigelingensterfte (tussen 0 en 1 jaar van de levendgeborenen) was volgens de telling van het N.I.S. in 1970 : 24,1 ‰ voor de jongens en 17,9 ‰ voor de meisjes; in 1980 : 13,8 ‰ voor de jongens en 10,5 ‰ voor de meisjes; in 1985 : 10,4 ‰ voor de jongens en 8,4 ‰ voor de meisjes. In Frankrijk en Nederland was het gemiddeld cijfer in 1985 : 7,7 ‰.

- Behoudens voor een kleine minderheid worden de zorgenverstrekkingen in hoofdzaak besteed aan de fysieke zorg voor een gezonde bevolkinggroep. De bestaande afzonderlijke of bijkomende psychische en sociale aspecten van zwangerschap en geboorte zijn een zorgenterrein voor gespecialiseerde hulpverleners; die evenwel onmiddellijk moeten kunnen ingeschakeld worden omdat het zowel acute noden als problemen met langdurende gevolgen kunnen zijn.

In ons land consulteren de meeste zwangere vrouwen een specialist (gynaecologie en verloskunde; op 31/12/1988 : 901 geneesheren met praktijk) en maken voor de bevalling gebruik van een ziekenhuis. Voor de eventuele nazorg zijn de huisarts en de gezinshulp het aangewezen kanaal. Op dit ogenblik, wegens de steeds kortere ligduur in de materniteit, zijn de gezinshulpdiensten onderbemand om alle bestaande noden op te vangen; een probleem dat om een oplossing vraagt vanuit het beleid.

Per 1/1/1988 waren er 3.845 M(aterniteit) bedden voor 145.853 ontslagen patiënten, met 1.051.162 verpleegdagen in het boekjaar 1987. Voor de zwakke of vroeggeboren kinderen stonden er 333 N-bedden ter beschikking op 1/1/1988 voor 15.748 patiënten met 168.552 verpleegdagen in het boekjaar 1987. (Bron : Ministerie van Volksgezondheid)

- Een zéér belangrijke begeleidingsrol in een ruime betekenis, wordt waargenomen door de (gecommunautariseerde) diensten "Kind en Gezin" en het "O.N.E." (Office de la Naissance et d'Enfance). Deze diensten maken bewust en terecht geen scherp onderscheid tussen de zorg voor de moeder en deze voor het zeer jonge kind, vanuit hun zéér lange ervaring met de sterke verbanden tussen de zorgenbehoeften van de moeder en die van het kind.

- Slechts enkele Besluiten :

- * Een niet constant actieve of te zwakke zwangerschapszorg én zorg voor het zeer jonge kind kan diverse en belangrijke gezondheidsproblemen en zelfs gezinsproblemen tot gevolg hebben.

Daarom wordt gepleit voor een niets aan het toeval overlatende preventieve benadering van deze problematiek door :

- een veralgemeende en goed georganiseerde prenatale voorlichting;
- een maximale preventieve verzorging en toezicht op de gezondheidstoestand van de moeder, o.a. ter voorkoming van afwijkingen en handicaps bij het kind;
- een maximale voorbereiding van de moeder én het gezin op een gezin met kinderen, o.a. via een "specifieke G.V.O." (Gezondheidsvoorlichting en opvoeding);
- een efficiënte organisatie voor het opsporen van risicopatiënten, en vooral uit risico-beroepen en groepen;
- de maximale organisatie van voorzorgen tegen infecties, schadelijke producten en besmettelijke ziekten (bv. het gevaar voor rubella, alcohol, ioniserende stralingen enz. enz.);
- het in standhouden van een goed uitgeruste en ook bereikbare infrastructuur met de nodige personeelsomkadering zowel voor de gevallen waar moeilijkheden en risico's (kunnen) verwacht worden, als voor de normale bevallingen en de nazorg ervan, die ook een normale tijd moet krijgen, als voor de zwak- of/ en te vroeg geboren kinderen (o.m. de neo-natale bedden).

- de coördinatie tussen de eerste-lijnszorg, de meer kostende ziekenhuiszorg (ligdagprijs; nog aanzienlijk hoger in de universitaire ziekenhuizen), de diensten van "Kind en Gezin"/"ONE" en de gezinshulp enz. is zeer belangrijk maar bestaat (bijna) niet, voornamelijk omwille van de realiteiten uiteengezet in de twee voorgaande delen, zijnde o.m. zowel de bevoegdheidsopsplitsingen van de gezondheidszorg in het overheidsbeleid en het ontbreken van de coherentie als de hiërarchievraagstukken tussen de echelons; m.a.w. zonder een consistent beleid terzake zal coördinatie moeilijk blijven.

Opmerking :

- op een bijzondere wijze zal men rekening dienen te houden met de gediversifieerde migrantenpopulatie, althans in sommige delen van het land;
- een dalend maar niet te verwaarlozen zorgenterrein is de zuigelingensterfte en vooral de diverse afwijkingen en handicaps die rond de geboorte een acuut probleem worden en dit met alle individuele en gezinsgevolgen die er bijna steeds uit voortvloeien.

b. De doelgroep : het nog niet schoolplichtig kind

Deze doelgroep, van de leeftijd van 0 tot 5 jaar, omvat (op 1/1/88, Bron laatste telling NIS) 699.832 kinderen of 7,09 % van de totale bevolking (9.875.716).

Van die groep kinderen zijn deze vanaf 2,5 jaar oud toegelaten (tot inschrijving) tot de school, wat vanaf 4 jaar statistisch ook allen (100 %) doen. De subgroep 2,5 tot 5 jaar omvat 409.798 kinderen of 4,15 % van de totale bevolking; van de leeftijdsgroep van 2,5 jaar gaan 42,75 % en van deze van 3 jaar gaan 97,3 % naar school.

- De gezondheidszorgen zouden hier maximaal in een thuis sfeer moeten kunnen verleend worden; o.a. omdat het wetenschappelijk ten overvloede bewezen is dat de fysische én psychische én sociale zorg voor deze leeftijdsgroep zowel wel een geheel vormen als dat ze een fundamenteel belang heeft voor de rest van het leven van de mens.
- Gezinnen waarvan de beide partners professioneel werken doen meestal beroep op vervangingszorg, zoals kinderkribben met infrastructuur, pleegmoeders (flexibel in de buurt) en peuterspeelweelden en kleuterspeelweelden (dikwijls in of rond een school).

Deze subsector wordt meestal automatisch als een aspect van de volksgezondheidszorg meegerekend. Strikt genomen is dit onjuist. Deze diverse vormen van kinderopvang die omwille van de gezondheidszorg of van het welzijn van het kind niet nodig zijn, en er alleen nodig zijn om de professionele activiteiten van beide ouders mogelijk te maken, dienen feitelijk geklasseerd te worden onder de indirecte (en gesubsidieerde) dienstverlening aan de economische en productieve sectoren. Strikt genomen moet deze dienstverlening niet verrekend worden als een kost voor de gezondheids- of welzijnszorg maar als een additionele arbeidskost, waardoor ook de (eventuele) subsidiëring niet als een volksgezondheidskost kan aanzien worden.

- Steeds meer pleegmoeders, waarvoor de vraag toeneemt, zijn door de diensten van "Kind en Gezin" en van het "ONE" erkend en geïnspecteerd; zijn vrij goedkoop en de afstand tot de woning is meestal klein, wat essentieel is voor werkende echtparen en dus voor de efficiëntie van de dienstverlening. Naar niet weinig pleegmoeders hebben voor deze opdracht nagenoeg geen enkele opleiding, de infrastructuur is dikwijls zeer zwak evenals de betaling voor dit werk dat als belasting voor één persoon ernstig onderschat wordt.
- De klassieke kinderkribben, met infrastructuur, hebben als probleem de afstand tot de woonplaats en vooral de hoge totale kostprijs (gemiddeld 264.000 fr subsidiekosten per kind per jaar zonder de bouwkosten), dit omdat er daar met geschoold personeel wordt gewerkt in een aangepast kader en met een hoeveelheid personeel die een continuïteit haalbaar maakt.
- Een aantal kinderen, waarvan statistisch geen gezondheidsgerichte leeftijdsuitsplitsingen bestaan, heeft behoefte aan ziekenhuiszorgen. De ziekenhuisdiensten voor kinderen dragen de kenletter E. Op 1/1/88 waren er 3.499 E-bedden. In 1987 werden er 153.344 kinderen ontslagen voor 934.128 verpleegdagen (Bron : Volksgezondheid). In deze specifiek aan kinderen voorbehouden ziekenhuisbedden worden in de praktijk kinderen verzorgd tot 12 à maximum 14 jaar. Van de populatie van deze leeftijdsgroep wordt dus elk jaar ongeveer 8,8 % in een ziekenhuis verzorgd.

Besluit :

Deze doelgroep is talrijk (7,09 % van de totale bevolking), belangrijk en vooral kwetsbaar, zowel psychisch als sociaal maar ook fysisch, o.a. alleen reeds omwille van het veelvuldig aantal kleinere of onderschatte aandoeningen, waarvan sommige de oorzaak zijn van ernstige aandoeningen op latere leeftijd, vooral als ze niet tijdig opgespoord en behandeld worden.

Daarom moeten een aantal basiszorgen en preventies op deze leeftijdsgroep toegespitst worden en organisatorisch op elkaar afgestemd zijn, o.a. door de organisatie van de samenwerking van alle zorgenbewakende diensten (o.a. Kind en Gezin/ONE, P.M.S.-centra, enz.) én alle concrete zorgenverstrekkende instanties.

Om dit te bereiken moeten de verschillende aspecten gecoördineerd worden en oplossingen krijgen via de verschillende invalshoeken van niveau's van zorgen :

- De huisarts en de eerste-lijnszorg moeten de spil zijn van de zorgenverstrekking, waarbij deze hun dienstverlening zo zullen moeten organiseren dat allen die met het kind bezig zijn, op hun diensten beroep kunnen doen; dit betekent zowel de ouders als de school als de pleegmoeders enz, de werkende ouders zullen hen moeten kunnen bereiken buiten de werkuren. Daarom zal ook het medisch dossier van het kind voor de andere verzorgende instanties bereikbaar moeten zijn.

- De ambulante pediatrie zal zoals de eerste-lijnszorg eveneens beschikbaar en bereikbaar moeten zijn voor allen die met het kind bezig zijn, en voor de werkende ouders ook buiten de werktijden bijvoorbeeld door de organisatie wachtdiensten.
- Het ziekenhuis, waarvan uit bovenstaande cijfers blijkt dat het een belangrijk aantal kinderen verzorgt, en die meestal in een acute noodsituatie binnenkomen, moet snel beschikbaar zijn en voor kinderen uitgerust zijn, zelfs als er geen specifieke diensten zijn.
- Twee bijzondere deelproblemen moeten dringend een beleidsmatige en organisatorische oplossing krijgen :
 - de bewaking en zorgenverstrekking van licht zieke en van acuut ziekwordende kinderen, van werkende ouders, die hetzij in een kribbe hetzij bij een pleegmoeder verblijven of naar school gaan, maar wegens ziekte of eventueel besmettingsgevaar uit de gezinsvervangende omgeving moeten verwijderd worden.
 - gezien het groot aantal kinderen van deze leeftijdsgroep dat naar school gaat en de daaruitvoortvloeiende frequentie van kansen op ziek zijn zowel als de mogelijkheden voor preventie zou een voor deze groep specifieke schoolgezondheidszorg een zeer belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de volksgezondheid. Het aanwezig medisch schooltoezicht kan deze taak met zijn huidige middelen niet voldoende waarmaken.

c. Het schoolplichtig kind

In functie van een aangepaste jeugdgezondheidszorg moet men deze doelgroep onderverdelen in twee aan de schoolplicht gebonden sub-groepen :

- het schoolkind van 6 tot 11 jaar
- de jeugd van 12 tot 17 jaar

- De sub-groep 6-11 jaar :

- Deze doelgroep omvat 732.288 kinderen of 7,42 % van de totale bevolking (Bron : laatste telling N.I.S. van 1/1/88); waar voor de meeste kinderen de gezondheidszorgbehoeften een vervolg zijn van eventuele gezondheidsproblemen van de vorige leeftijdsgroep met relatief kleine verschillen.
- De jeugdgezondheidszorg dient zeer systematisch te waken over het verloop van de ontwikkeling van het mentaal en fysisch normaal kind (+/-95 %). Het niet tijdig onderkennen en verzorgen van een reeks zogenaamd eenvoudige problemen, zoals goed zien en horen, tandzorgmoeilijkheden, gewrichts- en groeiontwikkeling, vaccinaties, en vooral van diverse leer-moeilijkheden enz. kunnen immers onherstelbare gevolgen hebben.

- Deze globale observatie dient te gebeuren in een georganiseerde samenwerking tussen de school, de leerkrachten en de ouders. (cfr. hierbij de P.M.S. opdrachten K.B. 20/8/57). Zo men dit niet efficiënt organiseert gebeurt er meestal niets of te laat. De school kan hierbij zowel een opsporings- als coördinatiecentrum zijn, dat daarvoor de nodige middelen moet krijgen.
- Een deel van die kinderen (+/- 5 %) zal na de detectie van een fysisch, psychisch, mentaal, zintuiglijk, karakterieel of een ander probleem in het Buitengewoon Onderwijs (één van de 8 types) opgevangen en begeleid worden. Wil deze verzorging slagen dan zullen ook de gezinnen van deze kinderen hulp en begeleiding nodig hebben. (cfr. wet van 6/7/70).
- **De sub-groep 12-17 jaar :**
 - Deze doelgroep omvat 784.565 adolescenten of 7,94 % van de totale bevolking (Bron : laatste telling N.I.S. van 1/1/88).
 - Indien er problemen waren met een kind van 6 tot 11 jaar, dan zullen deze niet plots verdwijnen in een volgende leeftijdsfase, integendeel. De aanwezige problemen of risico's moeten systematisch verder opgevolgd worden want in deze leeftijdsperiode wordt het kind adolescent. Deze bijkomende realiteit vraagt een supplementair zorgeninzicht en zorgenaanbod. Een specifieke begeleiding en preventieve zorgenverstrekking is dan ook aangewezen.
 - Daarenboven is die leeftijdsgroep rijp en vatbaar voor een G.V.O.-opleiding (Gezondheidsvoorzorging en opvoeding), deze zou moeten samengaan met de fysische, psychische en sociale ontwikkeling en begeleiding van de adolescent. De school zou hiervoor kunnen instaan; mits de aanwezigheid van een specialist (bv. een sociaal verpleegkundige in de school).
- De diensten van het medisch schooltoezicht en de P.M.S.-centra vervullen noodgedwongen een sporadische en beperkte detectie- en toezichtsrol. Zoals hierboven gesteld, moet veel preventief en begeleidingswerk nog verder systematisch uitgebouwd worden. De bovengenoemde diensten hebben duidelijk een te zwakke inbreng en middelen.

Dus : Een coördinatie van de bestaande diverse zorgkanalen (bv. de huisarts), specialisaties en diensten is nodig, zodat de diensten die de zorgen voor de preventie, de detectie, de verzorging van problemen en de begeleiding onder hun bevoegdheid hebben, samenwerken in functie van het kind, en opdat ze in hun benadering van de zorgenbehoeften van het kind als één eenheid functioneren, ook naar de ouders toe.

d. Het niet meer klassiek-schoolgaande kind boven de schoolplichtleeftijd dat geen klassiek onderwijstype meer volgt

Het betreft hier de deeltijdse schoolplichtigen van 16 tot 17 jaar (einde schoolplicht). Deze subgroep omvat 280.047 adolescenten of 2,84 % van de totale bevolking (Bron : laatste telling N.I.S. van 1/1/88) samen met de groep van + 18 jaar die volledig de klassieke school verlaten hebben maar nog een beroep aanleren : minstens 22.359 jongeren in 1985-'86 (laatste telling).

Inzake zorg voor de algemene gezondheid en de globale begeleiding gebeurt er voor deze soms sociaal zwakke en dikwijls kwetsbare groep kinderen en jeugd niets systematisch noch specifiek, omdat men ten onrechte denkt dat ze via het gewoon stelsel verzorgd worden. In deze groep vindt men soms algemene verwaarlozing, basis van bijzondere jeugdzorgvraagstukken (zie verder 3,b). Hieromtrent moet wegens de onduidelijkheden onderzoek verricht worden, dat vanuit het beleid moet gestimuleerd worden. Hier kan alleen een probleem gesignaleerd worden.

Diverse diensten zouden hier hun rijke ervaringen en voorstellen kunnen bijeenbrengen zoals de R.V.A., het onderwijs, de openbare en private diensten van geestelijke gezondheidszorg, de vakorganisaties enz.

* * *

Algemeen Besluit :

- deze doelgroep is geen homogene groep, en dit zowel op het vlak van types van behoeften als van de inhoud van de behoeften aan zorgen. Beleidsmatig is er hier vraag naar zowel selectief beleid als naar coördinatie en samenwerking tussen talrijke bestaande initiatieven en diensten.
- het grootste deel van de problematiek van deze doelgroep staat ook in nauw verband met taken en functies van het gezin, dat normaliter ook moet instaan voor de belangrijkste fysieke, geestelijke en sociale gezondheidszorg, en dus als het eerste opvangcentrum en het belangrijkste verzorgingscentrum van de gezondheid dienst moet doen. Momenteel is dat meestal ook zo. Maar volgens de specialisten rijzen er voor een blijkbaar toenemend aantal gezinnen steeds meer en meer gecompliceerder problemen. Deze problemen die een invloed hebben op de globale gezondheidstoestand en de ontwikkeling en ontplooiing van het kind en waarbij het gezin soms oorzaak, soms gevolg, soms begeleider is, zijn zeer uiteenlopend.

Uit verschillende bronnen, zoals onderzoeken en signalen uit de praktijk komen er zeker enkele duidelijke problematiekvelden naar voor zoals : het toenemende fenomeen van de echtscheiding (1,99 per 1000 inwoners, t.a.v. 5,7 huwelijken per 1000 inwoners, in 1987), die naast kansen op armoede en bestaanszekerheid zeker belangrijke gevolgen hebben op de sociale en psychische ontwikkeling van het kind, soms met fysische ziekte en/of psychiatrische zorgnood tot gevolg; het toenemend gebruik van kalmerende en stimulerende middelen alsook het onrustbarend gebruik van alcohol en drugs door de jongerenpopulatie die soms verbonden blijkt met schoolstress; de drank- en voedingsgewoonten van kinderen en jongeren; het stijgend verkeersgevaar (ongevallen, blijvende letsels); de minder of zwak begaafde jongeren voor wie de toekomstkansen eerder beperkt zijn; enz.

Het wordt steeds duidelijker dat veel gezinnen de aan hen gestelde eisen en problemen steeds moeilijker kunnen dragen en daardoor als geheel soms zorgenbehoevend worden en de hen gestelde problemen niet meer kunnen oplossen. Als één van de bewijzen daarvan kan men zien dat uit een onderzoek van 1988 van de U.I.A. (departement Sociaal beleid) blijkt dat in 1985 in de officieel erkende Centra voor Levens- en Gezinsvragen er 28.350 personen in behandeling waren, dat er 30 tot 35.000 personen hulp vroegen via teleonthaal, en dit alleen in Vlaanderen, en dit zonder cijfers over de veelvuldige vormen van ambulante hulpverlening. Daarom is verder doorgedreven onderzoek nodig en is er "een bevoegde beleidsinstantie" nodig die kan instaan voor de beleidsverantwoordelijkheid voor de globaliteit en complexiteit van die vraagstukken.

- In de zorg voor deze vier grote doelgroepen moet een specifiek en aangepaste globale en coherente verantwoordelijkheid gerealiseerd worden voor de drie complementaire dimensies van de gezondheidszorg, zoals ze in de definitie is aangegeven; en dit voor de jongste generatie van de samenleving die 22,45 % van de totale bevolking uitmaakt.

Concreet berust de zorg om de gezondheid voor deze groep, naast de gezinsverantwoordelijkheid, bij een veel te grote reeks artificieel opgesplitste diensten, organismen, echelons van geneeskunde, instellingen en opvoeders; die weliswaar meestal allen afzonderlijk proberen te doen wat met afzonderlijke beperkte middelen en opdrachten mogelijk is.

Niettegenstaande het vaststaat dat de zorg om de Gezondheid voor elke persoon een geheel probleem is, dat de verschillende instanties finaal instaan voor dezelfde persoon, dat het "opbouwen" van de gezondheid een vervolgzorg is van de ene leeftijdsfase naar de andere moet men vaststellen dat de meeste instanties die een gezondheidsverantwoordelijkheid dragen volledig onafhankelijk en los van elkaar onderdelen van zorg verstrekken of slechts aspecten van de verantwoordelijkheid op zich nemen en dat er in zorgenverstrekkingspakketten weinig coherentie valt waar te nemen. Daardoor ontstaat er voor het gezin en voor het kind onduidelijkheid, gebrek aan systematiek, ondoorzichtigheid en ook gevaar voor fouten en overbodig werk (bv. dossierovervloed, dossierkosten, infrastructuurkosten enz.).

Daarenboven is voor deze gehele groep, niettegenstaande het onberekenbaar belang voor de rest van het leven, geen instantie die systematisch verantwoordelijk voor preventie en vooral voor de gezondheidsvoorlichting en opvoeding.

Daarom moet de vraag gesteld worden om ofwel de diverse bestaande instanties die voor differente aspecten en fasen van de gezondheidszorg voor het kind en de jeugd verantwoordelijkheid dragen systematisch-georganiseerd te doen samenwerken, via één centrale coördinatieinstantie (bijvoorbeeld voor een geografisch gebied of per scholengroep enz.) ofwel een aantal instanties laten samensmelten. De veelheid van instanties elk afzonderlijk met weinig of zéér beperkte middelen, invloed en continuïteit heeft zowel hogere kosten als veel minder efficiëntie tot gevolg.

*

*

*

3 DE DOELGROEP : HET KIND MET BIJZONDERE VERZORGINGSPROBLEMEN

a. Het gehandicapte kind

Het gehandicaptenbeleid is enerzijds een geregionaliseerde materie waardoor de beleidsautonomie voor de gemeenschappen groter wordt (maar budgettair sterk gelimiteerd) en anderzijds is deze materie ongewoon complex omdat er zoveel verschillende types handicaps bestaan. Dit laatste feit maakt dat het zorgaanbod zeer gedifferentieerd en dus gespecialiseerd moet zijn en dat de meerderheid van de (enigszins) zware gevallen een of andere vorm van infrastructuur nodig heeft; waarvoor de noodzaak toeneemt in de mate dat ze ouder worden en daardoor moeilijker door de eveneens ouderwordende ouders en gezinsleden kunnen blijvend verzorgd worden; een infrastructuur die best niet te grootschalig is wegens de noodzaak van het gezinsvervangend karakter ervan.

Er zijn veel types gehandicaptenbehoeften :

- Schematisch zijn er drie klassieke groepen :

- de fysisch gehandicapten;
- de zintuiglijk gehandicapten;
- de mentaal gehandicapten.

- * Telkens met vier gradaties : licht, matig, ernstig, zwaar of diep.
- * Telkens met de mogelijkheid van een meervoudige handicap, m.a.w. combinaties van handicaps. Zeer expliciet moet echter gesteld worden dat de groep mensen met een multiple handicap, zowel feitelijk als beleidsmatig, een duidelijk bijzondere en afzonderlijke groep vormen met bijzondere problemen die een bijzondere zorgaanpak vergen.
- * Ook de oorzaak is belangrijk : door geboorte (congenitale afwijkingen), door ziekte, door ongeval.

* Voor de financiering speelt het "Fonds 81" een belangrijke rol.

Voor deze kinderen bestaan er vijf grote groepen diensten nl.

- (1) de thuisbegeleidingsdiensten
- (2) de semi-Internaten
- (3) de diensten voor verzorging van meervoudig gehandicapten
- (4) de gezinsgerichte Internaten : de bedoeling is een maximale integratie in het gezin en de gemeenschap via een **Intensieve begeleiding**. Daarbij moeten voorzieningen aanwezig zijn voor **sociaal verwaarloosde** kinderen voor wie het internaat een nog méér gezinsvervangende rol moet spelen.
- (5) Voorzieningen voor kort verblijf.

Enkele onmiddellijke besluiten :

- een gehandicapt kind kan in principe meestal niet beter verzorgd worden en zijn mogelijkheden ontplooiën dan in zijn natuurlijk thuismilieu. De verzorging van deze kinderen vraagt ook daar zowel een aanpassing van de fysieke ruimte (woningprobleem) als een continue verzorgende aanwezigheid van personen. Zowel de bijzondere onkosten die hieraan verbonden zijn als de bijzondere belasting van de gezinsleden zouden op een realistische wijze moeten kunnen ondersteund , begeleid en vergoed worden. Periodisch of gedurende bepaalde tijdstippen zou het gezin beroep moeten kunnen doen op georganiseerde hulp aan huis en/of volledige rustperiodes moeten kunnen organiseren. Zoniet kan nagenoeg geen enkel gezin deze belasting blijvend dragen, en komt men tot definitieve dure plaatsingen.
- zeer veel gehandicapteninstellingen kampen zowel met moeilijkheden i.v.m. het in dienst houden van degelijk gekwalificeerd personeel als met financiële moeilijkheden, vooral als ze meer willen doen dan louter verblijf en verzorging. Dit is vooral het geval als ze bijzondere aandacht geven aan integratie en kleinschaligheid.
- ook voor deze doelgroep is er nood aan meer samenwerkingsverbanden en coördinatie tussen alle betrokken instanties. Ter voorkoming van een blijvende handicap is het essentieel dat een maximale preventiepolitiek uitgewerkt wordt voor elk risicodomein waar handicaps veroorzaakt worden; zoals bv. zwangerschap, specifieke ziekten, arbeidssituaties, ongevallen enz.

b. De bijzondere jeugdzorg - de bijzondere jeugdbijstand

Het betreft hier de plaatsing én begeleiding van minderjarigen met zeer uiteenlopende problemen (tot 18-20 jaar - burgerlijke meerderjarigheid). De problematiek van deze jongeren hangt zeer dikwijls nauw samen met hun afkomst uit probleemgezinnen. Zij verblijven niet meer in hun thuismilieu om wat men meestal de **sociale** gezondheidszorg kan noemen en het gaat meestal om zeer ingewikkelde en delicate gezinsdossiers.

Deze minderjarigen zijn dikwijls "afkomstig" van een beslissing van de jeugdrechtbank of van een ingrijpen van een jeugdbeschermingscomité. Slechts een klein deel wordt gestraft.

Volgens de specialisten uit deze verzorgingssector zou, als men alle vormen van plaatsing van kinderen met problemen samentelt, op 31/7/1987 4,5% van de minderjarigen tot deze groep behoord hebben. Ingedeeld naar leeftijdscategorie was 2,7 % van deze groep jonger dan 3 jaar, 36 % was tussen 3 en 14 jaar, en 61,3 % was tussen 14 en 21 jaar oud.

Besluit :

de problematiek van deze doelgroep is ook voor het beleid een heel bijzondere uitdaging en zorg, omdat hier een deel van de **marginale** bevolkingsgroepen **ontstaat**, die vooral in de **grootsteden geconcentreerd** voorkomen, zonder uit het oog te verliezen dat een percentage van die marginaliteit kan ontaarden in criminaliteit van diverse aard . . .

De uitwerking van de beleidsuitdaging voor deze groep in eerste plaats sociaal zwakken, waarvan de gevolgen voornamelijk de fysische en psychische gezondheid zijn, is van een dubbele aard:

- ten eerste : is er multidisciplinair onderzoek en uitwisseling van informatie en gegevens nodig omtrent de fundamentele oorzaken en de langdurende gevolgen van hun existentiële problemen; met als basisopdracht het uitzoeken van hoe er preventief kan ingewerkt worden op het fenomeen.
- ten tweede : voor de bestaande populatie een specifiek aan hun problemen aangepaste detectie, opvang en globale begeleiding naar maximale (re)socialisering. Dit kan echter maar ten volle slagen indien de diverse nu verspreide instanties, diensten en hulpverleners ook kunnen samenwerken onder een te ontwikkelen gecoördineerd organisatieschema.

2) Het toenemend aantal volwassen gehandicapten.

- Slechts een klein aantal en een (relatief) dalend aantal van deze mensen komen nog in een gewone arbeidsplaats terecht, mede door de economische crisis en de sterk wijzigende en verstrengde vraag naar kwalificaties, eigenschappen en prestatiebekwaamheid van de arbeidsmarkt. Daarmee verband houdend kan zelfs een toenemend aantal steeds moeilijker tewerkgesteld worden in de klassieke beschermde werkplaatsen, die om te overleven steeds meer beroep doen op diegene met het beste rendement. Daardoor krijgen de zwaarder behandicapten er steeds minder kansen.
- Velen moeten van het voor kinderen aangepaste semi-internaat of internaat naar een bezigheidstehuis en/of een formule van wonen voor volwassenen, zoals tehuizen voor nacht-opvang en diensten voor begeleid wonen; m.a.w. het inrichten van hun leven in een dagactiviteit en een woon- en leefplaatsactiviteit. Vaak stelt deze overgang zware problemen van psychische en sociale aard.

3) Gezien de stijgende levensduur zullen steeds meer oudere gehandicapten niet meer op hun gezin van herkomst beroep kunnen doen en zullen er voor hen meer residentiële voorzieningen nodig zijn, dit zowel voor fysisch als voor mentaal gehandicapten.

(b) Voor de volwassen mentaal gehandicapten is een plaatsing – zoals tot in een recent verleden nog dikwijls gebeurde – in een afdeling van een psychiatrische instelling niet meer mogelijk noch aanvaardbaar; o.a. daardoor heeft deze groep behoefte aan bijzondere bezigheids- en woonhomes waar ze zowel verzorgd worden als voor de rest van hun leven mogen blijven in een beschermd milieu; ook daarom kan deze groep niet zonder gespecialiseerd personeel. Deze problemen zijn in de praktijk helemaal niet opgelost.

Besluiten :

- het beleid krijgt door bovengenoemde evoluties voor de volwassen gehandicapten een steeds belangrijker taak van organisatie toegewezen of opgedrongen (o.a. inzake infrastructuur en diensten) samen met een taak van coördinatie tussen alle bestaande losse voorzieningen; waarvan het doel moet zijn een maximale revalidatie en integratie of minstens een menswaardig bestaan te realiseren, en dit voor de gehele levensduur. Daarenboven betekent dit dat naast de groep volwassenen in de actieve leeftijd er meer en meer bejaarden-gehandicapten van de diverse typologieën zullen komen, wat heel bijzondere gediversifieerde voorzieningen vraagt voor de toekomst.
- één van de zwaarste problemen voor een zinvol inhoudelijk bestaan heeft verbanden met de toenemende levensduur en gevolgen voor de continuïteit van het verzorgen. Dit fenomeen zal ook zeer moeilijke verzorgingspersoneelsproblemen genereren.

- een bijzonder en moeilijker wordend beleidsvraagstuk is de organisatie van (zoveel) mogelijke vormen van tewerkstelling voor gehandicapten. Daarom dient gepleit te worden voor het scheppen van vormen en formules van wat men "sociale tewerkstelling" zou kunnen noemen voor gehandicapten, die realistisch aangepast zijn aan de mogelijkheden van deze mensen en die hen een vorm van zinvol bestaan toelaten.

b. De doelgroep : de psychisch zieken.

Bij deze groep een aantal uitgangspunten :

- een psychische ziekte is een ziekte zoals een andere, deze is niet langer en niet steeds ongeneesbaar; wel veel langduriger van aard, meestal gecompliceerd van aard en complex inzake opvolging en resocialisatie.
- de psychische zieken zijn zeer dikwijls geen onverstandige mensen. Ten onrechte leeft er veel verwarring tussen psychisch-ziek zijn en bv. dementie, debiel zijn, oligofrenie, gebrek aan I.Q., enz. enz. Het is zeker niet steeds, en steeds minder en anders, nodig om een psychisch zieke af te zonderen, zoals vroeger in een "gesloten" inrichting (F bedden).
- de oorzaken zijn zeer dikwijls min of meer dezelfde als bij lichamelijke ziekten : erfelijkheid, leeftijds-problemen, gezinsproblemen, fysische oorzaken (zoals allerlei ontstekingen enz.), trauma's (bv. na ongevallen), verkeerde leefgewoonten, arbeids- en arbeidsmilieuoorzaken (bv. stress enz.). De gezins- en relatieproblemen wegen hier echter zeer vaak bijzonder zwaar, determinerend en dikwijls blijvend door. Zoals bij meerdere fysische ziekten zijn er meestal meerdere oorzaken;
- veel psychisch zieken genezen niet, (te) traag of kennen een te zwak aanvaardbaar herstel of worden opnieuw ziek omdat hun natuurlijke werk- en leefmilieus, hun gezin of hun milieu van herkomst feitelijk, maar minder zichtbaar, mede "ziek" en/of "ziekmakend" blijven. M.a.w. voor deze globale milieu-begeleiding en opsporing moet veel meer systematische aandacht vrijgemaakt worden, en moet dus een aangepaste detectie en organisatievorm gezocht worden;
- dus de psycho-somatische en de psycho-sociale oorzaken zijn, volgens het wetenschappelijk onderzoek en volgens de praktijk, veelvuldig aanwezig in het ziekteproces.

* De voorzeleningen

1. Voor ambulante verzorging en preventie

- * Ook voor de psychisch zieken is het beter (efficiëntie, goedkoper) dat zij, indien het (enigszins) kan, niet in een instelling of ziekenhuis moeten opgenomen worden. Indien het toch moet gebeuren dit best voor een zo kort mogelijke periode. Veel meer nog dan voor fysische zieken werkt een instellingsverblijf soms blijvend stigmatiserend.
 - De eerste professionele zorgenverstreking komt meestal van de huisarts, die indien nodig verwijst naar één of meerdere gespecialiseerde zorgenverstrekkers, inzonderheid de psychiater, de neuroloog, andere specialisten en para-medici.
 - De ambulante diensten moeten zo vroeg mogelijk ingeschakeld worden ter voorkoming van erger voor de patiënt en ter begeleiding van het gehele milieu van de patiënt. Dit kan best als equipewerk gebeuren.
 - De sociale diensten van de ziekenhuizen en instellingen, maar ook zelfs deze van de ondernemingen hebben een detectie en begeleidingstaak.
 - De diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg; soms nog te weinig gekend en (h)erkend, zelfs al blijkt uit een studie van de U.I.A. (dpt. Soc. Beleid, 1988) dat alleen in Vlaanderen in 1985 : 33.417 personen daar hulp ontvingen.
 - De consultatiebureau's voor levens- en gezinsmoeilijkheden.
 - De private en openbare (OCMW's) centra voor maatschappelijk werk.
 - Diverse andere diensten die deze mensen en hun milieu opvangen en ondersteunen moeten met deze problematiek vertrouwd gemaakt worden en moeten leren samenwerken met het gehele verzorgingsnetwerk van dit sub-domein van de verzorgingssector.
- Dit is des te meer belangrijk voor de kansen op resocialisering van die psychiatrische patiënten of ontslagen patiënten die, mits een actieve soms langdurige begeleiding, terug in de gemeenschap leven in de diverse formules van zgn. beschut wonen.

2. De ziekenhuis- of instellingenzorg

a. De psychiatrie in de Algemene ziekenhuizen

Op 1/1/1988 waren er in België 1.840 (P.A.A.Z.) ziekenhuisbedden en 153 bedden A₁ (dagverpleging) en 18 bedden A₂ (nachtverpleging) ter beschikking. Deze eenheden zijn gericht op een acute en snelle behandeling van psychiatrische patiënten.

In 1987 waren deze A-bedden voor 91,98 % bezet en was de gemiddelde behandelingsduur 20,64 dagen. Voor de daghospitalisatie (A₁ bedden) was de gemiddelde verzorgingsduur 25,85 dagen.

De patiënten komen hier na een verwijzing uit de eerste-lijnszorg of voor een actieve behandeling van een specialist, inzonderheid een psychiater of neuroloog. Het groot voordeel voor de patiënt en voor zijn naaste omgeving is dat de psychologische drempel veel lager ligt dan bij een opname in een (volledig) psychiatrisch ziekenhuis. Voor het ziekenhuis zelf is dit type van patiënten meestal een bijzondere en zware belasting, die (ook) zowel wat infrastructuur (bv. veiligheidsvoorzieningen) als wat personeel betreft bijzondere eisen stelt die vaak onderschat worden.

b. De psychiatrie in de Psychiatrische ziekenhuizen

In deze instellingen worden zowel acute gevallen behandeld als patiënten van wie de ziekte toestand ernstiger is, die daardoor langer moeten blijven en waarvan sommigen chronische patiënten kunnen worden.

De gegevens op 1/1/88 tonen aan dat het aantal mensen dat in de psychiatrische ziekenhuizen behandeld werden belangrijk is : 61.708 personen, waarvan meer dan de helft met een acute aandoening. Samen hebben ze in het boekjaar 1987 7.268.763 verpleegdagen gekost. (Bron : Volksgezondheid).

Op 1/1/1987 waren er voor die acute zieken 3.747 A-bedden (+ 597 A₁-bedden voor dagverpleging in de A-diensten en 326 A₂-bedden voor nachtverpleging in de A dienst) ter beschikking, die voor 97,57 % bezet waren; maar waar de verblijfsduur in 1987 in de A-diensten meer dan het dubbele was dan in de Algemene ziekenhuis-psychiatrie nl. 48,18 dagen.

De verblijfsduur is een van de duidelijkste parameters voor de ernst van de ziekte. In de psychiatrische ziekenhuizen ligt voor de ernstiger gevallen de verblijfsduur tussen \pm 150 en 320 dagen, een gemiddelde dat het feit niet uit het oog mag doen verliezen dat een niet onbelangrijk aantal patiënten permanent opgenomen blijven wegens het ongeneeslijk karakter van hun aandoening.

Het totaal aantal bedden voor alle types aandoeningen samen in de psychiatrische ziekenhuizen bedroeg op 1/1/88 21.019 eenheden, met een gemiddelde verblijfsduur van 117,79 dagen en een bezettingsgraad van 94,70 %.

Besluiten :

- de detectie, de diagnoses, de behandeling en de begeleiding en verzorging van de zéér heterogene groepen types geestesziekten is een zeer complexe wetenschappelijke en therapeutische materie. Een zeer grote waaier van therapieën en verzorgingspakketten is voorhanden, maar, o.a. door budgettaire problemen zijn nieuwe (en betere) initiatieven zéér moeilijk en is de efficiënte leefbaarheid van niet weinig instellingen bedreigd.
- de samenwerking, i.p.v. het los van of naast elkaar, tussen de verschillende zorgverstrekkers, diensten en instellingen, vanaf de huisarts tot de diverse sub-specialisten, is nog voor véél verbeteringen vatbaar en dient volwaardig per geografisch verzorgingsgebied georganiseerd te worden. Minstens met evenveel sterkte en belang, als voor de gehandicapten-sector, kan hier wegens het bijzonder delicaat karakter gevraagd worden naar het opstellen van een éénmalig, enkelvoudig en volledig dossier dat door één zorginstantie onder het beroepsgeheim wordt bijgehouden, en waardoor zowel de privacy van patiënt en van de familie beter en echt beschermd zijn als waardoor de behandelende therapeuten en andere instanties selectief de juiste, de volledige, maar alleen die informatie krijgen die ze strikt nodig hebben, zodat nutteloos en kwetsend of storend opzoekings- en ondervragingswerk kan wegvallen. Daarenboven kan één globale patiënt- én patiëntmilieuverantwoordelijke instantie de samenwerking bevorderen van allen die bij de hulp- en zorgverstrekking betrokken zijn. Zonder extra middelen is dit echter moeilijk. Maar, ook om bijvoorbeeld een dergelijk initiatief te realiseren is er nood aan beleidsinitiatieven en is er eveneens een behoefte aan een globaal beleid, in samenwerking met alle betrokken partijen. Om stappen vooruit te kunnen zetten is een verkennende onderzoeksdiscussie hieromtrent is nodig en mogelijk.

c. De doelgroep : De chronisch zieken

Het kunnen zowel jonge als bejaarde patiënten zijn. De grote meerderheid zijn echter bejaarden (zie ook verder de doelgroep Bejaarden).

De groep chronische zieken zijn meestal langdurig en vaak levenslang ziek en/of min of meer zwaar zorgenbehoevend. Het zijn meestal volwassen zieken, wier ziekte zoveel hinderlijke symptomen heeft dat hun globale gezondheid eronder lijdt. De ziektefactoren leggen de patiënt veel ingrijpende levensbependingen op en hebben een invloed op de morbiditeit en de mortaliteit. De gezondheidstoestand van deze mensen kan zeer dikwijls niet meer (of slechts zéér weinig) verbeteren. Veel chronisch zieken behoeven alleen een algemeen medisch toezicht, anderen hebben eveneens veelvuldige en soms zeer zware paramedische hulp nodig, vooral gericht naar nog zoveel mogelijk zelfredzaamheid voor de meest eenvoudige levensactiviteiten (A.D.L. scores).

Sommigen hebben soms intra-murale zorgen nodig, voor sommigen periodisch voor anderen permanent en toenemend met de ernst van de aandoening en van de leeftijd. Voor de groep zware chronische zieken heeft men sinds 1965 ongeveer 10.000 bedden opgericht in de zogenaamde "V-diensten", waarvan meer dan de helft niet in een ziekenhuis.

In de loop der jaren zijn die gegevens grondig gewijzigd omdat veel instellingen tot omvormingen van hun diensten besloten hebben; zo waren er op 31/6/62 : 8.833 V-bedden in gebruik in gebruik en de evolutie laat voorzien dat op 31/12/1989 er nog 4.142 V-bedden zullen ter beschikking zijn, of een daling van 53 %. Deze vermindering is voor 55 % in Vlaanderen en voor 38 % in Wallonië gerealiseerd (Bron : nat. enquête V-diensten). De meeste patiënten uit de V-diensten hebben echter in het verzorgingsverloop van hun ziek zijn periodisch ook een klassiek ziekenhuis nodig, dit bij de regelmatig voorkomende acute opstoten of aandoeningen. Sommige specialisten zijn van oordeel dat de preterminale en terminale patiënten van de V diensten beter in een daartoe uitgerust gewoon ziekenhuis kunnen verzorgd worden wegens de bijzondere specialisatie, belasting en uitrusting die deze levensfase vergt.

De gestabiliseerde bejaarde chronische patiënten kunnen ook verzorgd worden in de rust- en verzorgingstehuizen mits deze een bijkomende financiële vergoeding ontvangen voor de zwaardere verzorgingskosten, afhankelijk van het gewicht van de te verzorgen pathologie. De G-diensten kunnen als acute ziekenhuisdiensten de bejaarden opnemen die extra zorgen nodig hebben en waarvoor herstel te verwachten is. Voor de herstellenden zouden moeten bijzondere maar algemene verzorgingsinstellingen voorzien worden.

De oorspronkelijke bedoeling bij de oprichting van de V-diensten was voortgezette ziekenhuiszorg en revalidatie. Wegens de ernst van de aandoeningen en daarbij meestal ingevolge de leeftijd van de patiënten was de verblijfsduur in deze diensten zo hoog dat nagenoeg geen nieuwe gevallen meer konden opgenomen worden. Daardoor was het nodig de rol van de V-diensten te herzien, en kwam men tot de vaststelling dat er oplossingen nodig zijn die beter aangepast zijn aan de behoeften van de verschillende subgroepen van deze populatie.

- * Een ernstig neveneffect is dat door de toenemend strengere verplichtingen om het langdurend ziekenhuisverblijf en dit in de V-diensten tegen te gaan, wat nodig is tot aan **limieten**, het méér dan nu en dan voorkomt dat men chronische langdurige (het onderscheid is soms moeilijk) maar zelfs reeds demente of terminale en zelfs half comateuse patiënten *moet overbrengen* van de ene instelling naar een andere. Zo worden dan soms via een nieuwe *schijn*verwijzing of nieuwe *schijn*opname de ligduurstatistieken en de ligduurcijfers, basis van subsidies en eventuele financiële penaliserings, ingekort of op maat gesneden. Dezelfde feiten doen zich voor met bejaarden en hoogbejaarden in de zgn. R.V.T. instellingen (zie doelgroep 5). De grens tussen veel R.V.T. patiënten en chronische zieken is dikwijls bijzonder moeilijk te trekken.

Bovenstaande realiteiten roepen zeer ernstige vragen op, dwingen tot een kritisch onderzoek én vragen om een aan de *felten* aangepast en realistisch beleid.

- * Een selectief aantal chronisch zieken kan weliswaar ook via de eerste lijnszorg thuis of in een thuisvervangend milieu verzorgd worden. Dit op voorwaarde dat die thuiszorg de draagkracht van het gezin niet overbelast. Maar, eveneens wegens de sinds enige jaren steeds korter wordende ligduur in de ziekenhuizen, waar deze patiënten met een dikwijls multipale pathologie meermaals, regelmatig en soms langer moeten verblijven, worden deze patiënten zo vroeg als maar mogelijk ontslagen.

Dit impliceert een bevoegde thuiszorg die vooral bij de zwaardere gevallen moet opgevangen worden door de thuisverpleging en de gezins- en bejaardenhulp. Wegens het te groot aantal aanvragen tot hulp, de te geringe terugbetalingstarieven, de te kleine personeelsbezettingen en de stijgende loonkosten kunnen in een sterk toenemende mate deze diensten de vraag niet meer aan. Dit probleem moet dringend een consistente oplossing krijgen.

5 DE DOELGROEP : BEJAARDEN EN HOOGBEJAARDEN

- Enkele cijfers en verhoudingen :

Op 1/1/'88 (Bron : laatste cijfers N.I.S.) waren er in ons land 1.418.094 personen of 14,35 % van de bevolking (9.875.716) ouder dan 65 jaar. Daarvan was 7,9 % tussen 65 en 74 jaar, 6,4 % was ouder dan 75 jaar en 3,3 % was ouder dan 80 jaar .

Van de vrouwelijke bevolking van 5.053.913 personen was 17 % (862.872) en van de mannelijke bevolking van 4.821.803 personen was 11,5 % (555.222) meer dan 65 jaar.

Van de totale bejaardengroep van +65 jaar waren er op 1/1/1988 214.367 mannen of 15,1 % en 424.447 vrouwen of 30 % meer dan 75 jaar.

Van de personen van + 65 jaar waren er op 1/1/1988 98.939 mannen of 6,9 % meer dan 80 jaar, van de vrouwen waren er 229.452 of 16,1 % meer dan 80 jaar.

De zorgenbehoeften nemen sterk toe boven de 75 jaar en sterker nog boven de 80 jaar. Men noemt soms deze laatste groep de vierde leeftijd.

De praktijk leert dat veel mensen ongeveer vanaf de leeftijd van 75 jaar in toenemende mate een beroep doen op een of andere vorm van georganiseerde gezondheidszorg. In een eerste fase eerder op de klassieke types van medische en paramedische zorgen, waar meer dan ooit de huisarts de spil is, samen met de andere eerstelijnszorgenverstrekkers zoals de apotheker, de tandarts, de kinesitherapeut, de verpleegkunde aan huis, de bejaardenhulp enz. Vanaf de leeftijd van 80 jaar en meer doen mensen in toenemende mate **systematisch** ook beroep op infrastructurele zorgen zoals bejaardenvoorzieningen en gezins- en bejaardenhulp.

- De bejaardenpopulatie valt, wat de gezondheidssituatie betreft, uiteen in drie grote groepen :
 - Deze die **gezond** zijn, d.w.z. zij die geen bijzondere ziekte of handicap hebben en zichzelf behelpen.
 - De **chronisch zieke bejaarden**
Een deel ervan heeft hulp nodig zoals aangegeven is onder de doelgroep C hierboven. Een ander deel kan nog valide zijn en een normaal autonoom leven leiden **mits** een aangepaste voeding, levenswijze en medicatie. Het kunnen zowel hartpatiënten als reumalijders als mensen met artrose enz. zijn.
 - De **hulpbehoevende bejaarden**.
Een deel van deze groep bejaarden kan thuis verzorgd worden **mits** een thuiszorgkader (de zgn. mantelzorg) én de eerstelijnszorg. De zware gevallen behoeven een instelling voor chronische zieken, een R.V.T. instelling of een bejaardentehuis.
- Over het toenemend en door sommigen overdreven genoemd medisch verbruik bij bejaarden zijn de laatste jaren veel, hevige en verhitte discussies gevoerd, vooral i.v.m. de toenemende R.I.Z.I.V. uitgaven. Een van de elementen van de discussie was en is de oorzaak van deze evolutie te zoeken bij de zgn. voorkeursregeling van de bejaarden die een verhoogde tegemoetkoming genieten, waardoor voor hen het medisch verbruik goedkoper of zgn. te goedkoop is.

Het onderzoek "Verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering en het medisch verbruik van de W.I.G.W." gefinancierd door het R.I.Z.I.V. en het F.G.W.O., en gezamenlijk uitgevoerd door Prof. K.VUYLSTEEK van de R.U.G. en X. LEROY van de U.C.L. e.a. (1985), rekent af met deze beweringen. Dit onderzoek komt o.m. tot de conclusie (blz. 165 en vlg.) : "De verhoogde tegemoetkoming op zich heeft **geen** invloed op het medisch verbruik"; en (blz. 171). "De V.K. (voorkeursregeling) vormen een kwetsbare groep : ze hebben eerder lage inkomens én een oudere leeftijdsstructuur en derhalve ook minder gunstige morbiditeitsvoorwaarden; de speciale zorg die ze tot nog toe hebben genoten, was dus niet ongegrond." Ook dit onderzoek komt tot de vaststelling dat bejaarden meer verbruiken dan mensen van jongere leeftijd, maar dan vooral omdat ze bejaard en vaak ook sociaal zwak zijn, en hun gezondheid dus in globale termen kwetsbaarder is, en niet omdat ze *nutteloos* veel zorgen verbruiken.

- In elk geval moet het een prioriteitsdoelstelling zijn, zowel voor de zorgenverstrekkers als voor het beleid, de bejaardengroep zoveel en zolang mogelijk zelfstandig te laten leven, met indien nodig een meestal lichte en niet zo dure thuishulp.

Opdat zoveel mogelijk bejaarden zolang mogelijk thuis of in hun vertrouwd milieu zouden kunnen blijven is er een grote behoefte aan zowel algemene als voor bejaardenzorg gespecialiseerde para-medici, die ingezet zouden moeten kunnen worden in de thuisgezondheidszorg. Er is eveneens een grote behoefte aan bejaardenhelpsters, poetsdiensten en technische diensten van onderhoudspersoneel voor wat men de algemene thuiszorg zou kunnen noemen. In het ziekenhuis of instelling zijn deze types zorgen ook aanwezig en ook niet kosteloos.

De goede uitbouw van deze diensten zal het aantal opnamen in de dure infrastructuur zowel beperken als verkorten, wat psycho-sociaal zéér belangrijk is én kostendrukkende resultaten zal geven.

Steunend op interne informatie en cijfers van belangrijke erkende thuisverzorgende diensten en dus steunend op reële praktijkgegevens, kan berekend worden dat afgerond \pm 35.000 eenheden (= 1 persoon of 1 gezin) hulpbehoevende bejaarden geholpen worden door geschoold personeel.

Wat de poetsdiensten betreft, die zowel bejaarden als gehandicapten helpen, zijn er geen uitgesplitste cijfers beschikbaar. Van de bejaarden die thans thuisverzorging krijgen zijn er +/- 10 % die zonder deze dienstverlening in een rust- en verzorgingsinstelling (R.V.T.) zouden moeten opgenomen worden. Voor verschillenden betekent dit dat eveneens de partner zou moeten worden opgenomen in een instelling, wat in beide gevallen een aanzienlijke méérprijs zou kosten naast de ingrijpende menselijke problemen, o.a. de feitelijke scheiding van de echtgenoten en het verlaten van het natuurlijk milieu.

- Van bovengenoemde groep thuisverzorging kan eveneens gezegd worden dat +/- 20 % bestaat uit mensen die door deze dienstverlening vroegtijdig het ziekenhuis mogen verlaten, wat eveneens kostenbesparend is.

Uit het onderzoek : "Kostprijs van de Thuisgezondheidszorg" door het H.I.V.A./K.U.L. 1985, kan afgeleid worden, vanuit de diagnosebladen van de geneesheren, dat door de thuiszorg voor 70 % van de gevallen een opname kan vermeden worden. Daarvan zou anders de helft naar een ziekenhuis, 40 % in R.V.T. of bejaardentehuis en 10 % in een revalidatiecentrum, de psychiatrie of een andere instelling moeten. De kostprijs is daar in elk geval vanzelfsprekend hoger.

- De zware en meer complexe zorgenvraag, met zeer dikwijls de behoefte aan infrastructuur en professioneel georganiseerde zorgen en dienstenverstrekkings neemt exponentieel toe vanaf de leeftijd van ongeveer 75 jaar. Een groeiend deel van deze bejaarde personen zijn daarenboven (sociaal) alleenstaanden, wat een bijkomend begeleidings-, zorgen- en beleidsprobleem stelt. (zie verder : een voorstel)

Voor de toenemende zwaardere en complexe gevallen zal de zorgenvraag in de praktijk meestal een typische bejaardeninfrastructuur zijn, zoals het bejaardentehuis, de bejaardenflat en/of een bijzondere dienst, d.w.z. een "G"-(Geriatric) dienst van een algemeen ziekenhuis voor acute globale zorg en/of een "R.V.T.-(Rust- en verzorgings) dienst in een gespecialiseerd bejaardentehuis. Daarnaast is er nog de psycho-geriatrie (Vp bedden). In deze laatste twee wordt er een continue medische en paramedische zorg verstrekt aan zwaar hulpbehoevenden door speciaal daartoe opgeleid personeel.

Het Beleid zal er rekening mee dienen te houden dat in de nabije toekomst de R.V.T. bedden snel dreigen volzet te geraken en zelfs definitief dicht te slibben net zoals jaren geleden de V-diensten. Het gaat inhoudelijk dikwijls om dezelfde types patiënten-bejaarden.

Enkele Besluiten :

- Financieel hebben veel en verschillende types bejaardeninstellingen op dit ogenblik zoveel moeilijkheden dat en hun functioneren en hun voortbestaan (soms zeer) ernstig bedreigd zijn.
- De stijging van het aantal bejaarden vraagt op dit ogenblik in ons land echter geen gelijklopende stijging van het aantal bedden of plaatsen bovenop het bestaand aantal voor de zwaar zieke bejaarden. Dit omdat o.a. éénzelfde opname - bed of plaats - (reken)eenheid gedurende zijn werkingsduur door steeds méér bejaarden kan worden gebruikt, gezien er op een tijdsperiode van ± 10 jaar een rotatiefactor is van twee à drie (personen per bed of plaats). M.a.w. deze groep zware zieke of zwaar zorgbehoevende bejaarden verblijven er gemiddeld niet of zelden zéér lang.
- Voor deze doelgroep is het voor het beleid van prioritair belang dat de verschillende diensten, organismen en infrastructuren én elkaar beter kennen én daadwerkelijk samenwerken, ook met de zgn. mantelzorg van het thuismilieu, wat nu bijna niet gebeurt.

Deze samenwerking organiseren en coördineren is een zeer belangrijke en urgente opdracht voor de verschillende beleidsniveau's en instanties die met bejaardenvraagstukken bezig zijn, en dit om volgende redenen :

- omdat de preventieve gezondheidszorg, de thuiszorg en de algemene begeleidingszorg voor de meerderheid ten slotte de meest efficiënte en de goedkoopste is;
- omdat de detectie op het terrein van gezondheidsproblemen de moeilijkste is, zeker als het ook de complexe psycho-sociale problematiek betreft, die bijna altijd ook fysische gezondheidsproblemen als oorzaak of gevolg hebben;
- omdat zeker bejaarden in zéér veel gevallen ook familiale, relationele, eenzaamheidsproblemen en dikwijls ook nog inkomens- en diverse verzorgings- en woonproblemen hebben.

* Daarom een voorstel :

dat de beleidsinstanties onder een of andere formule, een systematische en mobiele bejaardenbegeleidings- en opsporingsdienst zouden ontwerpen; dit naar het "model" en met gelijkaardige opdrachten, maar SPECIFIEK VOOR BEJAARDEN, zoals het reeds meer dan een halve eeuw oude (N.W.K./O.N.E.) nu geregionaliseerde "Kind en Gezin" - "Office de la Naissance et de l'Enfance" diensten. Voor de toekomst zou dit type van diensten voor de bejaardenbevolking een rol van levensbelang kunnen vervullen, die voor de bejaardenpopulatie minstens even belangrijk is als voor de globale gezondheidszorg van de kinderen en hun gezin.

- Een laatste aspect dat niet mag en kan verwaarloosd worden bij het ontwerpen van diensten en vooral van infrastructures is de kostprijs van de bejaardenzorg, vooral voor de bejaarden-tehuizen van de diverse types.

Het beleid dient - concreet - rekening te houden met het feit dat het pensioeninkomen van de grote meerderheid van de bejaarden onvoldoende is om alleen reeds de verblijfsprijs in een klassiek bejaardentehuis te kunnen betalen. D.w.z. het verschil wordt voor de zwaksten ofwel bijgepast door het O.C.M.W. ofwel aangerekend aan de familie (onderhoudsplicht), wat meestal voor de bejaarden nog bijkomende familiale conflicten meebrengt en dit op een levensmoment dat zij reeds eenzaam, meestal zorgbehoevend op verschillende vlakken en dikwijls ziek zijn.

Rekening houdend met de twee voornoemde vaststellingen kan aangenomen worden dat men in het kader van een algemeen bejaardenbeleid zal moeten en willen nadenken, uitgaande van de verschillende concrete gegevens, over de vraag of het niet eenvoudiger en realistischer is ofwel de pensioenbedragen gelijk te stellen met de prijzen van een bejaardeninstellingsopname (bijvoorbeeld vanaf een opname) ofwel de bejaardentehuizen een ligdagprijs toe te kennen waarmee ze kunnen rondkomen. Een zwaar argument voor deze laatste oplossing is dat de meeste bejaardentehuizen (vooral deze met RVT-diensten) een vervangingsrol van het ziekenhuis overnemen, omdat ze meer en meer nog alleen de zwaarste en langdurig zorgenbehoevenden (moeten) opnemen. Daardoor zijn de problemen beleidsmatig tijdelijk alleen verplaatst.

Het moet herhaald worden dat op dit ogenblik nagenoeg alle bejaardentehuizen die onder een v.z.w.-statuut werken het financieel uitzonderlijk moeilijk hebben of financieel aan de rand van de afgrond staan, en dat er voortdurend artificiële financiële kunstgrepen nodig zijn om te overleven. Ook de bejaardentehuizen van de O.C.M.W.'s moeten beroep doen op bijzondere tussenkomsten van hun overheid. Dat aan het financieringssysteem van de bejaardenzorg dringend wijzigingen nodig zijn is zeker.

Keuzen van vitale DOELTERREINEN

Verantwoording.

- Doel terreinen die als KADER medebepalend of frekwent determinerend zijn voor de zorg om de gezondheid in haar drie facetten.
- Doel terreinen als fundamenteën voor een efficiënt oorzakenbeleid.
- Doel terreinen waarvoor, in functie van de gezondheidszorg, een bijzondere Beleidszorg moet ontwikkeld worden.

De concrete gezondheidssituatie en de evolutie ervan, van personen en van groepen van de bevolking, wordt duidelijk in een positieve of negatieve richting ook medebepaald en soms gedetermineerd door één en meestal meerdere externe kaderfactoren, die hier doel terreinen worden genoemd, en waaromtrent overtuigend onderzoek per terrein aanwezig is.

Deze levens-context-aspecten van personen of groepen dienen als wezenlijke bestanddelen mede opgenomen te worden binnen een visie op de gezondheidszorg en binnen een globaal concreet beleid voor de zorg om de gezondheid. Zij dienen ook ingepast te worden in het ontwerp en de uitwerking van een oorzakenbeleid, waarvoor hier steeds is gepleit.

Het is overvloedig bewezen dat veel aandoeningen, veel ziek zijn en veel ziek worden onder de differente vormen en intensiteiten ervan mede-veroorzaakt of rechtstreeks het gevolg zijn, moeilijker kunnen verzorgd worden of niet tot een normaal herstel of oplossing komen omwille van wat men levenscontextproblemen kan noemen, waarbinnen personen of groepen (moeten) functioneren.

Omwille van de Interdependentie met alle andere factoren die belangrijk zijn voor de gezondheid en de gezondheidszorg, en die in de vorige delen besproken zijn, moeten deze doel terreinen een afzonderlijke aandacht krijgen.

Omwille van de complexiteit van deze voor de gezondheidszorg supplementaire vraagstukken kan in dit rapport alleen zeer kort op de belangrijkheid van de doel terreinen gewezen worden en kunnen hier alleen de belangrijkste luiken slechts aangestipt worden.

I. Het gezinsbeleid :

Het gezin is een eminent kader van zorg om de persoon. Bij ziekte van eenvoudige aard maar vooral bij zware langdurige of chronische ziekten van gezinsleden, bij verwaarlozingen, conflictsituaties, breuken, echtscheidingen of sterfgevallen is het gezin een eerste plaats van zorgenverstrekingen, maar soms en blijktens onderzoek voor aanzienlijke aantallen personen ook een bron moeilijk herstel of van ziek worden onder de diverse vormen ervan.

Gezien het belang van het gezin, dat uit alle nationale en internationale waardenonderzoeken blijkt; en gezien de veelheid van taken en de moeilijkheidsgraad ervan is het OOK een taak van de diverse overheden om te helpen zorgen voor die opvoeding, die informatie, die voorlichting, die begelei-ding van jongeren ter globale voorbereiding op gezinsverantwoordelijkheid met inbegrip voor de diverse verantwoordelijkheden voor de totale gezondheid van alle gezinsleden; zelfs al zou men hierbij alleen maar denken aan de kennis van de eerste vaak levensreddende hulp bij ongevallen en aandoeningen (cfr. hartinfarct).

Om hieraan mee te werken is er duidelijk ook een georganiseerde actieve samenwerking nodig tussen alle instanties die professioneel bezig zijn op dit vlak, zoals het onderwijs, de diensten van het medisch schooltoezicht, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de consultatiecentra voor levens- en gezinsmoeilijkheden, de O.C.M.W.'s, de diensten voor Kind en Gezin, de verschillende medische diensten, de huisartsen, de informatie- en vormingsdiensten van de openbare en private sector enz. enz.

Voor de bestaande gezinnen dient het beleid enerzijds een preventief zorgaanbod en anderzijds voor deze in diverse moeilijkheden een gecoördineerd hulpbeleid te organiseren en beschikbaar te stellen. Het dalend aantal huwelijken, de toename van het aantal éénoudergezinnen, een deel van het scherp stijgend aantal echtscheidingen, de dalende nataliteit, het probleem van de kindermishandeling, een deel van de suicide enz. enz. zijn mede indirecte bewijselementen dat er zowel ernstige veranderingen plaatsvinden als dat er belangrijke problemen in en rond het gezin plaatsvinden. Verschillende van de hierboven vermelde instanties kunnen ook hierbij zeer nuttig inge-schakeeld worden. Het lijkt immers op schizofrenie te klagen, ook vanuit de diverse beleidsinstanties, over deze fenomenen en voor sub-aspecten oplossingen te willen zoeken, maar geen globaal en coherent gezinsbeleid te hebben en er zelfs geen visie voor pogen te ontwikkelen.

Het moet hierbij ook voor iedereen kunnen duidelijk worden dat, zonder het nut en de hulp ervan maar enigszins in twijfel te willen trekken, de zoveel los van elkaar staande tarievenverminderingen "allerlei", de subsidies, de aftrekken, enz. en zelfs de kinderbijslagen *alleen maar* financiële tegemoetkomingen zijn, die duidelijk geen globale en coherente gezinsbeleidsresultaten geven.

Dus : moet in functie van het beleid de vraag gesteld worden om voor een dergelijk gewichtig doelsterrein van algemeen nut, dat zoveel impact heeft op de zorg om de gezondheid, op een centrale plaats in het beleid een gespecialiseerde instantie met een globale eindverantwoordelijkheid te belasten voor het gehele doelsterrein. Deze kan dan ook o.a. de zorg dragen voor het nodige wetenschappelijk onderzoek.

Het gevaar is nu bijzonder groot dat men blijft gevangen zitten in een wildgroei van de soms belangrijke en positieve deelaspectenzorg, maar dat men nooit komt tot een coherent oorzaken- en gevolgenbeleid. Op dit ogenblik moet iedereen een gedetailleerde versplintering van bevoegdheden, diensten, taken, verantwoordelijkheden en dienstverleningen vaststellen.

Deze ressorteren meestal onder diverse en volkomen los van elkaar staande overheids- of door de overheid gesubsidieerde instanties en overheidsstructuren. De vraag naar een eindverantwoordelijkheid, een globale coördinatie en coherentie is een basisantwoord voor efficiëntie en tegenover de hoge kosten van de fragmentering met een onmeetbare doeltreffendheid.

II. Het armoedebeleid is een "preventief" gezondheidszorgbeleid.

a) Situering

Zuiver ethisch bekeken is armoede natuurlijk een onrecht, ook voor de fysische en psychische en sociale ontplooiing zowel van het kind als van de volwassene. Voor velen is armoede nog steeds alleen gelijk aan een scherp gebrek aan koopkracht waardoor men duidelijk over te weinig voeding, kleding en onderdak beschikt. Deze begripsvorming is duidelijk te eng, bekrompen en voorbijgestreefd.

Er zijn verschillende oorzaken van armoede, zoals gebrek aan scholing en vorming, familiale problemen, ziekte, handicap, het niet bereiken van een arbeidsplaats enz; m.a.w. het gebrek aan een nuttigheidsrol van de mensen in de samenleving. Armoede is in elk geval ook het ontbreken van minstens één vitale BASIS van globale gezondheid, zoals o.a. de wereldgezondheidsorganisatie die voor het jaar 2000 wil gerealiseerd zien.

Armoede is een indirecte bron van reeksen ongezondheid, zoals fysische ziekten, o.a. medeveroorzaakt door gebrek aan preventie, door gebrek aan gezonde voedings- en leefgewoonten, door gebrek aan gezond wonen, enz. maar ook van psychische en sociale deficiënties. Deze drie dimensies komen vaak in gecombineerde vormen voor. Dit is ten overvloede door multidisciplinair onderzoek bewezen.

b) pro memorie enkele hoofddaccenten :

- de ongelijke kansen op gezondheid;
- de ongelijke kansen op gezondheidszorg;
- de grotere kwetsbaarheid van de totale gezondheid ten gevolge van diverse ongelijke kansen.

In het verslag aan de Koning Boudewijnstichting : "Armoede en bestaanszekerheid in België" (van september 1983 - blz. 113 en vlg.) komt de "Commissie Geneesheren" tot o.a. volgende vastellingen :

- de factoren als ontoereikende uitkeringen, onaangepaste voorzieningen en administratieve traagheid en onverschilligheid, spelen een cruciale rol in het verarmingsproces dat zo dikwijls begint na of zelfs tijdens een ziekte, en de ernst en de duur van de ziekte evenals het financiële weerstandsvermogen van de zieke zijn hierbij van doorslaggevend belang;
- chronische ziekten en ziekten die een geleidelijke aftakeling veroorzaken, zijn het duidelijkst aanleiding voor verarming;
- het afnemen of verdwijnen van de fysieke en psychische mogelijkheden speelt een belangrijke rol, niet alleen omdat de zieke niet langer ingeschakeld is in het productieproces maar ook door het fysiek en psychologisch isolement waarin hij verglijdt. Het economisch gebeuren blijft inderdaad de gelegenheid bij uitstek voor gestructureerde ontmoetingen en voor sociaal contact en sociale erkenning. De vereenzaming van de zieken wordt echter versterkt door hun onvermogen om zich vrij te verplaatsen waardoor ze aangewezen zijn op de welwillendheid van anderen;
- ook tijdens hun jeugd blijven de kinderen uit sociaal-economisch zwakke groepen in deze kwetsbare toestand. Ze zijn doorgaans minder bestand tegen een aantal (virale en bacteriologische) infecties dan de kinderen uit de begoede klassen. Daarenboven wonen ze in riskantere leefomstandigheden, zoals o.m. de veelvuldig ziekten en aandoeningen veroorzakende luchtverontreiniging, die regelmatig veel groter is in stadscentra en vooral in die wijken die dichtbij de meeste industriële centra of dichtbij sommige belastende bedrijven liggen; ook het ongevalrisico is er groter, zowel thuis als op straat;
- als volwassenen zullen ze in ongunstige en zelfs gevaarlijke omstandigheden moeten werken en zijn ze ook vaker het slachtoffer van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Gezien ze meestal in verkrottende stadscentra of in fabriekswijken wonen, leven ze ook buiten de werkuren in meer ongezonde omstandigheden. Hun sterkere economische en arbeidonzekerheid versterkt nog de stress die daardoor op hun toekomst en op hun gezinsverhoudingen rust;
- de eetgewoonten zijn niet van die aard dat ze bovengenoemde negatieve effecten enigszins kunnen wegwerken. Integendeel goedkoper calorierijk voedsel en onvoldoende noodzakelijke voedingsstoffen versterken ze;
- de meest aangrijpende vaststelling is wel de ongelijkheid tegenover de dood. Opzoeken in Frankrijk wezen uit dat op 1.000 mannen ouder dan 35 jaar, meer dan de helft 75 jaar worden in de hogere sociale klassen, terwijl in de lagere sociale categorieën niet eens één op drie deze leeftijd halen. Ook het kindersterftecijfer ligt aanmerkelijk hoger voor deze arme bevolkingsgroepen;
- de maatschappelijke leefsituatie van de moeder blijkt doorslaggevend voor de verklaring van het frequenter voorkomen van lage geboortegewichten en aangeboren misvormingen. Inadequate voeding, slechtere algemene arbeids- en huisvestingstoestanden, een minder goede medische begeleiding, enz. hebben een ongunstige invloed op de zwangerschap.

c) Algemeen kan gesteld worden dat :

- door hun specifieke werk- en leefomstandigheden, de gezondheidstoestand van de arme bevolkingslagen beduidend slechter is dan die van de rest van de bevolking;
- diezelfde bevolkingsgroepen anderzijds in mindere mate gebruik maken van de gezondheidsvoorzieningen. Vooral op het vlak van de diverse gespecialiseerde hulpverlening is er een duidelijke achterstand.
- met betrekking tot de inkomensverdeling na belasting het herverdelend effect van de directie personenbelasting naar de laagste inkomensgroepen in vraag kan gesteld worden; met als gevolg dat o.a. hierdoor ook de algemene gezondheidssituatie van deze groep niet kan verbeteren. (Bron : Verslag aan de Koning Boudewijnstichting : "Inkomen, Arbeid en Sociale Zekerheid", december 1987)

d) Uit wat voorafgaat kunnen alvast twee besluiten getrokken worden :

- de gegevens waarover men nu beschikt bewijzen meer dan voldoende de interdependenties tussen het weliswaar relatief begrip armoede en de diverse aspecten van de gezondheid, alsook de ernst van de gevolgen ervan voor de gezondheid, en dit op korte en vooral op lange termijn; alsook het feit dat er weinig vooruitgang geboekt werd gedurende het laatste decennium.
- alle niveau's van het overheidsbeleid dienen een detectie-, een preventie- en een coördinerende rol tussen de vele betrokken diensten en instanties tot ontwikkeling te brengen, wil men de verbanden tussen armoede en ongezondheid afzwakken of afbreken.

III. Het preventie- en het voorlichtingsbeleid.

Dit is een domein dat, ten verkeerde titel, zowel bij veel burgers als bij veel beleidsmensen in zijn nut en efficiëntie onderschat, geminimaliseerd of vergeten wordt. Het wordt zelfs nog dikwijls als een luxeproduct beschouwd. Preventie wordt dikwijls simplistisch herleid tot enkele medische handelingen; zoals bepaalde inenting, controles in de school, controles van gevaarlijke arbeid, in de sport, enz., hoe zeer belangrijk deze ook zijn.

Uit gericht onderzoek blijkt dat de overgrote meerderheid van de bevolking, zelfs van de best geschoolde bevolkingsgroepen, absoluut veel te zwak en vaak verkeerd geïnformeerd is over de voorzorgen die men kan en moet nemen om de eigen gezondheid te beschermen en te bevorderen; zowel inzake algemene gezondheidsverzorging (bv. voedings- en leefgewoonten) als t.a.v. acute en chronische aandoeningen. Dit geldt ook i.v.m. de eerste en uiterst belangrijke levensreddende of schadebeperkende handelingen, ingrepen, voorzorgen die dienen ondernomen te worden bij een plotse acute aandoening of bij een ongeval.

Er zijn drie belangrijke types van preventie :

- a) de **primaire** preventie : het algemeen voorkomen van ziekten of aandoeningen;
- b) de **secundaire** : het zo vroeg mogelijk onderkennen van de ernst van een klacht of ziekte, zodat zo snel mogelijk efficiënt kan gehandeld worden door de juiste gespecialiseerde professionele zorgverstrekkers;
- c) de **tertiaire** : het voorkomen van de gevolgen van een aandoening of klacht die mogelijk te vermijden zijn, alsook de beperking van de schade ervan.

Echte preventieve geneeskunde en gezondheidszorg is een zelfstandig doelterrein met brede vertakkingen. Het gaat hand in hand met gezondheidsvoorlichting en opvoeding, met de diverse taken van de gehele eerstelijnszorg, van de school, van de arbeidsgeneeskunde, van de diensten Kind en Gezin, van de bejaardendiensten enz. De gehele specialistische geneeskunde en gezondheidszorg heeft hierbij ook belangrijke en bijzondere taken, en ook de verschillende openbare volksgezondheidsdiensten moeten er bij betrokken worden. In verhouding worden er veel te weinig middelen en man-power aan het gehele luik van de preventie en de voorlichting ingezet.

Slechts enkele Besluiten :

- voor heel wat ziekten, aandoeningen en gezondheidsproblemen zowel acute als chronische kan een preventieve zorgenpolitiek gevoerd worden, hetzij onder de vorm van voorkomen, vroegtijdig onderkennen of schadebeperken van ziekten of aandoeningen door een regelmatig medisch onderzoek of check-up. Dit zou moeten kunnen vanaf een bepaalde leeftijd systematisch geschieden, en rekening houdend met hereditair, beroep, bepaalde symptomen enz., en ook voor de bevolkings- en beroepsgroepen die de grootste risico's lopen en het meest kwetsbaar zijn. Gedacht wordt aan die groepen ziekten die belangrijke doodsoorzaken vormen, aanleiding geven tot handicaps en invaliditeit evenals aan de belangrijke chronische ziekten. Daardoor kunnen ook veel reeds zieke of verzwakte mensen zowel zolang mogelijk nog een graad van activiteit als een graad van levenskwaliteit en levenscomfort behouden.
- alle lagen van de bevolking en nog zéér veel beleidsinstanties moeten overtuigd worden van het feit dat het veel efficiënter én goedkoper is om periodisch preventieve onderzoeken te verrichten en voorzorgen te nemen, zeker als de risico's toenemen, dan het verzorgen van acute ziekte-toestanden en nog meer dan het verzorgen van de chronische gevolgen ervan. Daarom is het nodig dat er een gezondheidsvoorlichtingsbeleid tot stand komt; dat alle bevolkingslagen en verantwoordelijken bereikt, en dat steunt op de medewerking van de wetenschappelijke centra en op alle instanties die de nodige informatie kunnen verspreiden.

- er moet gepleit worden om voor dit domein zowel een coherente visie te ontwikkelen als om een centraal beleidslichaam de verantwoordelijkheid en de zorg op te dragen voor de uitbouw van centra die ter plaatse verantwoordelijk zijn voor de organisatie, de sensibilisering en de coördinatie van alle aspecten van de preventie, voor de gezondheidsvoorlichting; voor de gezondheidsopvoeding en voor het nodige toezicht en dit zo dicht mogelijk bij de bevolking; bijvoorbeeld voor gemeenten, scholen, sociale en beroepsorganisaties, ondernemingen (zeker voor deze waar gezondheidsrisico's aanwezig zijn, arbeidsinspecties, media enz.

Beleidsmatig is het preventiebeleid een nagenoeg braakliggend terrein dat om een denkkader en een organisatie vraagt, al was het maar om veel leed en veel overbodige onkosten achteraf te vermijden.

IV. Het beleid van de arbeidsgezondheidszorg.

a) Situering

De arbeidssituatie is t.a.v. de drie facetten van de gezondheid, naast de functie van directe inkomensbron, een terrein van positieve kansen zowel van vooral psychische en sociale ontplooiing als een terrein van tijdelijke en soms definitieve schade aan de gezondheid.

Wat de gezondheidsschade betreft moet worden gedacht aan o.a. de arbeidsongevallen (op het werk en op de weg van en naar het werk), de beroepsziekten, de stress bij overbelasting, de arbeidsgebonden bekende psychosomatische aandoeningen, zoals de maagzweren en de bioritmeontregelingen o.a. door de werktijdenorganisatie (ploeg- en nachtwerk enz.) waardoor slapeloosheid en oververmoeidheid ontstaan o.a. soms met ongevallen en productiefouten tot gevolg, het arbeidsgebonden alcoholisme, het teveel of verkeerd gebruik van tranquilizers enz. bij arbeid, een deel van de hartinfarcten, een deel van de psychiatrische patiënten, een deel van de suïcide enz. (Bijvoorbeeld wat de suïcide betreft, blijkt uit een onderzoek van de psychiatrische kliniek van het U.Z. van Gent o.l.v. Dr. C. Jannes over de jaren '86, '87 en '88, bij jongeren tussen 15 en 24 jaar die een suïcidepoging ondernamen dat, samen met familiale en relatieproblemen, alcoholproblemen, mislukking in studie en beroep, niet minder dan 30 % werkloos waren op het ogenblik van de feiten; m.a.w. het niet hebben van een sociaal-normale rol is een psychische ondermijnende factor). In de concrete gezondheidszorg zijn al de elementen van deze problematiek bekend, elders zijn ze nog onvoldoende tot het bewustzijn doorgedrongen. Niet zelden zijn er ook verbanden met de drie voorgaande doelterreinen.

b) De rol van de Arbeidsgeneeskunde

Heel wat ondernemingen hebben een bedrijfsarts in dienst, hetzij in permanentie in de grote bedrijven hetzij via afspraken en bezoeken in de kleinere ondernemingen.

Volgens het Statistisch Jaarboek van het Ministerie van Volksgezondheid over de dienstjaren 1986-1987, uitgegeven in oktober 1989, waren er in 1985 258 bedrijfsgeneeskundige diensten in werking (tegen 295 in 1983), 64 interbedrijfsgeneeskundige diensten (tegen 74 in 1983) en 243 medegebruikers van een arbeidsgeneeskundige dienst (tegen 257 in 1983). Bij de interbedrijfsgeneeskundige diensten waren er in 1985 113.090 ondernemingen aangesloten (tegen 101.830 in 1983). In 1985 bedroeg het aantal bedrijfsbezoeken van de arbeidsgeneeskundige diensten 106.302 tegen 98.249 in 1983.

In theorie zou de bedrijfsarts het persoonlijk vertrouwen moeten hebben van de werknemers omdat hij onpartijtig is en gebonden door het beroepsgeheim. Zijn taak is niet ziekten of persoonlijke afwijkingen concreet te behandelen noch de afwezigheden wegens ziekte te controleren. Hij wordt door de werknemers niet vrij gekozen, wel zijn deze verplicht zich aan bepaalde onderzoeken te onderwerpen. Door dit alles weten dikwijls noch de werkgevers noch de werknemers hoe ze met de bedrijfsarts moeten omgaan t.a.v. de zorg om de gezondheid binnen de onderneming; hetgeen een afzonderlijk probleem is.

De officiële hoofdopdrachten en de preventieopdrachten van de bedrijfsarts zijn echter dubbel.

1)- de zgn. **sociaal-geneeskundige opdracht** :

- a)- het bestuderen van en de informatie omtrent de toxiciteit, van de gevaren en de voorzorgen die genomen moeten worden bij het behandelen en verwerken (productieprobleem) van grondstoffen, chemische producten enz.. Van deze laatste zijn er naar schatting 50.000 in de industrie regelmatig in gebruik en voortdurend komen er nieuwe stoffen bij (het totaal aantal bestaande chemische stoffen dat in ondernemingen wordt gebruikt, wordt geraamd tussen 4 en 5 miljoen).
- b)- als werknemers schade, ziekten, handicaps, ongevallen, vermindering of verlies van hun arbeidsgeschiktheid overkomen moet hij helpen zoeken naar oplossingen voor de betrokkene(n) én beroep doen op de verzekeringen en op de ziekteverzekering.

2)- de **preventie-opdracht** :

a) naar de **persoon toe** :

- het periodisch medisch onderzoek dat voor sommige beroepen en voor minderjarigen verplicht is. De werknemers kunnen hem ook vrijwillig om een onderzoek vragen. Dit onderzoek kan gaan over de beroepsgeschiktheid, over gezondheidsraadgevingen, over de detectie van ziekten die met het werk verband houden, enz.;
- de regelmatige inentingen tegen gevaren, risico's enz. en tegen besmettingen;

- de organisatie van een eerste en vroegtijdige hulp bij ongevallen (E.H.B.O.).
- b)- naar de **algemene preventie** in het arbeidsmilieu zelf, waar de bedrijfsarts medeverantwoordelijk is voor diverse aspecten :
- de algemene hygiëne van het arbeidsmilieu;
 - het verminderen en het wegnemen van de ziekte- en schaderisico's, de bewaking en de controle op de ziekterisico's, zowel van produkten, methodes van productie als van machines en apparatuur;
 - de bewaking van de veiligheid om arbeidsongevallen te voorkomen en te beperken.

Besluiten :

- de hierbovengeciteerde officiële opdrachten zijn slechts een zeer beperkte en ruwe opsomming van de taken van de bedrijfsarts en zijn eventuele medewerkers. Ze toont mogelijkheden en problemen aan, maar toont **tegelijktijd dat één persoon (de arts) of enkele mensen onmogelijk al de bestaande concrete problemen kunnen opvolgen, bewaken en organiseren.** Daarenboven zullen hun tussenkomsten niet zelden op grote weerstanden stoten, al was het maar omdat ze dikwijls direct of indirect kosten veroorzaken.
- ook op dit terrein heeft de overheid een dwingende rol zowel op het vlak van de **detectie van de oorzaken**, kansen en risico's van gezondheidsschade als op het vlak van de **reglementering en de preventie**, al was het maar omdat de gemeenschap de eindrekeningen betaalt. Op de *naamloze gemeenschap* wordt vaak en gemakkelijk op een legale wijze gezondheidsschade afgewenteld zonder directe kosten voor de producenten ervan. Daardoor wordt o.a. de sociale zekerheid extra belast. Om al deze redenen en wegens het groot aantal interdependenties lijkt het zinvol en logisch dit gezondheidszorgterrein met een bijzondere opdracht op een aangepaste wijze te integreren in het globaal gezondheidszorgbeleid.
- wegens de omvang en vooral wegens de complexiteit van de opdracht en ter verbetering van de efficiëntie en de preventie zou kunnen bestudeerd worden om op een centrale plaats een onafhankelijke beleidsdienst op te richten of te belasten met een globale verantwoordelijkheid voor o.m. de informatie omtrent de gezondheidsrisico's o.m. van producten, productie- en gebruiksmethodes, de nodig te nemen voorzorgen en beveiligingen, enz., de voorlichting over alternatieven, de toelatingen en verplichtingen voor het in gebruik nemen van apparatuur, producten, werkingsprocedes (cfr. zoals voor de brandveiligheidstoelatingen), de mogelijkheid tot begeleiding door specialisten, de wetenschappelijke opvolging en studie van nieuwe stoffen en methodes en de gevaren voor de gezondheid ervan, de doeltreffende en systematische controles met sanctionering, de aanpassing van wetgeving enz.

V. Het wonen, de wooncultuur, het leefmilieu en het gezondheidszorgbeleid

Overvloedig wetenschappelijk onderzoek heeft op diverse domeinen aangetoond dat er talrijke en zeer diverse, meestal indirecte, verbanden bestaan tussen diverse gezondheidsproblemen en het geheel van vraagstukken van het wonen. Het toont aan dat er verbanden bestaan tussen de kwaliteit van de woning en de voorzieningen ervan, van de leefmilieu-kwaliteit van een buurt of woongebied en de frequenties van het voorkomen van bepaalde aandoeningen, de grotere kwetsbaarheid van de gezondheid en de verzorging van de gezondheid van personen en groepen die er wonen. Het zijn vooral de jonge kinderen, de bejaarden en zij die reeds in een verzwakte gezondheidstoestand verkeren die de meeste schade lijden, en daardoor meer beroep moeten doen op zorgenverstrekkingen, geneesmiddelen enz. De problemen situeren zich vooral in dichtbevolkte stedelijke en industriële centra.

De verwarring omtrent dit gezondheidszorgterrein spruit voort uit het feit dat het bevorderen van de ongezondheid, die medege-determineerd is door het wonen en/of een leef- en woongebied, een geruisloze en langzame oorzaak is, en daarom als oorzaak of medeoorzaak vaak vergeten of verwaarloosd wordt.

Gewoon om aan te tonen dat er gezondheidsproblemen zijn verwijzen we naar de onderzoeken van het Nationaal Instituut voor de Huisvesting. Uit de "Pellingsenquête van 1982-'83" (de laatste beschikbare cijfers) blijkt dat er voor 39 % van de woningen gezondheidsproblemen bestaan; 25,82 % zijn ongezond maar verbeterbaar en 13,20 % zijn ongezond en niet verbeterbaar.

Uit de internationale vergelijking van de Commission Economique pour l'Europe : "Situation de l'habitation de la Région de la C.E.E. vers 1990" (Nations Unies/New York/Geneve, 1987) blijkt dat van de 25 Europese landen waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, inzake enkele gezondheidsvoorzieningen van de woning, België slechts op de 13de plaats komt. Zowel de overheid als de bouwsector kunnen daaruit hun conclusies trekken.

Slechts enkele Besluiten :

- de bestaande gegevens bewijzen dat er voor belangrijke percentages en groepen van de bevolking ernstige problemen en gevaren zijn, en dat in de laatste decennia niet de nodige vooruitgang werd geboekt inzake verbetering van de woonkwaliteit.
- één van de medeorzaken hiervan is zeker het feit dat de woningbouwondernemingen logischerwijze nieuwbouw op nieuwe bouwterreinen verkiezen boven nieuwbouw of vernieuwbouw in de steden, omdat dit administratief eenvoudiger en technisch gemakkelijker is. Deze politiek heeft indirect sterk bijgedragen tot de verkrotting van belangrijke delen van het stedelijk woonpatrimonium, en meteen tot de ongezondheidsgraad van het wonen in steden.

- daarenboven zijn de meeste belangrijke **gevaargebieden** voor de volksgezondheid gekenmerkt door de **concentraties** in de grote steden van luchtvervuiling door industrie, door veel, belastende en slechte of slecht onderhouden huisverwarmingsinstallaties, door zware knooppunten van vervoer, door tekort aan groenvoorzieningen, door lawaaihinder en door onveilig georganiseerde verkeersordening.
- * Dus : aan het wonen zijn er ook additionele en complementaire problemen gekoppeld t.a.v. de gezondheid; m.a.w. het wonen, de wooncultuur en de woongebieds- of leefmilieuproblematiek moeten **als een geheel** en vanuit een gezondheidsdimensie beleidsrijp gemaakt worden., of laten we verder het toeval zijn negatieve rol spelen ... ?

IV. De organisatie van de zorgenverstrekking

Belangrijke basiscomponenten en vraagstukken

Verantwoording

- De Inhoud van dit rapport en de rode draad erdoorheen is **driezijdig** :
 - Vooreerst is onderstreept dat, hetgeen de zorg om de Gezondheid is genoemd, bestaat uit verschillende onderling interdependente deeldomeinen en dat daartussen er een grote noodzaak aan samenwerking en coördinatie duidelijk naar voor komt; *als* er de luisterbereidheid bestaat naar de wetenschappelijke ontwikkelingen én naar de praktijkervaringen;
 - vervolgens is er het onderkennen van een belangrijk aantal differente ernstige organisatie- en beleidsvraagstukken, zowel op het terrein als van de overheid;
 - en ten slotte is er het pleidooi om voor het domein van de zorg om de Gezondheid een visie te ontwikkelen voor de toekomst EN daarbinnen het als een logisch én feitelijk coherent geheel te willen aanzien én organiseren in zijn functies en opdrachten.
- Het **streefdoel** van dit rapport is een uitnodiging om over de totaliteit van de realiteiten van een de belangrijkste domeinen van de sociale dienstverlening, die de zorg om de Gezondheid toch is, een objectieve beleidsgerichte **discussie ten gronde** mogelijk te helpen maken; dit omwille van de vitale belangrijkheid en de toekomst van dit domein.
- Naast de vele fundamentele en voor de kwaliteit van de Gezondheidszorg belangrijke aspecten zijn er de belangrijke **kwantitatieve basiscomponenten en vraagstukken** die de organisatie van zorgenverstrekingen sterk beïnvloeden; daarom **dit vierde deel**.

Dit vierde deel is complementair met het derde deel; omdat in orde van belangrijkheid het de doelgroepen en doelterreinen zijn die de zin van het bestaan vormen van de organisatie van de zorgenverstreking, van de zorgenverstrekkers en van de infrastructuren. Dit deel is dan ook eveneens een confrontatie met feitenbronnen. Hierbij is gepoogd om door een **globale benadering** omtrent (slechts drie) essentiële basisgegevens voor de organisatie van de zorgenverstreking, die schijnbaar eenvoudig zijn maar toch controverses oproepen, objectieve waarnemingen aan te brengen, die de discussie kunnen ondersteunen.

Een eerste basisgegeven voor een discussie over de organisatie van de zorgenverstreking kan zeker dit zijn van het aantal (verschillende) zorgenverstrekkers dat **actief is op het terrein en in allereerste plaats concreet direct zorgen verstrekt aan patiënten**, en deze taak toch als (± enige) beroepsbezigheid heeft. Een basisgegeven dat eveneens zeer belangrijk is voor de organisatie is het aantal verzorgingseenheden geconcretiseerd in de ziekenhuisactiviteiten.

Ten tweede is er het discussieaspect van de kostenproblematiek van de zorgenverstrekkingsaanbieders per zorgverstrekkers, daarvoor is vooral beroep gedaan op RIZIV-gegevens.

Ten derde is er het beperkt onderzoek naar de vormveranderingen in de juridische organisatie van de zorgverstrekkingsaanbieding. Deze aan de gang zijnde evolutie die naast de evidente fiscale aspecten vooral bezig is de organisatie van het aanbod van de gezondheidszorgverstrekkingsaanbieding voor de toekomst diepgaand te beïnvloeden.

- Het doel van het hiernavolgend vierde deel is niet alleen van informatieve of analytische aard.

Het zal in elk geval ook aantonen dat over eenzelfde (eenvoudig) fenomeen, zoals bijvoorbeeld het aantal zorgverstrekkers, zelfs de elementaire statistische gegevens die afkomstig zijn van verschillende zeer betrouwbare bronnen zéér sterk kunnen uiteenlopen, zelfs in die mate dat zonder voorkennis zware interpretatiefouten gemakkelijk mogelijk zijn.

Dit komt niet alleen omdat het cijfermateriaal soms laattijdig voorhanden is of omdat de verschillende bronnen andere definities hanteren; maar vooral omdat de dieperliggende oorzaak het feit is dat er zelden zuivere begrippenkaders bestaan die officieel gedefinieerd zijn en dat er zelden officieel exact, consensus-cijfermateriaal bestaat dat gemaakt wordt vanuit de concrete gezondheidszorgrealiteit én *in functie* van een volksgezondheidsbeleid.

In dit vierde deel, eveneens als een parameter, zijn de globale uitgaven van het RIZIV voor de zorgverstrekkingsaanbieding opgenomen; mede omdat, gezien de meningverschillen over het gewicht van het zorgverstrekkingsaanbod, de uitgavenkosten voor de zorgverstrekkers van fundamenteel belang zijn voor een discussie.

Daarenboven betekenen de kosten per zorgverstrekkers, vanuit het standpunt van de zorgverstrekkers, hun vergoeding voor prestaties, inzet, kennis, beschikbaarheid en verantwoordelijkheid. Dit aspect raakt een centraalstaand en steeds terugkerend vraagstuk rond de vraag of de zorgverstrekkers door het betalingssysteem objectief en op een aangepaste wijze vergoed worden voor hun opdrachten.

Aan de hand van de aangebrachte officiële cijferparameters, het globaal volume van de RIZIV-uitgaven en het aantal zorgverstrekkers, kunnen *gemiddelde* kosten of vergoedingen per zorgverstrekkers berekend worden. De bekomen cijfers kunnen vergeleken worden met de cijfers van andere maatschappelijk vergelijkbare professionele groepen, waarbij zou kunnen vastgesteld worden dat voor enkele beroepsgroepen de gemiddelden zelfs vrij gunstig liggen als geen rekening gehouden wordt met het feit dat het bruto-gemiddelden zijn.

Het groot bezwaar echter tegen de mogelijke vergelijkingen is dat hiermee geen afdoende antwoord kan gegeven op de centrale vragen en problematiek i.v.m. kosten en vergoedingen die in de twee eerste delen van dit rapport zijn aangegeven.

Om op die centrale vragen en problematiek van kosten en vergoedingen een beleidsantwoord te kunnen vinden zijn in de twee eerste delen drie elementen aangebracht.

Eenzijds dat de onvermijdelijke toename van de kosten voor gezondheidszorgen verder zullen veroorzaakt worden door een steeds toenemende bezorgdheid van de bevolking om de gezondheid, die resulteert in een groei en evolutie van de vraag, alsook door de groei van de wetenschappelijke ontwikkelingen die niet kunnen (en mogen) afgeremd worden, en die resulteren in een groei en evolutie van het aanbod; en dat dit geheel van factoren een oorzaak zal blijven van de volumeproblemen van de uitgaven. Anderzijds, gezien de structuur en de organisatie van de zorgenverstrekkingsinstellingen, is er in de twee eerste delen gepleit zowel voor een scheiding tussen de intellectuele aspecten van de prestaties en het daarmee verbonden honorarium en de technische aspecten en kosten als voor een netto honorarium; waardoor de diverse onderdelen van de kosten op een exactere wijze kunnen geëvalueerd worden. Daarnaast is gesteld dat in een nabije toekomst het niet kan vermeden worden en positief zou zijn een discussie ten gronde te organiseren over de (her)evaluatie van de *Inhoudelijke zorgenwaarden* en de nodige kostprijs van elke prestatie van de zorgenverstrekking, rekening houdend met de verschillende voorgaande elementen.

Dus : bij een beleidsgerichte discussie zal het van uitermate groot belang zijn, terwille van een efficiënte besluitvorming, om uit de interpretatie en de afweging van het bestaande soms heterogeen cijfermateriaal bruikbare, genuanceerde en zeker voorzichtige conclusies te trekken. Daarenboven zal men voor een aantal belangrijke aspecten van het zorgenverstrekkingsvraagstuk zowel moeten willen aanvaarden dat er geen of geen relevante cijfers bestaan als dat er bijkomende concrete terreinkennis nodig is om een aantal fenomenen te kunnen begrijpen en evalueren. Al deze realiteiten samen moeten ook als een conclusie kunnen aanvaard worden.

Dit deel IV bestaat uit de onderdelen :

- A - Enkele algemene basisgegevens over :
 - a) Het aspect : vrij beroep in de zorgenverstrekking
 - b) Tabellen over de globale RIZIV-uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen en over de globale uitgaven voor honoraria en prestaties.
- B - Basisgegevens over de belangrijkste types zorgenverstrekkers.
- C - Basisgegevens over de ziekenhuizen als zorgenverstrekkers.
- D - De aan gang zijnde vormveranderingen in de organisatie van de zorgenverstrekkingsinstellingen; een eerste benadering van een fundamenteel en recent aspect.

A. Enkele algemene basisgegevens over :

- a) De belangrijkste types zorgverstrekkers behoren zeer dikwijls tot de groep van de vrije beroepen.

In functie van de organisatie van de zorgverstrekking is het nuttig een inzicht te hebben omtrent de keuze van de zorgverstrekkers van een sociaal-juridisch statuut. Voor sommige beroepsgroepen, zoals de verpleegkundigen, oefent de meerderheid zijn beroep uit onder het juridisch stelsel van de loon- en weddetrekkenden; terwijl voor andere beroepsgroepen de absolute meerderheid zijn (vrij) beroep uitoefent onder het sociaal-juridisch statuut der zelfstandigen (beroepsbezigheid in België, niet door arbeidsovereenkomst of statuut verbonden); dit is ongetwijfeld zo voor de geneesheren, de tandartsen, de apothekers.

Het is evenwel mogelijk dat binnen dit juridisch statuut de verzekeringsplichtige zijn vrij beroep uitoefent als hoofdbezigheid, als "helper" (bijstaan of vervangen van een zelfstandige, zonder verbonden te zijn door een arbeidsovereenkomst) of als een "bijkomende bezigheid" (gelijktijdig, in de periode van het jaar van de bijdragen, gewoonlijk/ hoofdzakelijk andere beroepsbezigheid).

Zonder op de juridische details verder in te kunnen gaan volgt hierna, volgens de tellingen van het "Rijksinstituut voor de Sociale verzekeringen der Zelfstandigen", een statistisch beeld van de in de gezondheidszorg werkende vrije beroepen, als zorgverstrekker :

1) Evolutie	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
geneesheren	15.714	16.289	16.728	17.758	18.487	19.484	21.517
tandartsen	3.570	3.823	4.049	4.424	4.651	4.940	5.515
apothekers	4.571	4.574	4.565	4.665	4.667	4.706	4.957
paramedici (verplegers, kinesitherapeuten)	8.601	9.212	9.720	10.567	11.459	12.428	15.215
TOTAAL	32.456	33.898	35.062	37.414	39.264	41.558	47.204

Bron : Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der zelfstandigen

2) Onderverdeling (1) situatie 31.12.1987	Hoofdbezigheid			Bijkomende bezigheid		
	M	V	Totaal	M	V	Totaal
geneesheren	16.159	3.406	19.565	1.926	364	2.290
tandartsen	3.770	1.755	5.525	150	50	200
apothekers	2.855	1.727	4.582	64	38	102
paramedici (verplegers, kinesitherapeuten enz.)	5.516	7.520	13.036	1.659	1.353	3.012
	Helpers			Totaal		
	M	V	Totaal	M	V	Totaal
geneesheren	148	44	192	18.233	3.814	22.047
tandartsen	49	22	71	3.969	1.827	5.796
apothekers	125	100	225	3.044	1.865	4.909
paramedici (verplegers, kinesitherapeuten enz.)	157	206	363	7.332	9.079	16.411
ALGEMEEN TOTAAL						49.163

Bron : Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der zelfstandigen
 Spreiding van de verzekeringsplichtigen : vrije beroepen (Rapport 1988)
 (1) Telling code 501, 502, 503, 505.

- b) Globale uitgaven van het RIZIV voor geneeskundige verstrekkingen, voor honoraria aan zorgenverstrekkers, voor farmaceutische verstrekkingen, voor ziekenhuisverpleging, voor verzorging in R.V.T.-tehuizen en rustoorden voor bejaarden.

De hiernavolgende cijfers - ter informatie en als referentie voor evaluatie - zijn afkomstig van de "Dienst voor geneeskundige verzorging" van het RIZIV in de nota's aan het Beheerscomité : "Verzekering geneeskundige verzorging. Begrotingsvooruitzichten van de ontvangsten en van de uitgaven"; voor enerzijds het dienstjaar 1989 (van 6/7/88) en anderzijds voor het dienstjaar 1990 (van 5/7/1989).

- Globale uitgaven en de volutie ervan in de periode 1985-'90 voor geneeskundige verstrekkingen

	Algemene regeling		Regeling der zelfstandigen		Voor Algemene regeling + regeling zelfst.
	In mln F	%	In mln F	%	Index 1975 = 100
1985	179.439,2	+ 1,97	13.704,6	- 0,37	563
1986	203.674,9	+ 13,51	15.788,1	+ 15,20	639
1987	224.023,7	+ 9,99	16.814,6	+ 6,50	702
1988	226.828,2	+ 1,25	16.781,7	- 0,31	710
1989 (1)	239.639,1	+ 5,65	17.351,3	+ 3,52	749
1990 (2)	256.999,7	+ 7,24	18.233,8	+ 5,09	802

(1) Herzlene begroting 1989
 (2) Ontwerp van begroting (5/7/'89)

- Globale uitgaven voor de belangrijke zorgenverstrekkingssterreinen :

Algemene Regeling - Evolutie van de uitgaven over de jaren 1985-1990 (in mln/F)

(in lopende prijzen)

Omschrijving	1985	1986	1987	1988	1989 (1)	1990 (2)
Honoraria van geneesheren Algemeen Totaal	80.065,8	90.640,4	98.691,5	98.008,0	100.310,2	103.960,6
* waarvan voor Klinische biologie	23.337,3	26.240,1	28.019,1	25.989,1	23.631,2	23.970,1
Honoraria van tandheekkundigen Totaal	5.239,1	6.583,0	7.155,7	7.439,8	8.184,7	8.973,5
Farmaceutische verstrekkingen Totaal	27.430,7	31.145,8	34.487,5	38.175,5	39.726,5	45.351,4
Honoraria van verpleegkundigen Totaal	6.905,7	8.128,3	9.121,2	9.760,3	10.663,3	11.848,5
Verzorging door kinesitherapeuten Totaal	6.592,2	7.390,9	8.078,7	8.665,1	9.334,0	10.078,2
Ziekenhuisverpleging : (Verpleeg- dagprijs + forfaitaire dagprijzen + herfacturatie) Totaal	48.644,4	55.353,0	59.859,0	55.473,5	58.587,5	62.446
Rust- en verzorgingstehuizen	412,8	1.066,8	1.469,8	3.069,6	3.959,3	4.507,6
Rustoorden voor bejaarden : tegemoetkoming voor verpleeg- kundige verzorging	-	-	22,2	355,2	842,0	919,5

(1) Herzlene begroting

(2) Ontwerp van begroting (5/7/89)

Regeling Zelfstandigen – Evolutie van de uitgaven over de jaren 1985–1990 (in mln/F)

(in lopende prijzen)

Omschrijving	1985	1986	1987	1988	1989 (1)	1990 (2)
Honoraria van geneesheren						
Algemeen Totaal	6.302,1	7.348,2	7.982,9	7.927,1	8.041,3	8.321,4
* waarvan voor Klinische biologie	2.349,1	2.641,3	2.765,4	2.598,5	2.278,8	2.299,1
Honoraria van tandheekkundigen						
Totaal	25,6	30,0	32,4	35,3	37,2	40,5
Farmaceutische verstrekkingen						
Totaal	1.061,8	1.281,8	1.446,8	1.526,3	1.500,6	1.664,2
Honoraria van verpleegkundigen						
Totaal	113,4	138,4	160,2	188,2	206,3	232,7
Verzorging door kinesitherapeut						
Totaal	102,7	115,3	126,1	135,2	144,9	155,9
Ziekenhuisverpleging : (Verpleeg- dagprijs + forfaitaire dagprijzen + herfacturatie)						
Totaal	5.677,5	6.489,5	6.492,1	6.042,9	6.207,0	6.452,5
Rust- en verzorgingstehuizen	55,6	129,7	187,2	419,8	541,9	617,0
Rustoorden voor bejaarden : tegemoetkoming voor verpleeg- kundige verzorging	-	-	0,7	9,7	23,0	25,1

(1) Herziened begroting

(2) Ontwerp van begroting (5/7/89)

N.B.: Een van de typische technische prestaties die een sterke groei gekend hebben is de klinische biologie. Sinds 1980 heeft de overheid de eenheidsprijzen voor prestaties van klinische biologie regelmatig verminderd. Sinds het laatste akkoord tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen (20/6/88) en via de programmawet van 30/12/88 worden sinds 1/2/89 de honoraria voor klinische biologie in een zeer belangrijke mate voor gehospitaliseerde patiënten op een forfaitaire (ingewikkelde : verpleegdag/opname) wijze betaald (nog +/- 17 % is per prestatie).

De Index van de evolutie van de uitgaven voor klinische biologie ziet er als volgt uit (index 1975=100) : 1985 : 880; 1986 : 1.015; 1987 : 1.105; 1988 : 1.043; 1989 (budget) : 873; 1990 (budget) : 885 (Bron C.M.).

B. Basisgegevens over de belangrijkste types zorgverstrekkers

1) Het Geneesherenkorps

(a) Het probleem van het AANTAL geneesheren volgens de verschillende officiële bronnen :

1) Het Centrum voor Informatieverwerking (C.I.V./C.T.I.), dat voor het Ministerie van Volksgezondheid deze gegevens moet bijhouden, gebruikt volgende begrippen :

- "Werden opgenomen : de geneesheren met een wettelijke woonplaats in België – zowel vreemdelingen als Belgen – die in België gemachtigd zijn de geneeskunde uit te oefenen en waarvan het diploma werd geïssueerd door de Geneeskundige Commissie van de provincie waar de voornaamste bedrijvigheid wordt uitgeoefend, overeenkomstig de wetgeving betreffende de uitoefening van de geneeskunst (K.B. nr. 78 van 10.11.1967 – art. 37, B.S. van 14.11.1967 en volgende).

Deze geneesheren moeten ingeschreven zijn bij de Orde der Geneesheren van de provincie (K.B. nr. 79 van 10.11.1967) waar zij hun voornaamste bedrijvigheid uitoefenen.

Onder de geneesheren die gemachtigd zijn de geneeskunde uit te oefenen dient begrepen te worden de houders van een Belgisch wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde, de geneesheren, onderdanen van een land van de Europese Economische Gemeenschap die in het bezit zijn van het diploma van geneesheer van een van die landen en welke in België, overeenkomstig de richtlijn nr. 75/362/EEG van 16 juni 1975, de erkenning van dit diploma of de gelijkwaardigheid met de Belgische titel verkregen hebben.

Daarbij dienen nog gevoegd de geneesheren, afkomstig van een land dat geen lid is van de Europese Economische Gemeenschap, die de gelijkwaardigheid van hun diploma hebben bekomen en aan wie om humanitaire of wetenschappelijke redenen de toelating werd gegeven om de geneeskunde in België uit te oefenen".

- Activiteiten van de geneesheren :

De geneesheren zijn onderverdeeld in twee grote categorieën :

- de geneesheren met klinische praktijk;
- de geneesheren zonder klinische praktijk;

Onder de geneesheer met een klinische praktijk dient verstaan te worden de geneesheer die de curatieve en eventueel de preventieve geneeskunde beoefent in het kader van een privé-praktijk of in een instelling.

Onder de geneesheer zonder klinische praktijk dient in de eerste plaats begrepen te worden

- de geneesheren-ambtenaren bij een ministerie of parastatale instelling, de geneesheren tewerkgesteld bij de ziekenfondsen en de geneesheren die uitsluitend de preventieve geneeskunde beoefenen (P.M.S.- of Gezondheidscentra);
- de geneesheren die de arbeidsgeneeskunde beoefenen;
- de geneesheren die aan research of industriële geneeskunde doen;
- de geneesheren die geen enkele geneeskundige of beroepspraktijk uitoefenen.

- **Kwalificatie van de geneesheren :**

- als huisarts of omnipracticus
- als kandidaat geneesheer-specialist;
- als geneesheer-specialist.

- Vanuit de hierbovenstaande begrippen vna het C.I.V. :

- **Totaal van de indeling van de geneesheren volgens klinische praktijk en geslacht (op 31/12/1988)**

Geneesheren	Met klinische praktijk			Zonder klinische praktijk			Totaal		
	M	V	Tot.	M	V	Tot.	M	V	Tot.
Omnipracticus	11.571	2.800	14.371	1.348	603	1.951	12.919	3.403	16.322
Kandidaat-specialisten	1.977	955	2.972	-	-	-	1.977	955	(1)2.972
Specialisten	10.523	2.446	12.969	225	83	308	10.748	2.529	13.277
Algemeen totaal	24.071	6.241	30.312	1.573	686	2.259	25.644	6.927	32.571

(1) Niet inbegrepen 11 kandidaat-specialisten (9 mannen en 2 vrouwen) voor het bekomen van een tweede erkenning

Bron : Volksgezondheid C.I.V.

- **Evolutie van het aantal gediplomeerden :**

- In 1951 waren er 8.685 geneesheren of 9,98 per 10.000 inwoners; in 1972 15.888 of 16,33 per 10 000 inwoners; in 1982 26.593 of 26,99 per 10.000 inwoners. Het cijfer van 32.571 geeft 32,98 geneesheren per 10 000 inwoners of 303 inwoners per gediplomeerde geneesheer in 1988.

- Van de 14.371 omnipracticci met een klinische praktijk waren er op 31/12/1988 10.340 die aanspraak konden maken op de titel herschoolde huisarts.
- Volgens de laatste beschikbare cijfers van het Ministerie van Volksgezondheid (C.I.V.) waren er op 31/12/88 : 948 omnipracticci met een praktijk in een ziekenhuis; en van de 12.969 specialisten met een klinische praktijk waren er 9.221 met een ziekenhuispraktijk.

2) Het Departement van Volksgezondheid stelt zijn statistische tellingen hoofdzakelijk samen op basis van de mededelingen van de (tellingen van de) onderscheiden Provinciale Geneeskundige Commissies, de registraties van het Bestuur Geneeskundepraktijk en de Bestuursafdeling der verpleeginrichtingen.

Zoals iedereen weet mag een gediplomeerde geneesheer maar praktijk uitoefenen na zijn erkenning en inschrijving bij de Orde der Geneesheren.

Vanuit die bronnen zijn er voor dit departement op 31/12/1988 32.571 erkende geneesheren, waarvan 2.259 zonder klinische praktijk. Dit betekent dat er 30.312 geneesheren zijn die zorgen verstrekken en daaruit hun inkomen putten.

De kandidaat-specialisten zijn ook reeds zorgenverstrekkers, zij het voor een gedeelte van de tijd, al putten ze daaruit slechts een bijkomstig inkomen. Dus zou men ze theoretisch kunnen aftrekken van de actieven, en dan komt men tot een cijfer van 27.340 volledig actieve Geneesheren (30.312-2.972) op 31/12/1988.

Naast de groep geneesheren "zonder Klinische Praktijk (2.259)" is er een niet gekend maar vermoedelijk niet groot aantal loon- en weddetrekkenden; ten ware dat allen die onder een andere juridische vorm (zie -C-) werken dit wel zouden zijn.

Dus theoretisch ressorteert de absolute meerderheid van het actief zorgenverstrekkend Geneesherenkorp onder het juridisch en fiscaal zelfstandigen-statuut.

- 3) Uit de statistieken van de stortingen van de zelfstandigen voor de Sociale Verzekeringen blijkt dat op 31/12/1987 : 22.047 geneesheren zich als zelfstandige verzekerden. Volgens de eigen aangifte is het beroep van geneesheer voor 19.565 van hen de "hoofdbezigheid", voor 2.290 van hen een "bijkomende bezigheid" en 192 ervan verrichten stortingen als "helpers".
- 4) De geneesheren die zorgen verstrekken vullen ten behoeve van hun patiënten, opdat deze een terugbetaling (via hun verzekeringsorganisme) zouden kunnen ontvangen, een getuigschrift voor verstrekte hulp in, waarop voor elke verstrekking een overeenkomstig nomenclatuurnummer (en soms een letter) moet voorkomen dat een omschrijving betekent van de verstrekking die de waarde van de prestatie bepaalt, en waarmee een deel (niet Remgeld - deel) van het honorarium overeenkomt.

Deze "Ontvangstbewijzen - Getuigschriften voor verstrekte hulp" (onder de vorm van boekjes) moeten aangevraagd worden bij het Ministerie van Financiën. De geneesheren doen dit als zelfstandige, zowel deze met een grote praktijk als deze welke slechts sporadisch een consultatie verrichten.

Deze statistische bewerking toont van het aantal zelfstandig - zorgverstrekkende geneesheren volgend beeld in (mei) 1988 volgens :

- a)

De telling per Provinciale Orde van Geneesheren			
Nederlandstalig	Franstalig	Duitstalig	Totaal
10.852	11.432	49	22.333

- b)

De telling per aantal Cabinetten waar zorgen worden verstrekt en per geneesheer						
0	1	2	3	4	5	Totaal
387	21.669	265	10	1	1	22.333

- c)

De telling per specialist				
omnipracticl		Specialisten		Totaal
- Algemeen	2.297	Alle Types samen	9.073	
- Die ook Electrocardiogram afnemen	850			
- Met aanvullende opleiding; die hoger Honorarium mogen vragen	2.697			
- Met aanvullende opleiding + die E.K.G. mogen afnemen	6.518			
- Stagiairs	898			
Totale	13.260		9.073	22.333

5) Het Nationaal Instituut van de Statistiek registreert in de financiële statistieken het aantal fiscale aangiften. Voor de groep zelfstandigen - geneesheren waren er op die basis voor het aanslagjaar 1986 19.751 aangiften van geneesheren, waarvan 14.278 van omnipracticl en 5.473 van specialisten.

6) Het Ministerie van Financiën registreerde in haar statistieken voor eigen gebruik voor 1987 13.646 zelfstandige geneesheren, waarvan 9.996 omnipractici en 3.650 specialisten.

Besluit : Men moet vaststellen dat de cijfers omtrent het aantal geneesheren, die afkomstig zijn van de verschillende bronnen en tellingen, zeer belangrijke verschillen vertonen.

Sommige verschillen zijn verklaarbaar, zoals deze van het aantal gediplomeerden en deze met of zonder praktijk. Sommige cijfers kunnen enige vragen oproepen, zoals deze omtrent zelfstandigen, vrije beroepen en beroepsactiviteit. Voor sommige onderlinge verschillen heeft niemand een verklaring.

Dus :

- enerzijds is het nodig om zeer voorzichtig te zijn met het gebruiken van de bestaande verschillende officiële cijfers;
- anderzijds is het nodig - in functie van het volksgezondheidsbeleid - bruikbaar, sluitend en officieel cijfermateriaal te ontwerpen. Dit alleen reeds omdat in het domein van de geneeskundige verstrekkingen het aantal zorgenverstrekkers een belangrijke invloed kan hebben op de vraag en dus op de uitgaven.

(b) Het probleem van de uitgaven voor zorgen door geneesheren verstrekt op basis van R.I.Z.I.V. uitgaven

Zoals in de verantwoording van dit vierde deel aangegeven kan het interessant zijn om als oriëntatieoefening een confrontatie te bekijken tussen het aantal zorgenverstrekkers (hier de geneesheren) en de RIZIV-uitgaven voor zorgenverstrekkings door deze groep. Dit zowel om een eerste ruw inzicht te krijgen over een gemiddelde als over het in de verantwoording gesteld probleem of de zorgenverstrekkers voor hun kennis, inzet en verantwoordelijkheid al dan niet een redelijke vergoeding ontvangen.

De RIZIV-nota aan het beheerscomité : "Verzekering Geneeskundige verzorging" - Begrotingsvooruitzichten van de ontvangsten en van de uitgaven (dienstjaar 1990) van 5 juli 1989 bevat daarvoor cijfermateriaal dat (onder A-6) hierboven is overgenomen, nl. de globale uitgaven voor alle geneeskundige verstrekkingen van alle zorgenverstrekkers en de globale uitgaven voor honoraria. In die begroting voor 1989 is voor de globale uitgaven voor alle geneeskundige verstrekkingen van alle zorgenverstrekkers 256,9 mld/F voorzien (239.639,1 mln/F. Alg. Regeling + 17.351,3 mln/F. Regeling Zelfstandigen). Daarvan is voor de honoraria voor geneesheren voor 1989 (inclusief 23,6 mld/F. voor klinische biologie) 100,3 mld/F. voorzien voor de Algemene Regeling en voor de Regeling der Zelfstandigen (inclusief 2,2 mld voor klinische biologie) is 8 mld/F. voorzien of samen 108,3 mld/F.

Bij de bovenstaande cijfers van de R.I.Z.I.V.-uitgaven zijn automatisch alle remgelden en supplementen alsook alle andere inkomsten uit prestaties buiten beschouwing gelaten. Zo zijn ook een aantal prestaties van toezicht, van diverse technische prestaties en "bijzondere eisen" van de specialisten niet opgenomen.

Dit onderdeel zou een afzonderlijk onderzoek vergen.

De remgelden, toe te voegen aan het honorarium, kunnen gemiddeld op 15 % geraamd worden. De supplementen die de patiënt voor verschillende prestaties soms moet bijbetalen verschillen vaak zéér veel en daarom kan hier geen raming gemaakt worden.

Er wordt ook geen rekening gehouden met de onkosten of de bijdragen aan instellingen (bv. ziekenhuizen) tengevolge van contractuele verbintenissen om kosten te dekken omdat deze van instelling tot instelling (kunnen) verschillen en per specialisme ander liggen. Ook wordt hier geen rekening gehouden met de beroepskosten. De gewone kan men ramen op +/- 5 % van het bruto honorarium.

Ook kan om redenen van het statistische tekorten geen rekening gehouden worden met de honoraria en remgelden van de prestaties : raadplegingen - bezoeken voor de zelfstandigen.

- Een verdeling van het onvolledig en ruw bedrag van het honoraria, dat alleen betrekking heeft op de R.I.Z.I.V.-uitgaven voor honoraria, naar de mogelijke verschillende cijfers van het aantal geneesheren, die eveneens ruwe cijfers zijn omdat geen rekening kan gehouden worden noch met de omvang van de praktijk noch met de leeftijd noch met full-time of part-time activiteit van de geneesheren noch met de specialisaties, kan natuurlijk alleen een ruw algemeen gemiddelde opleveren.

Indien men bij wijze van oefening, om een algemene orde van grootte te schatten, zou aannemen dat er 22.333 actieve geneesheren zijn, omdat dit het aantal is dat bij het Ministerie van Financiën "Ontvangstbewijzen-Getuigschriften voor verstrekte hulp" aanvraagt, dan zou de verdeling van 108,3 mld/F een gemiddeld bruto bedrag van +/- 4,85 mln/F R.I.Z.I.V.honora-rium-kosten geven per geneesheer in 1989. Indien met het aantal zelfstandige geneesheren zou aannemen dat volgens het N.I.S. een fiscale aangifte als zelfstandige verricht, nl. 19.751, dan zou dit een gemiddeld bruto bedrag van +/- 5,5 mln/F. aan R.I.Z.I.V.-honorariumkosten geven.

Besluit :

- De cijfers die men kan berekenen door de R.I.Z.I.V.-uitgaven voor honoraria te delen door de verschillende mogelijke aantallen geneesheren, en waardoor men een ruwe en gemiddelde kost per zorgverstrekker zou verkrijgen zouden beneden de werkelijke totale kosten

voor de patiënt liggen omdat ze alleen zijn berekend vanuit R.I.Z.I.V.-bedragen (Alg. Regeling en voor de Regeling Zelfstandigen alleen technische prestaties).

Ze zijn vooral ook afhankelijk van de leeftijd, het specialisme, en het verstrekingsvolume van de geneesheer.

- Als men evenwel met alle risico's eraan verbonden een ruwe schatting zou willen maken, rekening houdend met alle geciteerde realiteiten én met de onkosten én verbintenissen van de geneesheren (o.a. t.a.v. ziekenhuizen) dan lijkt minimaal een gemiddeld realistisch berekend netto besteedbaar inkomen mogelijk te kunnen liggen voor omnipracticici tussen 1,2 à 1,8 mln, en voor specialisten tussen 2 à 2,8 mln. Men moet rekening houden met het feit dat gemiddelden het resultaat zijn van in elk geval een ruwe deling, waarbij de uitersten in de cijferreeksen en de uitzonderingen (zowel in + als in -) een grote rol kunnen spelen.

De bovenstaande cijferoefeningen en ramingen van de honorariumkost van een zorgenverstrekker (hier de geneesheer) hebben als belang, zoals elders in dit rapport meermaals aangegeven, naast de financieel-budgettaire informatieve waarde vooral in de discussie over de zorgenverstrekking een evaluatiegegeven aan te brengen of de zorgenverstrekkers voor hun inzet, kennis en grote verantwoordelijkheid op een realistisch en ordentelijk niveau vergoed worden; en of dit vergoedingsniveau in vergelijking met andere landen en met beroepsvergoedingen voor vergelijkbare verantwoordelijkheden voldoende toekomstgaranties voor kwaliteit biedt. Dat dit een beleidsvraagstuk is hoeft waarschijnlijk geen verdere bewijsvoering.

- * Voor de verschillende hiernavolgende zorgenverstrekkers gelden vanzelfsprekend dezelfde problemen en dezelfde argumenten en dezelfde redenering.

2) De tandartsen

(a) Het probleem van het aantal :

1) Het Ministerie van Volksgezondheid : Op 31/12/1988 waren er :

- 6.904 tandartsen, waarvan 4.649 mannen en 2.255 vrouwen
- Van de 6.904 waren er 6.283 Licentiaten in de Tandheelkunde, 456 Dr. Lic. T.H., 50 Geneesheren Tandheelkundigen en 115 Gemachtigden de Tandheelkunde uit te oefenen. Van de 456 Dr. L.T.H. en de 50 Geneesheren of samen 506, waren er 179 Stomatologen.
- Van de 6.904 tandartsen waren er 3.951 in het Vlaams gewest gevestigd, 1.949 in het Waals gewest en 1.004 waren in het gewest Brussel gevestigd.

2) Het Rijksinstituut voor de Sociale verzekeringen der zelfstandigen registreerde in zijn rapport van 1988 op 31/12/1987 : 5.796 bijdragebetalende tandartsen.

3) Het Ministerie van Financiën :

De telling van mei 1988 van het aantal zelfstandige tandartsen dat "Ontvangstbewijzen - Getuigschriften voor verstrekte hulp" heeft aangevraagd, ten behoeve van de terugbetaling aan patiënten door hun verzekeringsorganisme, gaf volgend beeld :

Nederlandstalig	Franstalig	Duitstalig	Totaal
3.404	2.715	16	6.135

4) Het ministerie van Financiën registreerde in 1987 3794 zelfstandige tandartsen.

Besluit : Men moet hier akte nemen van hetzelfde fenomeen als bij de cijfers over het aantal geneesheren nl. de verschillen in de cijfers afkomstig van de verschillende bronnen, en derhalve dezelfde bedenkingen formuleren.

(b) Het probleem van de uitgaven voor zorgen door Tandheeskundigen verstrekt op basis van R.I.Z.I.V.-uitgaven :

In de reeds geciteerde R.I.Z.I.V.-nota aan het Beheerscomité van 5 juli 1989 : "Verzekering Geneeskundige verzorging Begrotingsvooruitzichten van ontvangsten en uitgaven" - Dienstjaar 1990 is in de begroting voor 1989 voor de honoraria voor de Algemene Regeling en 8,18 mld/F voorzien en voor de Regeling der zelfstandigen 37,2 mln/F.; M.a.w. een algemeen totaal van de R.I.Z.I.V.-uitgaven voor honoraria van de tandartsen van 8,22 mld/F.

Indien men, zoals voor de geneesheren, een berekening wil maken van de verstrekte zorgkosten per zorgverstrekker dan kan men in de R.I.Z.I.V.-cijfers alleen de honorarium kosten vinden die gemaakt zijn voor de loontrekkenden in de Algemene Regeling en deze voor de W.I.G.W.'s in de Regeling der Zelfstandigen. Men kan daarbij geen rekening houden noch met de remgelden (gemiddeld +/- 15 %) noch met de supplementen noch met een niet onbelangrijk aantal soms (zeer) dure niet terugbetaalbare prestaties - zoals verschillende regelmatig aangewende prothesen, waaromtrent geen cijfers bestaan. Eveneens kan men geen rekening houden noch met de omvang van een praktijk, noch met de leeftijd noch met de full-time of part-time activiteit van de zorgverstrekker.

Indien men dus, zoals voor de geneesheren, bij wijze van oefening om een algemene orde van grootheid te schatten zou aannemen dat er 6.135 actieve tandartsen zijn, omdat dit het aantal is dat bij het Ministerie van Financiën "ontvangstbewijzen-Getuigschriften voor verstrekte hulp" aanvraagt, dan geeft de verdeling van 8,22 mld/F. R.I.Z.I.V.-honorariumkosten een gemiddeld brutobedrag van 1,34 mln/F. Indien men het aantal aan het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen bijdrage betalende van 5.796 tandartsen neemt komt dit gemiddelde op 1,4 mln/F. R.I.Z.I.V.-honorariumkosten.

De wet van 21/6/1983 hanteert de volgende definitie van geneesmiddel :

Besluit : Het afbreken isg...

Dit ligt in dezelfde lijn als dat voor de geneesheren; evenwel is het cijfermateriaal dat nodig is voor een evaluatie minder volledig, omdat de grote meerderheid van de uitgaven voor de zelfstandigen onbekend is wegens het feit dat voor deze bevolkingsgroep alleen de weduwen/invaliden/gepensioneerden/wezen een recht hebben op een terugbetaling via het R.I.Z.I.V., alsook omdat verschillende belangrijke aantallen en vaak dure tandheelkundige zorgenverstrekingen (vaak prothesen) helemaal niet terugbetaalbaar zijn. Het doel en het belang van de schattingen zijn dezelfde als voor de Geneesheren, nl. de waardering van de bijdrage aan de gezondheidszorg van deze zorgenverstrekkers.

3) De Apothekers

Als specialist van het geneesmiddel is de apotheker t.a.v. de patiënt de eindverantwoordelijke voor dit voor de toekomst steeds belangrijker wordend aspect van de zorgenverstreking.

De wet van 21/6/1983 hanteert de volgende definitie van geneesmiddel : "Onder geneesmiddel wordt verstaan elke enkelvoudige of samengestelde substantie, aangediend als hebbende therapeutische of profylactische eigenschappen met betrekking tot ziekten bij mens of dier. Is eveneens geneesmiddel elke enkelvoudige of samengestelde substantie die bestemd is om aan mens of dier te worden toegediend ten einde een medische diagnose te stellen of om organische functies te herstellen, te verbeteren of te wijzigen".

Omtrent deze definitie is er een discussie aan gang, meer specifiek betreffende het in België gehanteerd begrip "bestemd om" terwijl de tekst van de E.E.G. Richtlijn 65/65 spreekt van "toegediend kan worden". Deze laatste tekst is duidelijk restrictiever, waardoor verschillende andere substanties onder de Geneesmiddelenwetgeving zouden vallen.

(a) Het aantal :

- 1) Het Ministerie van Volksgezondheid registreerde op 31/12/1988 11.629 gediplomeerde apothekers, en nog 140 die in het buitenland wonen. Van de 11.629 zijn er 5.727 mannen en 5.902 vrouwen. In het Vlaams Gewest zijn er 5.990 gediplomeerde apothekers, in het Waals Gewest 4.095 en in het Brussels Gewest 1.544.

In het statistisch jaarboek van Volksgezondheid van 1986-1987, gepubliceerd in oktober 1989, registreerde het departement op 31/12/1986 : 5.653 officina's.

- 2) De Europese Gemeenschap noteerde in 1988 voor België : 5.200 officina's. Van het aantal gediplomeerde apothekers werkten er ook 400 in ziekenhuizen; nog 400 waren apothekers-biologen en 2.000 waren adjuncten of plaatsvervangers tewerkgesteld in een apotheek.
- 3) De Algemene Pharmaceutische Bond (A.P.B.) registreerde in 1988 5.213 officina's toegankelijk voor het publiek. Daarvan zijn er een 1000-tal niet door zelfstandige Apothekers beheerd, maar door coöperatieven en commerciële vennootschappen; deze hebben een statuut van een vennootschap (zie verder D de tabellen over vormveranderingen in de zorgenverstrekking).
- 4) Het "Rijksinstituut voor de Sociale verzekeringen der Zelfstandigen" registreerde in zijn Rapport van 1988 op 31/12/1987 4.909 apothekers. Daarvan waren er 4.582 voor wie dit de "hoofdbezigheid" was, 102 voor wie het om een "bijkomende bezigheid" ging en 225 die als "helpers" stonden ingeschreven.

Besluit : Over het aantal apothekers als zorgenverstrekkers zijn er minder betwistingen mogelijk omdat het aantal officina's (toegankelijk voor het publiek) algemeen aanvaard is als bron van telling, o.a. omdat een vestigingswet het aantal vastlegt, waar zorgen en diensten aan zorgenbehoevenden worden verstrekt, ongeacht het aantal daarbij betrokken zorgenverstrekkers.

In tegenstelling tot de andere zorgenverstrekkers is de verantwoordelijke apotheker van een officina meestal een zelfstandige zorgenverstrekker, die geen "Ontvangstbewijzen-Getuigschriften voor verstrekte hulp" (afgeleverd door het Ministerie van Financiën) moet afleveren. T.a.v. het R.I.Z.I.V. is de apotheker een uitvoerder van een medisch voorschrift en kan hij aldus gecontroleerd worden. T.a.v. het Ministerie van Financiën is de apotheker (behalve de uitzonderingen) een zelfstandige. Behoudens de talrijker wordende uitzonderingen is de apotheker de beheerder van zijn officina en kan aldus een aantal gediplomeerde apothekers in dienstverband hebben.

Maar, exact en precies is het eveneens voor deze groep zorgverstrekkers niet mogelijk om, vanuit de verschillende statistische bronnen, het aantal gediplomeerde apothekers te kennen dat onder welk statuut dan ook concreet op het terrein zorgen verstrekt.

(b) Het vraagstuk van het verbruik, de uitgaven, de omzet en de rentabiliteit

- 1) Niettegenstaande op wetenschappelijk vlak het aandeel en het belang van het geneesmiddel in het zorgverstrekkingsproces nog steeds sterk toeneemt voltrekt er zich een belangrijke maar langzame verschuiving van het aandeel van het geneesmiddel in de globale kosten van de zorgverstreking.

Uit de studie, over de structuren van de prijzen, van Dr. O. Van Waas van de Algemene Pharmaceutische Bond van 1989 blijkt dat in de loop der jaren het procentueel aandeel van de uitgaven voor geneesmiddelen t.a.v. de totale RIZIV-uitgaven voor de zorgverstrekingen daalt.

Jaar	Magistrale bereidingen %	Specialiteiten %	TOTAAL %
1950	9,78	11,92	21,70
1955	14,76	7,37	22,13
1960	12,84	10,54	23,38
1965	8,63	16,14	24,77
1970	6,16	16,99	23,15
1975	3,72	15,18	18,90
1980	2,82	11,97	14,79
1985	1,64	10,47	12,11
1986	1,52	10,03	11,55
1987	1,39	9,66	11,05

2) Het aantal geneesmiddelen

Opdat een geneesmiddel aan het publiek zou mogen verkocht worden als geneesmiddel is er voor de specialiteiten een registratie vereist bij het Ministerie van Volksgezondheid (Inspectie geneesmiddelen), en dit ongeacht of het voor een RIZIV-terugbetaling zal toegelaten worden of niet. Daarenboven, wat niet meteen evident is inzake de medische efficiëntie van het geneesmiddel, wordt de verkoopprijs van elke specialiteit vastgesteld door het Ministerie van Economische Zaken, en dit niet alleen op basis van medische of therapeutische imperatieven maar op basis van kostprijfactoren.

Een methode die soms betwistingen veroorzaakt omdat het bijvoorbeeld voorkomt dat van een goedkoper geneesmiddel grotere dosissen nodig zijn om de nodige medische resultaten te bereiken, waardoor het goedkoper geneesmiddel finaal meer kost dan een ander waarvan kleinere dosissen voldoende zijn maar de kostprijs hoger ligt.

Inzake de basisgrondstoffen die gebruikt worden voor de magistrale bereidingen bestaat deze registratie niet; alhoewel onder verschillende regeringen hieromtrent voorstellen zijn geformuleerd, maar zonder een beslissing gebleven zijn. M.a.w. tot op heden kan elke grondstof vrij op de markt komen; bv. de basisproducten van vervallen patenten.

- a) Het aantal specialiteiten dat geregistreerd is bij het Ministerie van Volksgezondheid, ongeacht de vorm van toediening, dat alleen voor toediening aan personen in België beschikbaar is en in de publieke officina beschikbaar is was op 1 oktober 1989 : 6.168.

Hierin zijn dus niet inbegrepen de ziekenhuisverpakkingen en de medicamenten voor veterinair gebruik.

- b) De magistrale bereidingen zijn samenstellingen van grondstoffen en actieve bestanddelen.

In totaal werden er op 1 oktober 1989, ongeacht de terugbetalingsmogelijkheid, 2.750 basisproducten gebruikt.

Daarvan waren er \pm 600 chemische stoffen waarvoor geen tussenkomst van het RIZIV is voorzien.

3) De globale RIZIV-uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen : Evolutie en begrotingsvooruitzichten 1990.

Onderstaande tabel toont tussen 1986 en 1990 een toename van 44,7 % van de kosten, vooral voor de specialiteiten.

(Bron : Het verslag van het Beheerscomité van het RIZIV van 5/7/1989 - Verzekering geneeskundige verzorging - Begrotingsvooruitzichten van de ontvangsten en uitgaven - dienstjaar 1990)

Farmaceutische verstrekkingen (1)	1986 (2)	1987 (2)	1988 (2)	1989 (2) (3)	1990 (2) + (4)
- Magistrale bereidingen	3.153,9	3.170,7	3.457,9	3.471,9	3.588,4
- Specialiteiten afgeleverd in de officina's (aan niet gehospitaliseerden) (Rechthebbenden)	20.736,3	21.982,7	25.126,1	26.265,8	30.324
- Specialiteiten afgeleverd door : ziekenhuisapotheek (aan : niet gehospitaliseerde rechthebbenden)	572,7	1.202,3	1.400,4	1.764,5	2.160
- Specialiteiten afgeleverd aan : gehospitaliseerde rechthebbenden	6.331,2	7.564,3	7.867,5	7.514,8	8.494,2
TOTAAL	30.794,1	33.920,0	37.851,9	39.017,0	44.566,6

(1) Niet Inbegrepen : Bloed en Bloedplasma, Radio-Isotopen, gipsbanden en ander gipsmateriaal, moedermelk, wachttaks, desinfecterende baden bij brandwonden en parenterale voeding ten huize. (Deze groep producten heeft voor 1989 een waarde van 2.210,1 miljoen F).

(2) Bedragen in miljoen BF

(3) 1989 : herziene begroting

(4) 1990 : begrotingsvooruitzichten in lopende prijzen.

4) De Specialiteiten : Verkochte hoeveelheden (incl. kliniekverpakkingen) - omzetcijfer

	Aantal verkochte eenheden (In mlo)	Omzetcijfer (In mlo/F)	Jaarlijkse groei %
1970	187	15.809	
1975	204	27.544	
1980	224	38.675	
1981	226	40.633	5
1982	228	44.580	10
1983	225	48.184	8
1984	212	49.361	2
1985	232	58.254	18
1986	245	62.767	7
1987	228	66.269	5,5

Bron : Het Ministerie van Economische Zaken (laatste beschikbare cijfers).

Opmerking : Kolom omzetcijfer : het betreft hier de publiekprijzen aangerekend aan de patiënten. Van de 62,7 mld/F in 1986 zijn er voor \pm 50 mld/F verkocht in de officina's voor +/- 4 mld/F fr. in ziekenhuisverpakkingen en voor +/- 8 mld/F specialiteiten zijn verkocht in het buitenland via de zgn. parallellexport door de groothandel (apotheken).

Ook is er nog een distributie van geneesmiddelen voor +/- 1 mld/F. door de nog resterende artsen die nog mogen geneesmiddelen bedelen, door de ziekenhuizen die publiekverpakkingen aan hun zieken toedienen en door de veeartsen. Voor beide laatste is geen raming voorhanden.

5) De verhouding Specialiteiten-Magistrale Bereidingen

a) Probleemstelling :

- De laatste decennia is het voorschrijfgedrag van de geneesheren in een sterk toenemende mate geëvolueerd naar het voorschrijven van specialiteiten - geneesmiddelen. Dit ten dele om niet voor de hand liggende redenen, en ten dele en in belangrijke mate omwille van de grote omvang en de vooruitgang van het wetenschappelijk onderzoek inzake geneesmiddelen, dat in de farmaceutische industrie is geconcentreerd.

Dit brengt mee dat de diverse farmaceutische ondernemingen die hun specialiteiten op de markt brengen vanzelfsprekend proberen hun rendement te maximaliseren, o.a. door hun producten aan de voorschrijvende geneesheren met de moderne marketingmiddelen bekend te maken en daardoor het voorschrijfgedrag te beïnvloeden.

Dit fenomeen wordt ook in de hand gewerkt door het feit dat veel geneesheren ook specialiteiten voorschrijven omwille van de complexiteit van de overheidsreglementeringen betreffende de terugbetaalbaarheid van vooral de magistrale formuleringen.

Daarnaast, zo stellen meerdere specialisten in de farmacologie, wordt in de opleiding van de voorschrijvende zorgverstrekkers steeds minder aandacht en zorg besteed aan het zelf *kunnen* samenstellen van een geneesmiddel.

- Door de opeenvolgende reglementeringen is het aantal terugbetaalbare magistrale bereidingen voortdurend gedaald, dit ten voordele van de specialiteiten, waarvan een aanzienlijk deel ingevoerd wordt uit het buitenland.
- De magistrale bereiding heeft volgens specialisten in de farmacologie, mits ze oordeelkundig is samengesteld, duidelijke voordelen, zoals :

- betere aan de individuele patiënt aangepaste samenstelling;
 - betere therapietrouw bij gebruik, zo is uit onderzoek gebleken;
 - betere dosering;
 - betere combinaties van samenstellingen.
- Daarnaast stelt men vast dat de meeste geneesheren zelden één medicament-specialiteit voorschrijven. Men stelt vast dat een aandoening bij éénzelfde patiënt vaak meer dan één te bestrijden klacht of probleem als oorzaak heeft. De werkzame bestanddelen voor het bestrijden van de verschillende delen van de klacht zijn verwerkt in verschillende specialiteiten. Vaak *kunnen* de nodige verschillende actieve bestanddelen in één magistrale bereiding verwerkt worden. Dus kan de magistrale bereiding ook verbruiksremmend werken.
- Daarenboven stelt men vast dat er van de specialiteiten, die in mechanisch-vaste-hoeveelheden verpakt worden, niet onbelangrijke hoeveelheden gewoon weggeworpen of niet verbruikt worden.
- Door deskundigen en onderzoekers in de Farmacologie wordt algemeen aangenomen dat een niet onbelangrijke groep specialiteiten gemakkelijk te vervangen is door evenwaardige magistrale bereidingen.

b) Enkele berekeningen met als bron enkele praktijkgegevens :

- Het aantal terugbetaalde "Magistrale bereidingen" bedroeg in 1987 +/-21.459.000 bereidingen. De toename van het aantal t.a.v. 1986 is 3,1 %. In zakencijfer is dit een brutotoename van 4,3 % t.o.v. 1986.

De gemiddelde totale kost per bereiding is 206 fr. in 1989, waarvan gemiddeld 176 fr. terugbetaalbaar is door het R.I.Z.I.V. en met een remgeld tussen 0 à 70 fr. voor de patiënt. De kostenstijging voor het R.I.Z.I.V. in 1987 was 0,1 % t.a.v. 1986.

- Het aantal "terugbetaalde" specialiteiten bedroeg in 1987 79.640.000 éénheden (categorie A, B, C, Cs (remgeld 60 %) Cx (remgeld 75 %)). De toename van het aantal t.a.v. 1986 is 4,5 %. In zakencijfer was er een groei van 10,3 % t.a.v. 1986. De kostenstijging voor het R.I.Z.I.V. was 1 % t.a.v. 1986.

Dus : Tussen 1984 en 1989 zouden de globale uitgaven voor Farmaceutische verstrekkingen, welke door het R.I.Z.I.V. terugbetaald worden, met 13,1 miljard/F (39,80 - 26,65) of 49,3 % toenemen.

Daarom moet de vraag gesteld worden of het mogelijk is, besparingen door te voeren zonder aan de kwaliteit te raken en zonder de wetenschappelijke vooruitgang in dit domein aan de patiënten te onthouden ?

Elementen van antwoord :

Met de medewerking en de gegevens van specialisten uit wetenschappelijke centra hierna een uitgewerkt voorbeeld van theoretisch mogelijke besparingen; vanuit de praktijk en voor een staal van 22 specialiteiten-geneesmiddelen, waarvan het totaal verbruik 3.820.900 eenheden bedroeg in de klassen :

- antibiotica
 - diurethica
 - cortisone
 - perifere vasodilatoren
- } Alleen een paar breed-spectrum antibiotica; enkele diurethica (= waterafdrijvende medicamenten); enkele perifere vasodilatoren (= voor verbetering slechte bloedcirculatie o.a. in lichaams-uitelnden).

(Periode/hoeveelheden/1 jaar : 1988)

(Prijzen van de geneesmiddelen geldig op 1/7/1989)

- 1. Kostprijzen voor de patiënt :

Voor een staal concreet van 22 zéér courant voorgeschreven specialiteiten; een vergelijking met "geneeskundig evenwaardige" magistrale bereidingen :

Aantal voorgeschreven éénheden op één jaar (1988)	Gemiddelde kostprijs per eenheid voor NIET W.I.G.W.'s / In BF/ prijzen 1/7/89		Gemiddelde kostprijs per eenheid voor W.I.G.W.'s /In BF/prijzen van 1/7/89	
	Specialiteiten	Magistrale Bereidingen	Specialiteiten	Magistrale Bereidingen
3.820.900	140,69	50	93,75	0

- 2. Kostprijzen voor het R.I.Z.I.V. :

Voor een concreet staal van 22 zéér courant voorgeschreven specialiteiten, een vergelijking met "geneeskundig evenwaardige" magistrale bereidingen.

De mogelijke besparing voor het R.I.Z.I.V. is het bedrag dat zou verkregen worden indien alle patiënten die deze 22 concrete specialiteiten-geneesmiddelen in de concrete verbruikte hoeveelheid van 1988 zouden vervangen door concreet evenwaardige magistrale bereidingen. En dit in de geldende prijzen van 1/7/89 zowel van de specialiteiten als van de magistrale bereidingen en abstractie gemaakt van de praktische haalbaarheid van een dergelijke volledige overschakeling.

Aantal voorgeschreven éénheden op één jaar (1988)	Gemiddelde kostprijs per eenheid voor RiZiV voor NIET WIGW's / In BF		Gemiddelde kostprijs per eenheid voor RiZiV voor WIGW's / In BF		Mogelijke Besparingen voor het RiZiV; globaal voor deze reeks - in BF/in prijzen van 1/7/89
	specialiteiten	Magistrale Bereidingen	specialiteiten	Magistrale Bereidingen	
3.820.900	392,57	231,47	439,51	274,34	568.711.580

Besluit :

Indicatie voor afname

Zelfs indien slechts een gedeelte van de specialiteiten voor een gedeelte van de patiënten die slechts enkel deze types geneesmiddelen nodig hebben, zou vervangen kunnen worden door mogelijke en bestaande gelijkwaardige magistrale bereidingen zou dit, naast de functionele (her)waardering van de academische opleiding en bekwaamheid van de apotheker, en zijn verantwoordelijkheid in het verzorgingsproces en t.a.v. de patiënt reeds een belangrijke besparing voor de overheid kunnen teweegbrengen.

Dergelijke types besparingen en functierevaluaties veroorzaken (theoretisch) geen nadelen noch voor de patiënt noch voor de zorgverstrekker; en met deze bespaarde middelen kunnen andere nuttige zorgverstrekkings gefinancierd worden.

Vanzelfsprekend is een onderzoek voor de gehele sector van de geneesmiddelen aangewezen om de globale impact te bestuderen van de verschuivingen van gewoonten, de doeltreffendheid en het voorschrijfgedrag. Maar, gezien de zeer hoge kwaliteit van de farmaceutische producten en van de farmaceutische bedrijven in ons land en zeker ook van de opleiding van de apotheker moeten hieruit nog méér voordelen te putten zijn die niet onbenut kunnen blijven: dit indien het ontwerpen van geneesmiddelen, indien het aan de patiënt aanpassen ervan en indien het waken over de relatie patiënt-geneesmiddel niet verder mag afglijden tot een zuiver-commerciële aangelegenheid.

6) De omzet en de rendabiliteit van de officina van een zelfstandige apotheker :

De winstmarge op specialiteiten was in 1980 30,63 % en in 1989 29,50 % met een gereguleerd toegelaten maximum van 300 BF. per geneesmiddel voor de terugbetaalbare en maximum 358 fr. voor de niet terugbetaalbare specialiteiten.

- De globale gemiddelde omzet van een officina, d.w.z. met inbegrip van de niet geneesmiddelenactiviteiten, bedroeg volgens berekeningen op basis van gegevens van de sector in 1982 +/- 7,1 mln/F. In 1987 was dat +/- 9,3 mln/F met een gemiddelde bruto-winst van +/- 2,9 mln/F.

Onmiddellijk moet hieraan toegevoegd worden dat de berekeningen toelaten te stellen dat de rendabiliteit van een zelfstandige officina trager stijgt dan de index der consumptieprijzen over een periode van bijna 10 jaar, en dat deze gemiddelden slechts gehaald worden door +/- 60 % van de officina's.

4) De Verpleegkundigen

Om het beroep van verpleegkundige te mogen uitoefenen moeten ook deze afgestudeerden hun titel individueel onderwerpen aan een visum van de geneeskundige Commissie van hun provincie, die een registratieregister daarvan moet bijhouden ; visum dat gedurende drie jaar geldig is en hernieuwbaar, en dit volgens de modaliteiten van het K.B. van 7 oktober 1976 en 2 juni 1977 en de wet van 20 december 1974.

(a) Het aantal :

1) Uit diverse gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid (laatste beschikbare cijfers) :

a) Indeling van de verpleegkundigen volgens beroepspraktijk. Toestand : 31/12/1987

Activiteit	Ziekenhuis assistenten		Verpleegkundigen gebreveteerden		Verpleegkundigen Gegradueerden		Totaal	
	Abs. cijfers	%	Abs. cijfers	%	Abs. cijfers	%	Abs. cijfers	%
Met praktijk	9.258	13,8 %	22.706	33,9 %	34.962	52,24 %	66.926	100 %
Zonder praktijk	3.119	22,0 %	4.529	32,0 %	6.507	45,90 %	14.155	100 %
TOTAAL	12.377	15,2 %	27.235	33,5 %	41.469	51,14 %	81.081	100 %

Zonder praktijk = zonder activiteit, gepensioneerd, niet vermelde activiteit.

- Zonder rekening te houden met diegenen die in het buitenland verblijven zijn van 81.081 verpleegkundigen met een visum er 52.714 woonachtig in Vlaanderen, 22.422 in Wallonië en 5.945 in het gewest Brussel.

- b) Indeling van de verpleegkundigen met een visum van de Geneeskundige Commissies;
per kode visa (specialiteit) en per geslacht :
(Toestand 31/12/1987)

Visums	Geslacht		
	Mannelijk	Vrouwelijk	Totaal
ASSISTENTEN			
Ziekenhuisassistenten	291	10.812	11.103
Ziekenhuisassistenten : specialiteit psychiatrie	229	1.026	1.255
Sanatoriumziekenoppasser (evenwaar- dige studies met ziekenhuisassistenten)	-	19	19
TOTAAL : Assistenten	520	11.857	12.377
GEBREVETEERDEN			
Ziekenhuisverpleegkundige	1.453	23.011	24.464
Psychiatrische verpleegkundige	617	2.147	2.764
Kinderpleegkundige	-	7	7
TOTAAL : Gebreveteerden	2.070	25.165	27.235
GEGRADUEERDEN			
Gegradueerde ziekenhuisverpleegkundige	4.672	27.530	32.202
Gegradueerde psychiatrie verpleegkundige	746	1.286	2.032
Gegradueerde kinderpleegkundige	62	1.728	1.790
Gegradueerde sociale verpleegkundige	484	4.961	5.445
TOTAAL : Gegradueerden	5.964	35.505	41.469
ALGEMEEN TOTAAL	8.554	72.527	81.081

c) Indeling van de verpleegkundigen volgens beroepsactiviteiten (1) :
Toestand op 31/12/1987

Activiteit in :	Ziekenhuis- assistenten	Gebreve- teerden	Gegradu- eerden	Algemeen totaal	%
Verzorgings- instellingen	6.335	16.533	23.900	46.768	
Poliklinieken	52	104	117	273	
	6.387	16.637	24.017	47.041	67,7 %
Onderwijs :					
In scholen voor paramedisch personeel	13	193	2.144	2.350	
In andere scholen	29	98	510	637	
	42	291	2.654	2.987	4,3 %
Privé instellingen (2)	1.843	4.425	4.962	11.230	16,1 %
Openbare instellingen (3)	807	1.217	3.669	5.693	8,1 %
Thuisverzorging (4)	465	880	1.152	2.497	3,5 %
ALGEMEEN TOTAAL	9.544	23.450	36.454	69.448	100 %

(1) het betreft een aantal beroepsactiviteiten en niet een aantal personen : éénzelfde persoon kan tegelijkertijd verschillende beroepsactiviteiten hebben.

De cijfers moeten gelezen worden tegenover deze van tabel a) hierboven "met praktisch" : het cijfer van 69.448 (tabel c) tegenover 66.926 (tabel a) toont aan dat er slechts weinigen meer dan één activiteit hebben.

(2) Private instellingen :

Rode Kruis van België, Wit-Geel Kruis, Industrie, verzekeringen en banken, mutualiteit, tehuis voor gehandicapten, rusthuizen, preventorium, P.M.S. Centra, Tbc-dispensariums, gezondheidscentra, kabinet van geneesheer, kribben, Medisch pedagogische instellingen (M.P.I.).

(3) Openbare instellingen :

Kind en Gezin, P.M.S. Centra (staat), Ministeries, R.I.Z.I.V., parastatalen, N.M.B.S., Militaire hospitalen, Gemeenten, Provincies, O.C.M.W., Gezondheidscentra, Provinciale dispensariums, Medische schoollinspectie (M.S.T.), Tehuis voor gehandicapten, rusthuizen, preventoriums, Kribben, Medisch-pedagogische instelling van de staat (M.P.I.).

(4) Thuisverzorging : zelfstandigen.

- 2) Het aantal verpleegkundigen door het RIZIV erkend op 31/12/1988 d.w.z. het aantal verpleegkundigen dat bij het RIZIV een erkenningsnummer heeft bekomen.

Het in het bezit zijn van dit erkenningsnummer is een noodzakelijke voorwaarde opdat de individueel geleverde prestaties (theoretisch als zelfstandige) door het RIZIV (via de verzekeringsorganismen) zouden kunnen terugbetaald worden aan de patiënt, mits aan deze een "ontvangstbewijs - getuisschrift voor verstrekte hulp" wordt afgeleverd; ontvangstbewijzen die door de verpleegkundige eveneens bij het Ministerie van Financiën moeten worden aangevraagd.

- * Voor een activiteit als loontrekkende zoals bijvoorbeeld in een ziekenhuis is een RIZIV-erkenning niet vereist maar wel toegelaten en mogelijk. De cijfers van de hiernavolgende tabel tonen aan dat voor een niet onbelangrijk aantal dit ook zo is; want van de 66.926 verpleegkundigen met praktijk blijken er 35.917 of 53,66 % een erkenning bij het R.I.Z.I.V. te hebben.

Verdeling per gemeenschap op 31/12/1988 :

Vlaamse Gemeenschap		Franse Gemeenschap		Brussel-Hoofdstad
- Antwerpen	6.232	- Henegouwen	4.930	2.795
- West-Vlaanderen	4.648	- Luik	3.468	
- Oost-Vlaanderen	5.179	- Namen	1.409	
- Limburg	2.359	- Luxemburg	674	
- Halle-Vilvoorde *	1.659	- Nijvel *	892	
- Leuven *	1.671			
Totaal :	21.748		11.374	2.795
ALGEMEEN TOTAAL : 35.917				

* Het totaal van de provincie Brabant : 7.018

3) Het Ministerie van Financiën :

- a) Zoals voor de andere zorgenverstrekkers (geneesheren, tandartsen, enz.) die als juridisch zelfstandige zorgenverstrekker zijn, moeten ook de zelfstandige verpleegkundigen voor hun prestaties aan patiënten, die recht hebben op een R.I.Z.I.V.-terugbetaling, een "Ontvangstbewijs - Getuisschrift voor verstrekte hulp" afleveren. Deze ontvangstbewijzen moeten ze ook bestellen bij het Ministerie van Financiën. De telling van het aantal verpleegkundigen, die bovengenoemd document hebben aangevraagd, geeft volgende cijfers voor mei 1988 :

- Nederlandstalig : 2.195; Franstalig : 4.034; Duitstalig :15; Totaal : 6.244

- b) Het Ministerie van Financiën registreerde in 1987 1428 zelfstandige verpleegkundigen.

OPM. : alleen gediplomeerde verpleegkundigen (met visa van de geneeskundige commissies) en erkend door het R.I.Z.I.V. zijn gerechtigd terugbetaalbare prestaties te verrichten. Dit kunnen ze als effectief hoofdberoep of als een (financiële en fiscale) nevenactiviteit doen.

- (b) De evolutie van de verschillende types verpleegkundig personeel :
(Bron : Gegevens van het Ministerie van volksgezondheid voor 1989).

1)

- a) De evolutie van het verpleegkundig personeel in de Belgische ziekenhuizen gedurende de laatste 12 jaar in verhouding tot het ander dienstverlenend personeel en in verhouding tot het aantal bedden in de ziekenhuizen.

	1975		1985		Evolutie %	1987 Aantal	Evolutie %
	aantal	personeel per bed	aantal	personeel per bed			
- Werknemers	8.261	0.09	13.910	0.15	+ 62.0	15.266	+ 9.7
- Professioneel dienstpersoneel	20.798	0.24	20.772	0.23	- 4.3	19.936	- 4.2
- Paramedisch personeel	5.002	0.06	9.386	0.089 *	+ 56.1	9.132	- 2.7
- Verplegend en verzorgend personeel	39.129	0.45	57.518	0.55 *	+ 23.0	60.689	+ 5.5
			25 % FTK				
TOTAAL	74.213	0.84	101.566	1.022 *	+ 22.0	105.023	+ 3.4

* Berekening rekening houdend met 25 % van het personeel = 1/2 Gelijkwaardig Full-Time

b) De evolutie van de kwalificatie van het verzorgend personeel gedurende de laatste 10 jaar : een voortdurende stijging

Kwalificatie	1977	1985	1987
Hoofdverpleegkundige + adjunkt	2.766	3.619	3.830
A1	10.300	18.412	20.553
A2	15.548	20.797	22.263
Sanitaire hulp, Kinderverzorgster Niet-gekwalificeerd personeel, andere	16.529	14.688	14.043
TOTAAL *	45.143 *	57.516 *	60.689 *
Aantal bedden	87.378	90.790	88.554

* Aantal personen

c) Wat het verpleegkundig geschoold personeel betreft dient er rekening gehouden te worden met het feit dat een aantal onder hen zorgenverstrekkende functies vervullen in de zgn. rust- en verzorgingstehuizen, waar nagenoeg uitsluitend chronisch zieke bejaarden verzorgd worden. Op 1/1/'87 waren in die instellingen 2.328 bedden in gebruik. Ook in de rustoorden zijn verpleegkundigen tewerkgesteld, waar op 1/1/'87 de verzorging verleend werd in 2.080 bedden. Voor beide terreinen is geen exacte telling beschikbaar van het aantal verpleegkundigen met hun kwalificatie dat in deze bijzondere verzorgingssector is tewerkgesteld.

2) Het evolutieprobleem :

Zoals in hierboven (onder (a) 1) b)) aangetoond is dit beroep nog steeds sterk overwegend door vrouwen uitgeoefend. Een bijkomend verschijnsel dat niet weinigen daarvan het beroep voor het einde van een volledige loopbaan verlaten (gemiddeld rond \pm de helft van een volledige loopbaan van 40/45 jaar), met daarnaast de nog toenemende vraag naar part-time werk. Het tijdig opvullen van de tekorten is een supplementair probleem voor de instellingen.

De evolutie van het aantal kandidaat verpleegkundigen (van het A1, A2 niveau - 1e jaar) evolueert ongunstig.

Het verschil in aanbod van kandidaten in een periode van ongeveer tien jaar toont aan dat het om een zeer ernstig probleem gaat. Voor België waren er voor het jaar 1977-'78 7.429 kandidaten, met een piekcijfer in 1981-'82 waar er 8.044 kandidaten waren, terwijl er voor 1988-'89 nog slechts 6.027 studenten in het eerste jaar een opleiding volgen. Steeds meer jongeren verkiezen na de humaniora een universitaire opleiding.

De opleiding voor verpleegkunde wordt de laatste jaren steeds minder gekozen door jongeren die het algemeen secundair onderwijs van de klassieke types hebben gevolgd, waardoor de kans op een daling van het studieniveau reëel is. Daarenboven zijn de (te) vele uren praktijk in de opleiding een als een middel gebruikt om in de ziekenhuizen het chronisch personeelstekort op en/of aan te vullen. Specialisten op dit vlak zijn van oordeel dat $\pm 60\%$ van de stagetijd nauwelijks of geen opleidende waarde heeft; zij zijn van oordeel dat het duidelijk is dat de wetgeving die de opleiding regelt om praktische en uitgangspuntenredenen verouderd en voorbijgestreefd is.

M.a.w. het beroep verliest om diverse redenen en in toenemende mate aan aantrekkingskracht, met het reëel gevaar van een kwaliteits- en niveaudaling.

Naast de **externe** redenen, zoals de mogelijkheden en keuzen voor economische sterke en sociaal hoger gewaardeerde beroepen, is er een nauwe band met de **interne** redenen. Interne beroepsredenen waarom het beroep van verpleegkundige zowel aantrekkingskracht verliest als kwaliteit en niveau dreigt te verliezen in de nabije toekomst zijn ongetwijfeld :

- dat er een oplossing moet gevonden worden voor het vraagstuk van de **honoraria en de honorering** van de verpleegkundigen die rekening houdt met de bekwaamheid, de kennis, de (onregelmatige) beschikbaarheid, de risico's en de verantwoordelijkheden voor de patiënten; zodanig dat het inkomen de vergelijking kan doorstaan met gelijkwaardige functies in andere sectoren;
- de **taak en de bevoegdheid** van de verpleegkundige, zowel in de praktijk als juridisch, moeten grondig doorgelicht en herdacht worden.

Er zal immers o.a. eens een keuze moeten gemaakt worden, inzake bevoegdheid en verantwoordelijkheid, rond de vraag of de verpleegkundige een technisch gekwalificeerde uitvoerder is van die beslissingen van de geneesheer die deze al dan niet aan de verpleegkundige opdraagt en waarvan de geneesheer de inhoud, de vorm en de modaliteiten bepaalt, **ofwel** of de verpleegkundige de bekwaamheid en de verantwoordelijkheid heeft om een volwaardige partner te zijn in het verzorgingsproces, waarin hij in samenspraak en in samenbeslissing met de geneeshe(e)r(en) voor af te bakenen aspecten ook een graad van autonome verantwoordelijkheid heeft t.a.v. de patiënt.

Daarenboven stelt men vast dat gebrevetteerde en zelfs gegradueerde verpleegkundigen soms aanzienlijke hoeveelheden van hun werktijd moeten besteden aan bezigheden die moeilijk verpleegkundig werk kunnen genoemd worden; zoals allerlei materieel reinigingswerk, distributie van voeding, enz., kortom hotelfuncties die door

minder of anders gekwalificeerd maar meestal goedkoper personeel kunnen gebeuren. Dit terwijl o.a. voor het nodige contact met en de voorlichting van patiënten en voor de psychologische ondersteuning en begeleiding van de patiënten weinig of geen tijd overblijft, noch voor groepsbesprekingen noch voor bijscholing. Ook deze aspecten zullen in de taakherdenking en de verzorgingsorganisatiebesprekingen een plaats moeten krijgen.

Dat de reële gevaren voor een daling van het aantal gekoppeld aan de inhoudelijke vraagstukken een wezenlijk beleidsprobleem zijn kan bijkomend onderstreept worden, enerzijds door het feit dat het K.B. van 25/8/1987 als minimumdrempel de permanente aanwezigheid oplegt van één gediplomeerde verpleegkundige per 30 bedden in de algemene ziekenhuizen en in de psychiatrie; en anderzijds, wat hiermee samenhangt, de praktijkberekeningen aantonen dat om een continuïteit in de zorgenverstreking te kunnen organiseren, en dit op jaarbasis (full-time = elke dag + nacht) er voor elke zorgenverstrekkende verplegingsfunctie 5,4 verpleegkundigen nodig zijn.

(c) De uitgaven voor verpleegkundige zorgen :

- 1) De overgrote meerderheid van de verpleegkundigen werken tegen een wedde in instellingen. De loonkost voor de instellingen wordt verrekend via de ligdagprijzen.

De weddeschalen voor de verpleegkundigen zijn (bruto/à index 1/8/89), zonder de gemiddelde verhogingen van $\pm 8\%$ (door het sociaal akkoord van mei '89) voor het werken op dag/nacht, onregelmatigheid (week-end, zon- feestdagen enz.) voor :

- gegradueerden : aansvang : 562.308 F, na 27 jaar (max.) dienst : 1.014.528 F
- gebrevetteerden : aansvang : 519.274 F, na 27 jaar (max.) dienst : 873.636 F
- verzorgsters : aansvang : 493.560 F, na 29 jaar (max.) dienst : 708.840 F.

- 2) Voor de zelfstandigen, maar alleen voor de voltijds-zelfstandigen, zou men schattingen van gemiddelden kunnen maken. Deze schattingen aan de hand van de prestaties geven cijfers die ongeveer overeenkomen met de cijfers van de gegradueerden in de ziekenhuizen.
- 3) Voor de verpleegkundigen die onder een formule van prestaties verpleegkundige zorgen verstrekken, geven de RIZIV-uitgaven, volgens het verslag aan het Beheerscomité : Verzekering geneeskundige verzorging; begrotingsvooruitzichten van de ontvangsten en van de uitgaven, voor het dienstjaar 1990, van 5 juli 1989, volgend beeld voor de algemene regeling en deze der zelfstandigen samen :

Verzorging door verpleegkundigen	1986 (1)	1987 (1)	1988 (1)	1989 (1)	1990 In lopende prijzen (1)
- Individuele verstrekkingen	3.998,8	4.468,0	4.607,6	4.962,5	5.406,8
- Verstreking in tehuizen	2.640,8	2.972,7	2.890,0	3.245,0	3.659,0
- Verstrekingen tegen verhoogd tarief	1.015,0	1.173,7	1.725,0	1.863,8	2.139,9
- Reiskosten	608,0	660,5	716,7	785,5	860,1
- Vast bedrag verpleegkunde in gezondheidscentra	4,1	6,5	9,2	12,8	15,4
TOTAAL	8.266,7	9.281,4	9.948,5	10.869,6	12.081,2

(1) In mio/BF

5) De Kinesitherapeuten

Ook deze zorgenverstrekkers kunnen zowel als zelfstandige of als loontrekkende in instellingen werken. In tegenstelling tot de verpleegkundigen moet de kinesitherapeuten hun diploma niet voorzien worden van een visum van de provinciale medische commissie, zonder hetwelke het beroep voor de andere zorgenverstrekkers niet mag uitgeoefend worden. Onder andere daardoor zijn de statistieken over het aantal nog gebrekkiger en moeilijker te verifiëren dan voor de andere types zorgenverstrekkers.

(a) Het aantal

- 1) Het Ministerie van Volksgezondheid telt alleen het afgeleverde diploma. Volgens het statistisch jaarboek van 1986-1987 dat uitgegeven is eind oktober 1989, waren er op 31/12/86 : 15.431 kinesitherapeuten. In 1965 waren er 2.462, in 1971 5.617, in 1980 10.368.
- 2) Het aantal kinesitherapeuten dat door het R.I.Z.I.V. erkend is en een erkenningsnummer heeft, en daardoor voor de patiënt terugbetaalbare prestaties "kan" leveren, na het afleveren aan de patiënt van een "Ontvangstbewijs - getuigschrift voor verstrekte hulp" (eveneens aan te vragen bij het Ministerie van Financiën) bedroeg op 31/12/1988 : 17.199.

3) Volgens het Ministerie van Financiën :

- a) De telling van het aantal kinesitherapeuten die als zelfstandigen de formulierenboeken "Ontvangstbewijs - Getuigschrift voor verstrekte hulp" hebben aangevraagd bedroeg in mei 1988 : - Nederlandstalig : 5.480, Franstalig : 5.796, Duitstalig : 12; Totaal : 11.288
- b) Het Ministerie van Financiën registreerde in zijn statistieken voor eigen gebruik 5.104 "Zelfstandige-Kinesitherapeuten" in mei 1988.

(b) De uitgaven voor kinesitherapie :

Uit de R.I.Z.I.V.-nota aan het Beheerscomité van 5 juli 1989 : "Verzekering Geneeskundige verzorging - Begrotingsvooruitzichten van de ontvangsten en uitgaven - dienstjaar 1990" blijkt dat in 1986 7.506,2 mln/F. (7.390,9 mln/F A.R. + 115,3 mln/F. voor de zelfstandigen) werden uitgegeven voor kinesitherapie. Voor 1989 is in de herziene R.I.Z.I.V.-begroting 9.478,9 mln/F. voorzien (waarvan 9.334 mln/F. voor de rechthebbenden van de algemene regeling en 144,9 mln/F. voor de zelfstandigen). De begrotingsvooruitzichten van het R.I.Z.I.V. voor 1990 voorzien (in lopende prijzen) voor kenesitherapie een bedrag van 10.234,1 mln/F. (10.078,2 mln/F. voor de algemene regeling en 155,9 mln/F. voor de regeling der zelfstandigen). Dus tussen 1986 en 1990 nemen de R.I.Z.I.V.-uitgaven voor kinesitherapie toe met 36,3 %.

Bij het aanvaarden van het aantal van 11.288 kinesitherapeuten zal de gemiddelde R.I.Z.I.V.-kost per kinesitherapeut voor 1990 +/- 906.600 BF. bedragen. Hierin zijn vanzelfsprekend noch de voor deze zorgenverstrekking zeer belangrijke remgelden noch de supplementen inbegrepen noch vanzelfsprekend de niet-terugbetaalbare prestaties.

Voor de grote groep kinesitherapeuten die de conventie ondertekend hebben bedragen de remgelden (ten laste van de patiënt) voor de W.I.G.W.'s 20 % en voor de actieve bevolkingsgroep 40 %.

De kinesitherapeuten die de conventie niet ondertekend hebben zijn vanzelfsprekend vrij om hun honoraria zelf te bepalen.

C. Basisgegevens over de ziekenhuizen, als zorgverstrekkers

- (a) **Algemene basisgegevens** : Dat de ziekenhuizen één van de meest vitale en belangrijkste speerpunten en verzamelplaatsen van de acute zorgverstrekking zijn zal vermoedelijk niet op een contestatie ten gronde stuiten. De graad van ingewikkeldheid zowel van het globaal ziekenhuisbeleid als van het management van een individueel ziekenhuis is nauwelijks bekend.

Hierna volgen de essentiële algemene cijfers en parameters waarvan de draagwijdte voor de verzorging in de voorgaande delen is uiteengezet.

- Van de Belgische bevolking werden er gedurende het dienstjaar 1987 (toestand 1/1/'88), op basis van het verslag van de Studiedienst van het Ministerie van Volksgezondheid van 1989, 1.536.957 personen als patiënt in een ziekenhuis opgenomen of 15,5 % van de totale bevolking.

Een opname is een éénmalige registratie van een patiënt die minstens gedurende één nacht voor verpleging in een ziekenhuis is opgenomen. In dit cijfer zijn (een belangrijk aantal) niet geteld, noch de patiënten die bij hun opname reeds overleden waren noch de in de kraamafdeling geboren zuigelingen (indien deze niet verpleegd worden in een prematuren- of kinderafdeling).

- Van dit aantal van 1.536.957 patiënten werden er 829.984 opgenomen in vlaanderen, 529.728 in Wallonië, 163.341 in Brussel en 13.904 in buitenlandse ziekenhuizen. Van dat totaal waren er 44,26 % mannen en 55,73 % vrouwen.
- De leeftijdsverdeling van de in de algemene ziekenhuizen opgenomen patiënten was : 13 % van minder van 15 jaar, 54 % tussen 15 en 60 jaar en 33 % van meer dan 60 jaar. Van de in de psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten was 1 % jonger dan 15 jaar, 82 % tussen 15 en 60 jaar en 17 % ouder dan 60 jaar.
- Van de 1.536.957 opgenomen patiënten kwamen er 1.500.235 in algemene ziekenhuizen terecht en 36.722 in psychiatrische ziekenhuizen. Daarnaast wordt nog een belangrijk aantal patiënten, maar waarvan geen verzamelde statistieken bestaan, in ziekenhuizen op een ambulante wijze en poliklinisch verzorgd, en dit in een toenemende mate.
- Deze patiënten werden in al de ziekenhuizen in 1987 verzorgd door 105.023 personeelsleden en door 14.570 geneesheren, waarvan 1.109 omnipratici, 1.447 stagiairs en 12.014 specialisten. Van de 14.570 geneesheren met een ziekenhuispraktijk zijn er 7.205 voor wie dit een voltijdse taak is en 7.365 voor wie het een deeltijdse taak is. Van dezelfde 14.570 geneesheren zijn er 5.645 die alleen een ziekenhuisactiviteit hebben, 8.257 die zowel een ziekenhuis- als een polikliniekactiviteit hebben en 668 die uitsluitend een polikliniekactiviteit hebben.

- Een belangrijke statistische rekeneenheid met zowel beleids- als financiële implicaties is het aantal patiënten dat per ziekenhuisdienst wordt ontslagen. Deze rekeneenheid is de telling van het veranderen (na verwijzing van de behandelende geneesheren) van de opgenomen patiënt van de ene ziekenhuisdienst naar een andere ziekenhuisdienst. Dit fenomeen kan zich voordoen voor patiënten met verschillende aandoeningen, tengevolge van het optreden van verwickelingen, tengevolge van het behandelen van stadia in het verzorgingsproces (bv. na een diagnose of na een chirurgische ingreep) enz.

Op 31/12/1987 was voor alle (1.536.957) opgenomen patiënten en voor alle types ziekenhuizen samen het aantal uit een ziekenhuisdienst "ontslagen" patiënten 1.729.852 (met inbegrip van deze nog aanwezig op 31/12/'87).

In de algemene ziekenhuizen was dit zo voor 1.668.144 patiënten en in de psychiatrische ziekenhuizen voor 61.708 patiënten. Deze cijfers zijn mede een belangrijke aanwijzing voor het feit dat de huidige ziekenhuispatiënt in toenemende mate een steeds zwaardere zorgen- en deskundigheidbehoevende patiënt wordt. Tussen 1984 en 1987 is dit cijfer (waarin de interne ziekenhuisverwijzingen inbegrepen zijn) in totaal met 98.490 eenheden toegenomen.

- Het aantal verpleegdagen en de verblijfsduur.

In de algemene ziekenhuizen werden er aan de 1.500.235 patiënten die in 1987 (situatie 1/1/88) werden opgenomen voor 19.848.979 ligdagen aan verzorging verstrekt. De gemiddelde verblijfsduur bedroeg in het algemeen ziekenhuis voor alle diensten samen 11,90 dagen per patiënt in 1987.

Dit gemiddelde is evenwel negatief beïnvloed door de cijfers van die ziekenhuizen waar diensten aanwezig zijn met patiënten die een meer langdurende verzorging vereisen, zoals o.a. de acute psychiatrie en vooral de chronische zieken die opgenomen worden en voor wie de gemiddelde ligduur 85,9 dagen bedroeg in 1987. Ook zijn er verschillen in de gemiddelde ligduur tussen de ziekenhuizen van de openbare sector (13,19 dagen) en deze van de private sector (11,06 dagen), dit o.a. wegens het groter aantal chronische bejaarden dat in de openbare sector is opgenomen. Omwille van deze laatste reden, nl. nagenoeg geen bejaarde chronische patiënten, zijn de ligduurcijfers in de universitaire ziekenhuizen nog gunstiger (gemiddeld 9,22 dagen).

De evolutie van enerzijds de verpleegdagen, van 20,5 mln/dagen in 1983 naar 19,8 mln/dagen in 1987 en van anderzijds de verblijfsduur van de patiënt in een ziekenhuis van gemiddeld 14,80 dagen in 1977 naar gemiddeld 11,90 dagen in 1987, tonen mede de verzwaring aan van de technische en psychologische werklast voor de ziekenhuizen, zoals in de vorige delen uiteengezet, door de toename van de zware acute behandelingen.

In de psychiatrische ziekenhuizen noteerde men in 1987 voor de 61.708 patiënten 7.268.763 verpleegdagen. Dit is een gemiddelde verblijfsduur van 117,79 dagen per patiënt.

Ook in de psychiatrische ziekenhuizen wordt de toename van de werklust onderstreept door zowel de evolutie van het aantal verpleegdagen van 7,8 mln/dagen in 1983 naar 7,2 mln/dagen in 1987 als door de evolutie van de verblijfsduur van gemiddeld 161,66 dagen per patiënt in 1983 naar 117,79 dagen in 1987

Per dienst en specialisatie verschillen de cijfers evenwel grondig omwille van de behandelde pathologie.

- De gemiddelde bezettingsgraad in de algemene ziekenhuizen bedroeg 81,61 % en in de psychiatrische ziekenhuizen 94,70 % in 1987; wat in praktijk - rekening houdend met week-ends, verlofdagen, vakantie, ontsmettingstijd na ontslag enz. - neerkomt op \pm volledige bezetting. De gemiddelde bezettingsgraad is in de ziekenhuizen van de openbare sector 80,08 % in de algemene en 90,34 % in de psychiatrische ziekenhuizen tegen 82,84 % in de algemene ziekenhuizen van de private sector en 95,95 % in de private psychiatrische ziekenhuizen. In de universitaire ziekenhuizen van de openbare sector was de gemiddelde bezetting 73,62 % tegen 82,93 % in deze van de private sector. In alle niet-universitaire ziekenhuizen (alle diensten samen) van de openbare sector was de gemiddelde bezettingsgraad 82,28 % en in deze van de private sector 87,19 %.

(b) Het aantal zorgenverstrekkingsseenheden : het aantal bedden; Bron : statistische gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid (laatste cijfers 1/1/1988 - Jaarboek 1989).

* Om de ziekenhuisactiviteit en de verzorgingsverstrekkingsseenheden in de ziekenhuizen te kunnen evalueren is naast het aantal bedden vooral de typologie van het bestaand aantal bedden belangrijk. De zorgenbehoeften, de specialisatiegraad en de kostprijs voor infrastructuur, personeelsbezetting, enz. zijn **zéér uiteenlopend van de ene dienst tot de andere**; m.a.w. een gemiddelde kost per patiënt, per ligdag, per bed (de rekeneenheid) is een cijfer dat in de werkelijkheid gewoon niet bestaat. Daarom ook een algemeen overzicht per dienst.

1) Algemene ziekenhuizen :

- Overzicht van het totaal aantal ziekenhuisbedden : - per gemeenschap
- per eigenaarsstatuut

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

	Eigenaar		TOTAAL
	Openbaar	Privaat	
BRUSSEL	3.413	5.536	8.949
VLAANDEREN	14.075	19.292	33.367
WALLONIE	9.928	9.827	19.755
TOTAAL	27.416	34.655	62.071
AANDEEL	44 %	56 %	100 %

- Overzicht van het totaal aantal algemene ziekenhuisbedden :
 - voor België
 - per dienst
 - per eigenaar
 - op 1/1/1988

Types verzorgingsdiensten (1) (specialisaties)	Eigenaar		TOTAAL
	Openbaar	Privaat	
A	844	996	1.840
A1	85	68	153
A2	18		18
B	26	41	67
C	7.947	12.027	19.974
D	7.314	9.894	17.208
E	1.430	2.069	3.499
G	2.478	2.707	5.185
H	81	58	139
H *	825	799	1.624
I	299	536	835
K	84	50	134
K1	20	15	35
L	95	8	103
M	1.388	2.457	2.845
N	147	186	333
S	202	797	999
T	120	75	195
V	3.045	1.495	4.540
VP	517	300	817
VR	451	77	528
TOTAAL	27.416	34.655	62.071
%	44	56	100

Bron : Ministerie van Volksgezondheid

(1) Verklaring van de Medische Specialisaties door de overheid erkend onder kenletter :

A : dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling; (A1 : dagverpleging in A dienst); A2 : nachtverpleging in A dienst); B : dienst voor TBC-behandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis; C : dienst voor diagnose en heekundige behandeling; D : dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling; E : dienst voor kindergeneeskunde; F : gesloten psychiatrische dienst; H : dienst voor gewone hospitalisatie; H* : dienst voor gemengde hospitalisatie C + D; I : dienst voor intensieve verzorging; K : dienst neuro-psychiatrie voor kinderen; (K1 : dagverblijf in K dienst); (K2 : nachtverblijf in K dienst); L : dienst voor besmettelijke aandoeningen; M : kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek; M : kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek; N : dienst voor vroeggeboren en zwakke pasgeboren kinderen (prematuren); O : open psychiatrische dienst; P : dienst voor neuro-psychiatrie (zal gelijkelijk vervangen worden door A); Q : psychiatrische dienst voor nachtverpleging zal gelijkelijk vervangen worden door A of door T); R/G : dienst voor geriatric en revalidatie; S : dienst voor specialiteiten; T : dienst neuro-psychiatrie voor behandeling; (T1 : dagverpleging in T dienst); (T2 : nachtverpleging in T dienst); V : dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen; (Vp : psycho-geriatric; de instellingen waaraan dit index toebehoren worden niet als Vp erkend. Ze worden als T in een psychiatrisch en als V in een geriatric instelling beschouwd). Vr : dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen in progressieve omschakeling.

- Algemeen overzicht en evolutie van de ziekenhuisactiviteit per dienst (aantal patiënten per dienst/verblijf/verzorgd) :

Het aantal "ontslagen" patiënten per dienst toont gemiddeld een stijging van de ziekenhuisactiviteit aan en dit voor dezelfde periode in een dalend aantal bedden (zie verder 3) wat opnieuw op een verhoogde werkbelasting wijst.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Diensten	1987	1986	1985	1984
A	30.390	32.938	24.712	22.710
A1	660	587	442	142
B	1.760	1.597	1.607	1.927
C	671.817	649.896	655.308	635.331
D	484.441	471.620	471.133	466.962
E	153.344	140.153	134.081	131.055
G + R	38.091	32.373	33.101	42.444
H	953	4.527	1.005	1.027
H *	55.554	64.240	33.584	28.752
I	26.715	25.305	25.787	28.438
K	739	1.039	656	823
K1	252	-	228	-
L	3.506	2.926	4.067	4.198
M	145.853	147.574	142.801	142.092
N	15.748	15.203	12.835	13.677
S	7.794	17.201	16.146	18.405
SA	-	414	958	427
T	647	435	420	427
V	27.327	29.909	30.076	32.054
VP	2.121	1.972	1.832	645
VR	432	-	-	-
TOTAAL (1)	1.668.144	1.639.909	1.590.779	1.572.136

(1) met inbegrip van deze nog aanwezig op 31 december van het jaar.

2) De psychiatrische ziekenhuizen :

- Overzicht van het totaal aantal psychiatrische ziekenhuisbedden :
 - per gemeenschap
 - per eigenaarsstatuut

	Eigenaar		TOTAAL
	Openbaar	Privaat	
BRUSSEL	-	929	929
VLAANDEREN	1.767	12.437	14.204
WALLONIE	2.860	3.026	5.886
TOTAAL	4.627	16.392	21.019
AANDEEL	22 %	78 %	100 %

- Overzicht van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden :
 - voor België
 - per dienst
 - per eigenaar
 - op 1/1/1988

Types verzorgingsdiensten (1)	Eigenaar		TOTAAL
	Openbaar	Privaat	
A	849	2.903	3.752
A1	120	477	597
A2	162	264	326
F	1.046	3.144	4.190
K	44	255	299
K1	26	65	91
K2		30	30
O	753	1.033	1.786
T	1.355	6.037	7.392
T1	136	627	763
T2	96	748	844
VP	140	809	949
TOTAAL	4.627	16.392	21.019
%	22	78	100

Bron : Ministerie van Volksgezondheid

(1) Zie voetnota (Diensten - van tabel algemene ziekenhuizen)

- Algemeen overzicht en evolutie van de ziekenhuisactiviteit per dienst (aantal patiënten per dienst/verblijf/verzorgd) :

Zoals voor de algemene ziekenhuizen toont ook voor de psychiatrie het aantal "ontslagen" patiënten per dienst aan dat vooral voor de zware diensten er een verhoogde ziekenhuisactiviteit heeft plaatsgevonden met een gedaald aantal bedden. Ook hier kan een verhoogde werkbelasting waargenomen worden.

PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

Diensten	1987	1986	1985	1984
A	30.225	30.607	30.613	29.194
A1	2.647	1.847	2.098	1.668
A2	507	766	601	726
F	4.073	5.880	5.708	5.231
K	1.023	795	806	615
K1	57	67	77	66
K2	48	47	49	46
O	2.075	2.513	2.726	3.783
P	-	-	354	333
T	18.508	17.960	17.484	15.782
T1	1.319	689	799	751
T2	768	576	652	827
VP	458	477	295	204
TOTAAL (1)	61.708	62.224	62.262	59.226

(1) met inbegrip van deze nog aanwezig op 31 december van het jaar.

3) De evolutie van het totaal aantal erkende ziekenhuisbedden :

1.1.1988	1.1.1987	1.1.1986	1.1.1985	1.1.1984
A. ALGEMENE ZIEKENHUIZEN				
62.071	67.341	68.404	68.920	69.418
B. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN				
21.019	21.213	21.185	21.870	22.220
TOT. A + B : 83.080	88.554	89.589	90.790	91.638

(Bron : Ministerie van Volksgezondheid)

4) Twee belangrijke types van infrastructuur voor bejaarden :

De kanalen voor ambulante verzorging, zoals de huisarts en voor de reeds meer zorgen-behoevenden de gezins- en bejaardenhulpdiensten met o.a. poetsdiensten enz., zijn voor de meerderheid van de bejaarden verantwoordelijk voor een brede waaier van zorgenverstreking. Voor de acute gezondheidszorgenverstreking waarvoor op een meestal korterdurende wijze een infrastructuur nodig is wordt ook voor de grote meerderheid van de bejaarden beroep gedaan op het ziekenhuis, de tweede-lijnszorg enz.

Voor een beperkter aantal bejaarden die overwegend om meerdere redenen en op een meestal continue wijze een infrastructuur nodig hebben, zoals omwille van zeer hoge leeftijd (+ 75 jaar en vooral vanaf + 80 jaar) samen met meerdere aandoeningen en/of dysfunctioneren (bv. verplaatsingsmoeilijkheden, verlammingen, chronische ziekten, dementie, enz.), zijn er voor de zwaardere gevallen R(ust) en V(orzorgings) T(ehuizen) opgericht, waar ze via een bed-infrastructuur en op een intensieve wijze verzorgd worden. Deze R.V.T.-bedden kunnen zowel gevestigd zijn in een ziekenhuis als in een daarvoor uitgerust en erkend rustoord. Op 31/12/1986 waren in de ziekenhuizen in België 2.328 R.V.T.-bedden en in de rustoorden 2.080 R.V.T.-bedden aanwezig.

Daarnaast zijn er de rustoorden voor bejaarden waar zowel de nog valide als de minder zware zorgbehoevende bejaarden verzorgd worden, maar die eveneens overwegend een hoge leeftijd hebben en die reeds daarom alleen niet meer zelfstandig kunnen leven en niet meer volledig door de ambulante verzorgingskanalen kunnen geholpen worden.

Binnen het kader van de door de overheid opgelegde herschikkingsoperatie van zowel de afbouw van een overtalig aantal ziekenhuisbedden als van een heroriëntatie van de meeste V-diensten heeft de omschakeling plaatsgevonden naar een belangrijke toename van het aantal R.V.T.-bedden. Deze omschakeling heeft zich vooral voltrokken tussen 1/1/'87 en einde 1989.

a) Overzicht van het aantal R.V.T.-bedden :

(situatie op 1/10/1989 in vergelijking met 1/1/'87)

Bron : met statistische gegevens Studiedienst Ministerie van Volksgezondheid)

	Erkende bedden (op 1.1.87)	Erkende bedden (op 1.10.89)	% groei '87-'89 ('87 = 100)	Totaal toegekend aantal bedden (met principeel akkoord)	Toekomstig aantal R.V.T.- bedden per 1.000 bejaarden
Vlaanderen	3.366	10.206	303	11.963	15,6
Wallonië	1.111	3.794	341	4.576	9,6
Brussel	302	1.305	432	2.232	12,7
Het Rijk	4.779	15.305 (1)	320	18.771 (2)	13,2

(1) Van de 15.305 erkende bedden op 1/10/89 zijn er 45,25 % van de private sector en 54,74 % van de openbare sector.

(2) Van de 18.771 toegekende bedden (principeel akkoord) zijn er 44,29 % van de private sector en 55,70 % van de openbare sector.

b) De rustoorden voor bejaarden :

Volgens de gegevens van het Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid over de periode '86-'87 en verschenen in oktober 1989 waren er in België in totaal 86.355 bedden (erkende op 1/3/1986 en niet erkende samen) of 6,10 bedden (voor België) per 100 inwoners van meer dan 65 jaar (voor Vlaanderen was dit 5,94 bedden, voor Wallonië 5,80 bedden en voor het gewest Brussel 7,61 bedden).

Daarvan waren er 33.526 van de openbare sector (26.726 erkend en 6.800 niet erkend); en 52.829 behoorden tot de private sector. Deze van de private sector waren opgesplitst in 28.854 bedden waarvan een v.z.w. de eigenaar was (waarvan 25.065 erkend en 3.789 niet erkend) en 23.975 bedden van de andere vormen van eigenaar (waarvan 15.602 erkend en 8.373 niet erkend).

(c) Een belangrijke beleidsvraag : Zijn er in ons land **TE VEEL** (In eerste plaats acute) ziekenhuisbedden ?

- Het Planbureau heeft op die vraag, reeds voor 1975 (cfr. Het ontwerp van wet houdende het Plan '75-'80), steeds positief geantwoord; dit mits randvoorwaarden zoals, alternatieven bv. voor : de diverse types (meestal zwaar chronische of meestal met een multipole pathologie) zieke én zwaar-continu zorgenbehoevende bejaarden, de zwakzinnige patiënten van de psychiatrie, een georganiseerde eerste-lijnszorg, meer coördinatie tussen de niveau's, een realistische financiering van investerings- en werkingskosten (ligdagprijzen) ook voor de bejaardentehuizen enz. Deze randvoorwaarden zijn meestal tot op heden nog niet of te zwak ingevuld.

- Het Rapport, in opdracht van de Minister van Volksgezondheid: "Evaluatie van de ziekenhuisprogrammatie - Deel I Acute ziekenhuiszorg" van Prof. L. Groot van 1986 heeft eveneens positief geantwoord, mits beleidsaanpassingen.

1) om gewoon cijfermatig te situeren :

In 1974 heeft de toenmalige Minister van Volksgezondheid, de heer J. De Saeger, de Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie opgericht. Bij koninklijk besluit van 12/6/'74 is de samenstelling en werking gedefinieerd; o.m. programmatiecriteria adviseren aan de Minister van Volksgezondheid onder de vorm van rekenkundige forfaitaire regelen en formules om de behoeften te meten en rekening houdend met alle determinerende factoren. Op 16/12/1982 is de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie omgevormd (met bevoegdheidsverruiming en rekening houdend met de grondwetsherziening (gewestvorming) tot "Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen).

- a) Enkele officiële programmatiecriteria; deze inzake ziekenhuisbedden en rust- en verzorgingstehuizen (vastgelegd bij koninklijk besluit) :

Diensten			
C + D + I	(2)	2,90 % o	Inwoners
L + B	(2)	0,03 % o	Inwoners
V	(2)	1,00 % o	Inwoners
A	- ps. zh.	0,50 % o	Inwoners
	- alg. zh.	0,15 % o	Inwoners
A1 + A2	- ps. zh.	0,15 % o	Inwoners
	- alg. zh.	0,075 % o	Inwoners
T	(1)	0,90 % o	Inwoners
T1 + T2	(1)	0,40 % o	Inwoners
VP (psycho-ger.)	(2)	0,3 % o	Inwoners
	Tot.	6,405 % o	Inwoners
G	(4)	5,0 %	bejaarden (65+)
M	(2)	32 % o	geboorten
E	(2)	37 % o	geboorten
N	(2)	6 % o	geboorten
	Tot.	75 % o	geboorten
K	(1)	0,32 % o	kinderen
K1 + K2	(1)	0,32 % o	kinderen
Rust- en verzorgingstehuizen	(3)	2 % o	Inwoners

(1) K.B. 03.08.1976 (B.S. 17.09.1976)
 (2) K.B. 21.03.1977 (B.S. 30.04.1977)

(3) K.B. 02.12.1982 (B.S. 07.12.1982)
 (4) K.B. 02.08.1985 (B.S. 09.08.1985)

- b) de vergelijking tussen de op de criteria steunende verantwoorde bedden en de reëel bestaande bedden.

Vanzelfsprekend kunnen er in de praktijk verschillen groeien tussen theoretische criteria en de concrete toepassing ervan; soms zijn de afstanden echter om allerlei redenen en oorzaken aanzienlijk en moet er bijgestuurd worden.

Globaal overzicht beddenbehoeften - België

Diensten	Verantwoorde bedden (1)	Bestaande bedden
Algemene ziekenhuizen		
A	1.481	1.840
A1 + A2	741	171
B + L	296	170
C + D + H + H* + I	28.640	39.780
E	4.346	3.499
G	7.077	5.185
K	-	134
K1 + K2	-	35
M	3.758	3.845
N	705	333
T	-	195
S	-	999
Subtotaal	47.044	56.186
Psychiatrische ziekenhuizen		
A	4.938	3.752
A1 + A2	1.481	923
K	631	299
K1 + K2	631	121
T	8.888	7.392
T1 + T2	3.950	1.607
F	-	4.190
O	-	1.786
Subtotaal	20.519	20.070
VP	2.963	1.766
V + VR	9.876	5.068
Algemeen totaal	80.402	83.090

(1) Afgeronde cijfers

Bron : Statistisch Jaarboek van de verzorgingsinstellingen Ministerie van Volksgezondheid -
situatie 1/1/'88

2) De redenen waarom men tot bijna het midden van de '80 er jaren een voortdurende groei gekend heeft zijn meervoudig :

- in de voorbije periode was bijna elk ziekenhuis van mening dat het groter moest zijn om volwaardig te kunnen zijn, en streefde naar en kreeg meestal een "Principieel Akkoord" van de overheid om hun beddenaantal te vergroten. Velen kregen ook de middelen daarvoor, althans om te bouwen;
- er ontwikkelde zich een scherpe concurrentie tussen de Openbare en de Private sector, en van de Universitaire ziekenhuizen met de beide andere netten;
- de procentueel meest spectaculaire groei deed zich voor in de Universitaire ziekenhuissector. (zie verder de evolutietabel onder 3);
- de ontwikkeling van de technische geneeskunde, het voorschrijf- en verwijzingsgedrag, de demografische ontwikkeling en het rijk aanbod en de mogelijkheden van de nieuwe generaties van apparatuur en van de bouwsector zorgden voor de rest.
- Deze groei duurde tot ongeveer 1980 toen men betaalbaarheidsGRENZEN bereikte. De belangrijke wijzigingen werden ingevoerd door de basiswet 9/8/'80, het K.B. van 22/7/'82, het K.B. van 20/6/'83 en het K.B. van 19/5/'87 omtrent de schadeloosstelling voor het niet bouwen van reeds ontworpen bedden.

Tussen 1982 en '85 werden er netto slechts 479 bedden vrijwillig afgebouwd.

In 1986 besliste de Regering dat er in 1987 2.000 en in 1988 4.000 bedden zouden moeten verdwijnen. De regering voerde stimulerings- en reconversiebeslissingen door en legde verpleegdagenquota op. Daarenboven werden de mogelijkheden geschapen om fusies en groeperingen van ziekenhuizen door te voeren (o.a. via het K.B. van 8/12/'86, het K.B. van 27/4/'87 en het K.B. van 7/11/'88).

- * Ten gevolge van het gevoerde beleid kon op 1/1/'88 vastgesteld worden : 25 fusies en 16 groeperingen van ziekenhuizen; sluiting van meer dan 50 kleine ziekenhuizen waarvan 40 V-ziekenhuizen maar in totaal zijn er officieel sinds 1973, door vrijwillige herschikkingen, samenvoegingen van instellingen, bestemmingswijzigingen, sluitingen enz., in België 150 ziekenhuizen en diensten gesloten, waarvan deze met ziekenhuisactiviteit de overgrote meerderheid sinds 1980; bijna 5.000 acute bedden waren verdwenen, waarvan +/- 1.500 in V-G-bedden waren overgegaan, dus netto - 3.500 bedden; en tussen 1982 en 1989 was het aantal V-bedden gedaald van 8.653 tot 4.521 of - 47 % cfr. K.B. van 8/12/86. Van de 6.000 bedden die moesten verdwijnen, realiseerde Vlaanderen : 74 %, Wallonië : 45 %, Brussel : 54 %. Het resultaat is dat de ziekenhuissector, althans de niet universitaire, op een doorslaggevende wijze zichzelf herstructureerde inzake beddenafbouw.

3) Het *probleem* van de Universitaire Ziekenhuizen is heel bijzonder probleem om volgende redenen :

- Samen met de uitbreiding van het aantal Universitaire Instellingen is ook het aantal Universitaire Ziekenhuizen toegenomen. Daarenboven zijn een aantal ziekenhuisbedden, in andere ziekenhuizen en in ziekenhuizen gelegen in localiteiten waar geen universitaire instelling gevestigd is, bij Koninklijk Besluit als Universitaire bedden aangewezen (zie tabel), m.a.w. (zeer/te) breed gespreid over het gehele land;
- Samen met de toename van het aantal studenten in de geneeskunde is ook het aantal bedden met Universitaire kwalificatie, als plaatsen voor opleiding en specialisatie, toegenomen.
- Door de exponentiële groei van de wetenschappelijke ontwikkelingen in de geneeskunde, de daarmee gepaard gaande medische technologiegroei én de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek, is het volume van de Universitaire ziekenhuisactiviteiten en specialisaties eveneens sterk toegenomen.

Daardoor kunnen steeds ingewikkelder pathologieën behandeld worden, en worden deze steeds meer naar de Universitaire ziekenhuizen of ziekenhuizen met universitaire kwalificatie doorverwezen, omdat deze zowel over veel meer supergespecialiseerde apparatuur beschikken die te duur is voor de andere Algemene Ziekenhuizen als over zeer gespecialiseerde kennis en de nodige soms zéér gespecialiseerde verzorgingsequipes.

- Het aantal en de evolutie van het aantal Universitaire en bij K.B. als universitair aangewezen universitaire bedden.

	U.I.A.	V.U.B.	U.L.B.	Gent	K.U.L.	U.C.L.	Liège	Totaal
Toestand vobr K.B. 30.6.78	355	1.303		1.283	1.319	564	994	5.818
van 1.8.78 tot 31.12.79	425	600	960	1.000	1.120	1.120	880	6.090
1.1.80 tot 31.4.81	743	600	960	1.000	1.120	1.120	880	6.423
1.5.81	863	616	1.190	1.165	1.278	1.190	935	7.237
1.1.82	863	616	1.190	1.165	1.278	1.190	935	7.237
1.1.83	863	616	1.190	1.165	1.278	1.190	935	7.237
1.1.84	863	616	1.190	1.165	1.278	1.190	935	7.237
1.1.85	881	616	1.190	1.165	1.278	1.190	935	7.255
1.1.86	881	616	1.190	1.165	1.353	1.190	935	7.330
1.1.87	881	616	1.190	1.165	1.353	1.190	935	7.330
1.1.88	881	616	1.190	1.165	1.403	1.190	935	7.380

Bron : Studiedienst Ministerie van Volksgezondheid

N.B. : De geografische spreiding van het aantal universitaire ziekenhuisbedden ziet er per instelling globaal als volgt uit :

- (1) De 881 ziekenhuisbedden van de universitaire instelling Antwerpen zijn gespreid over 7 ziekenhuizen gelegen in de regio Antwerpen.
- (2) De 616 ziekenhuisbedden van de Vrije Universiteit Brussel zijn gespreid over 2 ziekenhuizen gelegen in de Regio Brussel.
- (3) De 1.190 ziekenhuisbedden van de Université Libre de Bruxelles zijn gespreid over 10 ziekenhuizen waarvan 4 met samen 990 bedden in de Regio Brussel en 6 in Wallonië.
- (4) De 1.190 ziekenhuisbedden van de Université Catholique de Louvain zijn gespreid over 2 ziekenhuizen waarvan één met 890 bedden in de Regio Brussel en één in Wallonië.
- (5) De 1.165 ziekenhuisbedden van de Rijksuniversiteit Gent zijn gespreid over 2 ziekenhuizen waarvan één met 100 bedden in de regio Brugge.
- (6) De 1.353 ziekenhuisbedden van de Katholieke Universiteit Leuven zijn gespreid over 6 ziekenhuizen waarvan 4 in de Regio Leuven met 1.218 bedden en twee in Vlaanderen.
- (7) De 935 ziekenhuisbedden van de Université de Liège zijn gespreid over 4 instellingen van de Regio Luik.

- Belangrijke vragen die op verschillende plaatsen en niveau's steeds sterker worden gesteld zijn :
 - Is de trend van het steeds frequenter doorverwijzen naar universitaire ziekenhuizen vanuit de efficiëntie en de mogelijke resultaten nog verder aanvaardbaar of toelaatbaar of aan te bevelen;
 - wordt door velen niet teveel verwacht van het Universitair ziekenhuis;
 - heeft het Universitair ziekenhuis het monopolie van DE spitsgeneeskunde;
 - wil het Universitair ziekenhuis niet teveel gewone of evengoed elders behandelbare pathologieën verzorgen, en dit alles tegen de veel hogere ligdagprijzen en behandelingskosten;
 - scheidt de concurrentie tussen de Universitaire en de gewone ziekenhuizen geen extra kosten zonder extra meetbare en verantwoordbare baten ? enz.

Op deze concrete vragen kan hier geen antwoord worden gegeven worden omdat de controverses daaromtrent veel te groot zijn in de medische wereld en omdat ze het voorwerp zijn van een afzonderlijk onderzoek en een afzonderlijke discussie. Dit kan alleen zinvol binnen het kader van een globale discussie over de globale zorg om de gezondheid en de organisatie ervan.

(d) De kostprijs van de zorgenverstrekingen in ziekenhuizen.

1) De R.I.Z.I.V.-kosten voor verpleging en toezicht.

Uit de nota aan het Beheerscomité van het R.I.Z.I.V. "Verzekering geneeskundige verzorging - Begrotingsvooruitzichten van de ontvangsten en van de uitgaven" Dienstjaar 1990 van 5 juli 1989 blijkt dat voor 1989 de uitgaven van het R.I.Z.I.V. voor de ziekenhuissonkosten volgend beeld zullen vertonen :

Kostprijselementen verpleging + verblijf ziekenhuis - R.V.T.	Algemene regeling	Regeling zelfstandigen	Totaal (min F)
- ziekenhuisverpleging	56.667,5	6.001,8	62.669,3
- vast bedrag verpleegdag	1.896,4	202,0	2.098,4
- vaste bedragen (forfaits)	23,6	3,2	26,8
- herfacturatie	-	-	-
- honoraria medische wachtdienst in het ziekenhuis + toezicht op opgenomen patiënten	3.615,3	362,8	3.978,1
* Dialyse (1)	589,0	79,7	668,7
A - Totaal	62.791,8	6.649,5	69.441,3
- Rust- en VerzorgingsTehulzen bijzondere erkende bedden	3.959,3	541,9	4.501,2
- Rustoorden voor Bejaarden - tegemoetkoming voor verpleegkundige verzorging	842,0	23,0	865,0
B - Totaal	4.801,3	564,9	5.366,2
Totaal A + B	67.593,1	7.214,4	74.807,5

(1) De (nier)dialyse is een medisch-technische dienst van een bijzonder type (meestal) in een ziekenhuis die naast de verzorgingsfunctie een bijzondere vorm van opname vereist, nl. een systematische, van dezelfde patiënt gedurende meerdere uren en meerdere keren per week (en zéér dikwijls) voor de gehele levensduur van de patiënt.

Het beheerscomité van het R.I.Z.I.V. verwacht voor 1990 voor de ziekenhuisverpleging (elementen onder A van bovenstaande tabel) een uitgavekost van 73.589,2 mln/F (in lopende prijzen), waarvan 66.698 mln/F voor de algemene regeling en 6.891,2 mln/F voor de zelfstandigen.

Wat de bijzondere bejaardenverzorging betreft (elementen onder B van bovenstaande tabel) verwacht het R.I.Z.I.V. voor 1990 een uitgavekost van 6.069,2 mln/F (in lopende prijzen), waarvan 5.427,1 mln/F voor de algemene regeling en 642,1 mln/F voor de zelfstandigen.

Ter vergelijking, in 1986 bedroeg voor het R.I.Z.I.V. de globale ziekenhuiskost (elementen onder A van bovenstaande tabel) 65.950,5 mln/F waarvan 59.022,4 mln/F voor de algemene regeling en 6.928,1 mln/F voor de zelfstandigen. De bijzondere bejaardenverzorgingskost voor het R.I.Z.I.V. bedroeg in 1986 1.196,5 mln/F waarvan 1.066,8 mln/F in de algemene regeling en 129,7 mln/F voor de regeling der zelfstandigen.

2) De kostprijsvergelijking tussen Universitaire en Algemene ziekenhuizen - elementen :

Uit de studie : "Mogelijkheden tot Medical Audit binnen de ziekteverzekering" van Dr. R. Van den Oever, C.M. 1987 zijn drie voorbeelden overgenomen van medische ingrepen die in een ziekenhuis moeten gebeuren.

Het betreft een vergelijking van een aantal parameters van zorgenverstrekkingverbruik en van een aantal kostprijs-elementen tussen drie Universitaire ziekenhuizen en drie Algemene ziekenhuizen in België, die representatief zijn voor elke groep.

- Het betreft :
 - de totale kostprijs van een ingreep;
 - de verpleegduren;
 - de kostprijs zonder de verpleegdagen in BF;
 - acht vergelijkingspunten van zorgenverstrekking in % van de kostprijs zonder de verpleegdagen.

a) Pseudo-DRG (1) coronarografie in drie Universitaire en drie Algemene ziekenhuizen

	UZ 1	UZ 2	UZ 3	AZ 1	AZ 2	AZ 3	
- totale kostprijs (x 1.000 BF)	94	121	195	66	103	86	
- verpleegduur	6	6	12,7	3	8	3	
- kostprijs zonder verpleegdagen (x 1.000 BF)	56	85	109	53	66	71	
In % van de kostprijs zonder verpleegdagen	farm. & synthese	7	8	23	16	7	6
	anaesthesie	2	1	2	1	4	1
	reanimatie	2	5	4	3	3	3
	heelkunde	1	1	1	1	1	1
	radiologie	39	27	22	41	32	21
	klinische biol.	12	23	17	13	13	7
	interne gen.	25	19	21	19	22	26
	andere prest.	12	15	10	8	18	38

- (1) - Pseudo = uitgaande van de Realiteitsgegevens voor België; geregistreerd door het R.I.Z.I.V.
 - D.R.G. = Diagnosis Related Group : uitgaande van theoretische behandelingscomponenten.

b) Pseudo-DRG appendicectomie in drie Universitaire en drie Algemene ziekenhuizen

	UZ 1	UZ 2	UZ 3	AZ 1	AZ 2	AZ 3	
- totale kostprijs (x 1.000 BF)	69	63	83	48	31	64	
- verpleegduur	7	7	9	7	5	7	
- kostprijs zonder verpleegdagen (x 1.000 BF)	26	27	21	18	12	25	
In % van de kostprijs zonder verpleegdagen	farm. & synthese	17	24	15	20	11	18
	anaesthesie	9	8	11	14	18	7
	reanimatie	1	3	-	-	-	-
	heelkunde	20	19	25	31	43	23
	radiologie	7	2	2	1	3	2
	klinische biol.	25	26	21	19	14	16
	interne gen.	1	1	2	1	1	1
	andere prest.	20	18	25	13	10	33

c) Pseudo-DRG totale heupprothese in drie Universitaire en drie Algemene ziekenhuizen

	UZ 1	UZ 2	UZ 3	AZ 1	AZ 2	AZ 3	
- totale kostprijs (x 1.000 BF)	224	215	383	253	207	133	
- verpleegduur	21	22	32	32	21	17	
- kostprijs zonder verpleegdagen (x 1.000 BF)	91	84	167	95	115	61	
In % van de kostprijs zonder verpleegdagen	farm. & synthese	15	12	18	21	11	9
	anaesthesie	12	13	8	12	9	18
	reanimatie	1	-	8	-	-	-
	heelkunde	25	27	15	23	20	35
	radlologie	1	1	3	1	1	1
	klinische biol.	20	23	22	7	12	5
	interne gen.	1	2	3	6	9	4
	andere prest.	26	21	23	33	41	31

Mogelijke conclusies :

Uit de drie bovenstaande types van voorbeelden (van ingrepen/kosten) "algemene" besluiten trekken is niet mogelijk; daarvoor is er afzonderlijk en diepgaand onderzoek nodig. Wel blijkt uit de vergelijkende tabellen :

- dat voor éénzelfde medische ingreep de totale kosten grondig kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis;
- dat het percentage van de kostprijselementen - zonder de verpleegdagen - in de universitaire ziekenhuizen beduidend hoger liggen voor de klinische biologiekosten en voor de reanimatiekosten. Ook het percentage van de kosten voor geneesmiddelen en synthese ligt hoger in de universitaire ziekenhuizen. Vooral voor de twee eerstgenoemde elementen zou het verschil in uitgaven eventueel kunnen wijzen op een verschil in gradatie van risicopatiënten en/of op een verschil in methode of gewoonte van behandeling.
- De berekening - in de onderstaande tabel - van de gemiddelde totale kostprijs per ingreep en per type ingreep in de groep universitaire ziekenhuizen en in de groep algemene ziekenhuizen toont (in procentuele verschillen) aan hoeveel gemiddeld de kost lager ligt in de algemene ziekenhuizen. Voor de drie types ingrepen samen ligt de gemiddelde kost in de drie algemene ziekenhuizen gemiddeld 46 % lager dan in de drie universitaire ziekenhuizen. Vanzelfsprekend mogen hieraan geen definitieve of algemene besluiten gekoppeld worden.

Pseudo D.R.G. Type/ medische Ingrepen	universitaire ziekenhul- zen (voor U.Z. 1+2+3 - gemiddelde kostprijs x 1.000/BF) per Ingreep	algemene ziekenhul- zen (voor A.Z. 1+2+3 - gemiddelde kostprijs x 1.000/BF) per Ingreep	% verschil / kostprijs U.Z. / A.Z.
- coronarografie	136,66	85,00	60,77
- append(ic)ectomie	71,66	47,66	50,35
- heupprothese	274,00	197,66	38,62

- D - De aan gang zijnde veranderingen in de organisatie van de zorgenverstrekkings-
gen; een eerste benadering van een fundamenteel en recent aspect : de
VORM-veranderingen.

- **Probleemstelling :**

- Globaal bekeken kan men stellen dat tot in een vrij recent verleden de zorgenverstrekkings-
nagenoeg uitsluitend geleverd werden door **juridisch-zelfstandige en alleen-werkende per-
sonen**.
- Behalve in de universitaire instellingen, waar er andere organisatiemodellen bestaan, was er
een statistisch uiterst kleine minderheid van zorgenverstrekkers die omwille van de con-
tinuïteitseisen en de steeds verderschrijdende specialisaties vooral in ziekenhuizen, onder
diverse formules van associaties gingen samenwerken, maar dan toch nog meestal als
juridische klassieke zelfstandigen en uiterst zelden in een loon- of dienstverband.
- Behalve de bijna totaliteit van de verpleegkundigen, enkele kinesitherapeuten en enkele
ziekenhuisapothekers werkt in de gezondheidszorg de meerderheid van de zorgenverstrekk-
kers als beoefenaar van een zogenaamd vrijberoep.
- In deze weliswaar zeer ruwe typering van de vorm van werken zijn, zoals in tal van andere
intellectuele en vrije beroepen, **verschuivingen en veranderingen** zichtbaar. Veranderingen
zijn steeds het werk van minderheden, maar uit de hiernavolgende tabellen kan blijken dat
deze niet zo klein meer zijn.
- Inzake de **mogelijke en te verwachten Invloeden en gevolgen** van de op gang gekomen
vormveranderingen in de organisatie van de zorgenverstrekkings- gen kan concreet o.m. :
gedacht worden aan het aspect van de uitbreiding van de gevolgen op het extra-muraal
zorgaanbod, waar nu reeds bestaande groeperingen van zorgenverstrekkers van dezelfde
en/of verschillende disciplines een verscherpte concurrentie met de intra-murale sector kun-
nen organiseren en zich ook sterker kunnen opstellen tegenover de alleenwerkende zorgen-
verstrekker; ook moet gedacht worden aan de versterking van de samenwerkingsakkoorden
die een andere hiërarchieorganisatie kunnen toelaten; ook moet gedacht worden aan de
schaalvergroting waardoor meer zorgenverstrekkings- gen kunnen gerealiseerd worden met een
andere intern voordeliger kostenspreiding; ook moet gedacht worden aan andere vormen
van juridische verantwoordelijkheid zowel t.a.v. de patiënt als t.a.v. het beleid, de ver-
zekeringsinstellingen enz. En indien deze nieuwe organisatievormen in de intra-murale sec-
tor zelf, bv. in een ziekenhuis, op een of andere wijze binnendringen is zowel een interne
concurrentie als een concurrentie met andere intern bestaande ziekenhuisdiensten niet uit-
gesloten, en kan een versterkte organisatiepositie t.a.v. het algemeen ziekenhuisbeleid dit
laatste zijn beheersautonomie sterk gaan beïnvloeden. M.a.w. met de nieuwe vormveran-
deringen met zowel juridische als organisatieimplicaties zijn fundamentele veranderingen
mogelijk en dus logischerwijze te verwachten in de organisatie van de zorgenverstrekkings-
gen én in de rechtsverhoudingen én in de structurele organisatie én in de beleidsverhoudingen.

Hierbij aansluitend dient de vraag ter bespreking en ter studie voorgelegd te worden, welke de implicaties zouden zijn indien de zakelijke of commerciële vormen van rechtspersoonlijkheid hun intrede zouden doen als organisatievorm, bijvoorbeeld van ziekenhuizen. Welke de voor- en nadelen ervan zouden zijn en welke de beleidsgevolgen voor de overheid ervan zouden zijn.

*

*

*

- Hier wordt een poging gedaan, en dit vermoedelijk voor de eerste maal, om de recent op gang gekomen vormveranderingen in de organisatie en zorgenverstrekkingsvormen te meten.

Het hiernavolgend statistisch beeld van de Juridische organisatievormen onder dewelke zorgenverstrekkers blijkbaar in een toenemende mate (kunnen) werken, en die in de gezondheidszorgensectoren tot hertoe minder (niet of nauwelijks) klassieke voorkwamen, is kunnen tot stand komen - na veel hindernissen en na een geduldig telwerk - dankzij de medewerking van het Ministerie van Financiën.

Situering en verklaring van dit onderzoek :

Naast de klassieke "alleen-werkende" en dus alleenverantwoordelijke zorgenverstrekkers of deze in een of andere formule van (vrije) samenwerking (maar zonder juridische - statuutwijzigingen) worden er in ons land op dit ogenblik (einde meting : april 1988) op 4.650 plaatsen zorgenverstrekkingsvormen aangeboden onder een andere vorm.

- * Van deze 4.650 hebben er 2.350 een vorm die in de gezondheidszorgensector breed bekend is : O.C.M.W.'s of diensten, centra, instellingen en ziekenhuizen met een v.z.w.-statuut. De andere 2.300 geografisch versprede zorgenverstrekkingspunten werken onder de minder klassieke VORMEN van :
 - p.v.b.a. : personenvennootschap met beperkte aansprakelijkheid; b.v.b.a. : besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid; (n.b. : tengevolge van de wet van 15 juli 1985 (B.S. 14.8.1985) zullen de P.V.B.A.'s omgevormd worden tot B.V.B.A.); c.v. : coöperatieve vennootschap; n.v. : naamloze vennootschap; r.l.z.l.v. Nr. : dit zijn zorgenverstrekkers die als gediplomeerde in een discipline voor de rekening van "een derde" werken. Deze is de juridische en economische eigenaar van de zorgenverstrekkingsplaats en kan werkgever zijn, maar beschikt zelf niet over het vereiste diploma dat hem toelaat prestaties te leveren. Diversen : dit is een verzameling van andere dan de bovenstaande en andere dan de klassieke instellingen of ziekenhuizen, v.z.w.'s of O.C.M.W.'s
- * Het aantal gediplomeerde zorgenverstrekkers dat onder deze vormen samenwerkt of hoeveel personeel ze tewerkstellen is van uit de onderzochte bronnen niet te berekenen evenmin als het aantal prestaties dat zij leveren noch hun financiële omzet. Dit zou een verder doorgedreven en specifiek onderzoek vergen.

Gevestigd in de Vlaamse Gemeenschap : 1.101

Geneesheren					Geneesheren									
					Labo (Klinische Biologie)					Tandheelkunde Orthodontie/Stomatologie				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
285	18	13	6	36	10	-	-	-	11	2	-	-	-	-
Totaal 360					Totaal 31					Totaal 2				
Niet-Geneesheren					Geneesheren									
Labo (Klinische Biologie)					Tandheelkunde/Orthodontie/Stomatologie					Kinesitherapie				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
85	2	8	1	6	126	13	6	1	22	88	6	2	1	18
Totaal 82					Totaal 168					Totaal 81				
Verpleegkunde					Apothekers					Diversen				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
97	51	27	27	77	1	-	1	-	1	42	3	19	1	50
Totaal 278					Totaal 3					Totaal 115				

(1) Rechtvorm: P.V.B.A. = Personenvereniging met beperkt aansprakelijkheid
B.V.B.A. = Besloten vennootschap met beperkt aansprakelijkheid
(2) Rechtvorm: C.V. = Coöperatieve vennootschap
(3) Rechtvorm: N.V. = Naamloze vennootschap

Diversen: Diensten voor thuisgezondheidszorg, Sportcentra, Geneeskundige diensten, polikliniek enz. enz.

Gevestigd in de Franse Gemeenschap : 1.197

Geneesheren					Geneesheren									
					Labo (Klinische Biologie)					Tandheelkunde Orthodontie/Stomatologie				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
162	22	12	1	42	6	-	-	-	7	5	-	-	-	-
Totaal 239					Totaal 18					Totaal 5				
Niet-Geneesheren					Geneesheren									
Labo (Klinische Biologie)					Tandheelkunde/Orthodontie/Stomatologie					Kinesitherapie				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
71	2	8	-	22	80	24	6	-	73	33	2	-	-	14
Totaal 101					Totaal 183					Totaal 48				
Verpleegkunde					Apothekers					Diversen				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
209	41	45	-	131	2	1	-	-	-	84	10	10	-	92
Totaal 426					Totaal 3					Totaal 178				

(1) Rechtvorm: S.P.A.L.
(2) Rechtvorm: C.V. = Coöperatieve vennootschap / S.C. Société coopérative
(3) Rechtvorm: N.V. = Naamloze vennootschap / S.A. Société anonyme

Diversen: Diensten voor thuisgezondheidszorg, Sportcentra, Geneeskundige diensten, polikliniek enz. enz.

Gevestigd in de Duitstalige Gemeenschap : 2

Geneesheren					Geneesheren									
					Labo (Klinische Biologie)					Tandheelkunde Orthodontie/Stomatologie				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niet-Geneesheren					Geneesheren									
Labo (Klinische Biologie)					Tandheelkunde/Orthodontie/Stomatologie					Kinesitherapie				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verpleegkunde					Apothekers					Diversen				
P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)	P.V.B.A. B.V.B.A. (1)	C.V. (2)	N.V. (3)	R.Z.V. (4)	Diversen (5)
-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Rechtvorm: P.V.B.A.
(2) Rechtvorm: C.V. = Coöperatieve vennootschap
(3) Rechtvorm: N.V. = Naamloze vennootschap

Diversen: Diensten voor thuisgezondheidszorg, Sportcentra, Geneeskundige diensten, polikliniek enz. enz.

Totaal :

Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap + Duitse Gemeenschap : 2.359

Totaal aantal (hetzins) : 4.650

Rest (O.G.M.W.'s, V.Z.W.'s, Xstroken) : 2.350

Besluit :

In de organisatie van de zorgenverstreking voltrekken zich vormverschuivingen van juridische aard, met belangrijke reële en potentiële gevolgen en implicaties, die niet meer genegeerd of geminimaliseerd kunnen worden. Het feit dat ze bestaan en werken wijst op een principiële en gewichtige evolutie, die uiteraard meer dan één oorzaak (o.a een fiscale) heeft.

De (tot april '88 getelde) 2.300 zorgenverstrekkingsplaatsen met een andere dan de tot hertoe klassiek gebruikte vorm is niet meer weinig of uitzonderlijk te noemen, en het aantal ervan neemt voortdurend toe. Noch het beleid noch een discussie ten gronde over het geheel van de gezondheidszorg en de zorgenverstreking kan aan dit fenomenen voorbijgaan, en dient dienaangaande standpunten in te nemen.

Tot slot : Slechts enkele Algemene Besluiten

Dit rapport wil een aanbeveling zijn voor een **globale én fundamentele discussie over de zorg om de gezondheid als één geheel en vanuit een urgente nood aan coherentie en coördinatie.**

De aanbreng van gegevens, feiten en vraagstukken is gebeurd vanuit de bekommernis om een objectief en synthetisch overzicht van de belangrijke concrete **sleutelrealiteiten** te schetsen.

De klemtoon ligt op de reeksen fundamentele **interdependenties** tussen de onderdelen en op enkele **fundamentele structurele beleidsproblemen**; omdat de belangrijkste vraagstukken van de verschillende deelsystemen van het domein van de volksgezondheid daarvan een indirect gevolg zijn.

Daarom :

Stelling I : Het is de hoogste tijd om werk te maken van een grondige en **evenwichtenzoekende kritische analyse** van de werking van de systemen en de structuren, zowel openbare als private, van het hele domein en van zijn diverse onderdelen, van de efficiency ervan, van de finale doelstellingen, van de daarvoor nodige organisatiestructuren van het beleid en van de nodige financiële middelen.

Deze analyse zou moeten kunnen uitmonden in de ontwikkeling van een **coherente visie** omtrent het belang, de opdrachten en de inhoud van wat de zorg om de gezondheid moet zijn. Daaraan moet dan een strategie van de doelstellingen – op korte en langere termijn – gekoppeld worden; met inbegrip van een planning van realisatie, het meten van de stappen van vooruitgang (evaluatiestrategie) en een bijsturingsorganisatie van tekorten en/of voor (nieuwe) evoluties van ontwikkelingsprocessen (bv. nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen). En dit alles met de verantwoordelijkheid voor een **Integrale KwaliteitsZorg**.

Stelling II : Dit werk van analyse en van het zoeken naar nieuwe evenwichten via correcties en bijsturingen van oude wegen en het zoeken naar nieuwe toekomstgerichte formules en haalbare oplossingen heeft **alleen zin, kan alleen efficiënt zijn en heeft alleen "kansen"** op slagen indien alle op het terrein betrokken partijen **samen de wil opbrengen voor het maken van een globale analyse in functie van een globaal kader voor de zorg om de gezondheid en voor de nodig en voldoende onderdelen die erin moeten passen.**

* Slechts enkele opvallende problemen voor de discussie en het overleg :

- 1) De zorg om de gezondheid, met de inhoud eraan gegeven in dit rapport, en dus zowel in haar *globale* doelstellingen en de concretisering ervan als in de concrete zorgenverstrekking op alle niveau's en in alle deeldomeinen en sub-specialisaties als in de beleidsconcepties en in de beleidsorganisatie, is in de eerste plaats een opdracht waarvan de ruggegraat de **Integrale KwaliteitsZorg** moet zijn of zou moeten zijn.

Dit omdat in functie van de verschillende parallellopende opdrachten en aspecten van de gezondheidszorg (personalistische, humanitaire, sociale, economische, maatschappelijke) de **Integrale KwaliteitsZorg** een enige **strategiekeuze** is voor het **continu** en **systematisch** benaderen en bereiken voor wat uitstekendheid of totale topkwaliteit kan genoemd worden; zowel wat het globaal resultaat als dat van de diverse onderdelen betreft.

De **Integrale KwaliteitsZorg** is als **globale beleidsmethodiek** niet de gemakkelijke maar de meest doeltreffende weg voor :

- de begeleiding van de permanent nodige aanpassing van de dienstverlening en zorgenverstrekking aan zowel de wetenschappelijke ontwikkelingen als aan de differente zorgen- en begeleidingsnoden van de verschillende types zorgenbehoevenden;
- de actieve en constructieve participatieorganisatie van alle in het verzorgingsproces betrokken medewerkers; deze organisatie kan haar doeltreffendheid maar maximaliseren mits de totale inzet, de inbreng van ideeën en ervaring, de creativiteit van alle medewerkers van alle disciplines;
- de collegiale verantwoordelijkheidsopgaven en responsabilisering, van de top tot de basis en omgekeerd, van alle structurele beleids- en medewerkingsniveau's en van alle individuele medewerkers samen in de respectievelijke fasen van de beslissings- en verzorgingsprocessen;
- de preventie tegen systeem- en uitvoeringsfouten, vergissingen, knelpunten van efficiency. Eventuele en voorkomende problemen kunnen dan niet meer uitgroeien tot grote vraagstukken van het geheel, omdat ze systematisch (o.a. door maximale consensus uit overleg) op het ontstaansniveau snel opgespoord en creatief opgelost worden.
I.K.Z. is een strategie van systematische zelfcontrole en zelfsanering op alle niveau's tegelijkertijd, omdat ze steunt op samenwerking door vertrouwen. I.K.Z. is ook een permanente toetsing van de praktijk aan de visie en omgekeerd;

- de daling van de diverse types van kosten (volgens praktijkschattingen tussen 15 à 40 %) door minder fouten, door minder verspillingen, door betere rendementen van alle componenten, door minder klachten en meer tevredenheid, door stijging van de efficiency in 't algemeen en van de onderdelen. Daardoor worden ook meteen betere financiële resultaten bereikt, zonder te *moeten* streven naar een alles overbelastende toename van prestaties (productiegroei), herstellen van fouten en klachten, administratieve kosten enz.

Met de hierboven omschreven karakteristieken, die in grote mate ook in het vooruitstrevend internationaal bedrijfsleven toegepast en verwerkt worden, en met de daaruit voortvloeiende kansen tot inhoudsopvulling ook in het gezondheidszorgdomein heeft de integrale Kwaliteitszorg ook een ethische dimensie, waarvan de positieve konsekwenties een fundamentele invloed kunnen hebben.

Elk domein kan van zichzelf menen dat het een uitzondering is, ook dit domein doet dit soms. Maar, zelfs al is elk domein *anders*; toch kan, inzake de strategie van de integrale zorg voor kwaliteit en de globale vereisten daarvoor in dit rapport en hierboven summier uiteengezet, aangenomen worden dat echte uitzonderingen niet bestaan en niet kunnen aanvaard worden.

Dat om deze strategie concreet toe te passen er een bereidheid en inzet nodig is van alle betrokkenen bij de zorgenverstrekking is duidelijk, maar zeer zeker ook van alle beleidsniveau's.

Het onderzoek (cfr. Prof. Demming, U.S.A.) toont aan dat ongeveer 80 % van alle *productie- en beleidsproblemen* een managementsoorzaak (verantwoordelijkheid) hebben.

- 2) Een van de belangrijkste en goedkoopste basissen van de gezondheidszorg is de organisatie van de driehoek :
 - a) doeltreffende preventieve gezondheidszorg met inbegrip van de gezondheidsopvoeding en voorlichting;
 - b) de zgn. "mantelzorg" van het thuismilieu met daaraan gekoppeld de professionele thuisgezondheidszorg, voor die gevallen waar nodig;
 - c) de volledige samenwerkende professionele Eerstelijnszorg.
- 3) De afbakening en de organisatie van de taken en opdrachten van de gespecialiseerde zorgenverstrekking, zowel ambulant als in de ziekenhuizen en instellingen, met inbegrip van de nodige infrastructuren, apparatuur en gespecialiseerde zorgenverstrekkingssequipes.

De organisatie van een mogelijke taakverdeling voor de diverse niveau's van de gespecialiseerde zorgenverstreking moet ter discussie kunnen gesteld worden.

Eveneens is er een grondige analyse nodig om de werkings- en leefbaarheidskansen van de gespecialiseerde zorgenverstreking voor de toekomst te kunnen waarborgen.

- * Daarenboven moet de organisatie van de samenwerking tussen de zgn. eerste-, tweede- en derde lijn een directe beleidsaandacht krijgen.

- 4) Enerzijds door de snelle en fundamentele medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen en anderzijds door de verschillende organisatorische vraagstukken is er ongeveer geen zgn. holistische gezondheidszorgenaanpak, m.a.w. het ontbreekt aan een totaal Gezondheidszorgbeleid. (cfr. de 38 doelstellingen voor 2000 van de WereldGezondheidsOrganisatie)

De zorg om De gezondheid reduceren tot medische en paramedische acute zorgenverstrekingen voor fysieke ziekten en zieken, vertaalbaar in aantallen zorgenverstrekkers en prestaties, in aantallen bedden en ziekenhuizen, in aantallen apparatuur, in kostprijzen en uitgaven, is - hoe belangrijk deze aspecten ook zijn - een zware verminking van de realiteit. Het is een vergissing en een fout - in functie van een efficiënt beleid - de best zichtbare aspecten te vereenzelvigen met de verschillende realiteiten van het hele domein van de zorg om de Gezondheid.

- 5) Hierbij nauw aansluitend moet vastgesteld worden dat er nagenoeg geen "Gezondheidscontext-beleid" is.

Daarom moet gepleit worden dat er in functie van de totale gezondheidszorg ook een doelgericht OORZAKENbeleid zou ontworpen worden. Dit moet gericht zijn ook naar de verschillende verbanden tussen zorgenbehoeften en : een gezinsbeleid, een beleid van gezondheid-en-arbeid, een beleid van verbanden tussen wonen, woonbuurt, een leefmilieubeleid en gezondheid; een beleid van gezondheid voor de diverse marginaliteitsgroepen (min. 10 % van de populatie) enz.

- 6) In het domein van de gezondheidszorgenverstreking moet men twee belangrijke nefaste, kostprijsverhogende en zelfs financiële verspillingstendenzen vaststellen : a) de reeksen nutteloze de facto concurrenties; b) het gebrek aan samenwerking binnen het geheel en binnen de meeste deelsystemen en luiken. Het beleid heeft hier zeer belangrijke rol van technische en doelstellingengerichte planning en organisatie en potentieel zeer rendabele coördinatieopdrachten.
- 7) De complementariteit tussen het economisch domein en het domein van de zorg om de gezondheid wordt ten koste van veel indirecte schade en financiële kosten onderschat.

Het traditioneel en soms (te) strak eenzijdig rendementsgericht economisch domein beschouwt de zorg om de gezondheid als "un mal nécessaire" en als een "soft" domein. Er kunnen veel elementen aangebracht worden om te bewijzen dat dit een onjuist standpunt is. De "non-profit" benadering is niet exact. De zorg om DE gezondheid en DE concrete werking van een economie zijn als treinsporen die elkaar ogenschijnlijk niet raken, tot aan de vele wissels ... die men "samen" veilig neemt of waar men "samen" ontspoorde ...

8) De financieringsvraagstukken dienen in hun context bestudeerd en opgelost te worden.

a) Zonder het aspect van het zorgaanbod als minder belangrijk te typeren, zelfs al blijkt duidelijk dat er verschillende uiteenlopende cijfers bestaan en zelf al weet blijkbaar niemand exact bijvoorbeeld hoeveel gediplomeerde zorgverstrekkers er als beroep ook zorgen verstrekken, toch kan de praktijk ons leren dat niet dit ruwe aantal zorgverstrekkers het belangrijkste financiële fenomeen is, maar wel het concreet aantal geleverde, aan de patiënt aangerekende en door een ingewikkelde terugbetalingsstructuur terugbetaalde prestaties. En daarenboven en tussen haakjes, zonder te vergeten dat ook de praktijk bewijst dat zeker in een domein als dit het overheidsbeleidsingrijpen, in hoofdzaak met klassieke economische en financieringsregelingen (cfr. o.a. remgelden om o.a. (welke) vraag en (welk) aanbod te regelen) geen grote effecten kan bewijzen. Dit omdat beleid een technisch én een totaal-gebeuren is.

b) Ter herinnering slechts twee voorbeelden :

1) het probleem van de ligdagprijs van de ziekenhuizen : de kostenanalyses van de werkelijke ligdagkost tonen aan dat een kwalitatief degelijk en financieel haalbaar ziekenhuisbeleid (zo goed als) onmogelijk is met de officiële ligdagprijsvergoeding. Om dit probleem op te lossen wordt naast kleinere verschillende hulpinkomsten gerekend op de supplementen van de patiënten voor wie dat kan; maar ook in nagenoeg alle ziekenhuizen moeten ongeveer alle zorgverstrekkers een deel, en voor de technische prestaties regelmatig tot zelfs méér dan 50 %, van hun honorarium "afstaan" om de kosten te helpen financieren.

Dit laatste belangrijk aspect betekent dat het beheer van de ziekenhuizen financieel afhankelijk is van zijn eigen geneesherenkorps en van enkele para-medici en van deze hun aantallen prestaties en de daaraan verbonden terugbetalingen. En dan blijkt men overal verwonderd te zijn dat de aantallen prestaties stijgen, dat er overconsumpties zijn en dat goed beheer bijna niet meer kan.

Dus:

Waarom geen exacte kostenberekeningen zowel voor goed omschrijfbare ingrepen of aandoeningen (bijvoorbeeld via D.R.G.-systemen, all-in enveloppes of forfaitaire systemen) als per type specialisatie, per type bedden, per type infrastructuur, per type technische prestaties enz. en voor de instellingen (vaste, variabele, marginale kosten) ? Waarom geen netto-honoraria voor de zorgverstrekkers ? Dit zou zowel (door o.a. prestatimaximalisering) uitgaven en kosten drukken als zéér zeker veel conflicten voorkomen.

- 2) Het probleem van de ligduur in de ziekenhuizen : de ligduur-correctheid is een nodige beleidsmaatregel. Dat er soms nog verschillende en hogere cijfers zijn is waar, maar ze houden ten dele verband met wat hierboven staat en met medisch te verantwoorden verschillen in behandelde pathologie.

Door de sterk verbeterde diagnostieken en de wetenschappelijke vooruitgang van de meeste therapieën kan men behandelingen sneller voltooien.

Ook onder de geschetste druk van de beddenafbouw en de penalisaties van de ligdagen (quota) is de ligduur gedaald, wat gunstig is. Maar, in steeds meer ziekenhuizen en voor bepaalde types zorgverstrekingen is de ligduur reeds zodanig kort dat de specialisten een gevaardrempel en een haalbaarheidsdrempel steeds sterker onderstrepen. Het is immers niet mogelijk de ligduur oneindig te drukken, zonet zijn er geen ziekenhuizen meer nodig of worden de risico's onaanvaardbaar. Daarenboven is het helemaal niet onmogelijk of denkbeeldig dat daardoor de kosten alleen hetzij uitgesteld hetzij verplaatst worden.

Men kan de patiënten ook maar zo vroeg mogelijk ontslaan, op voorwaarde dat er een goed georganiseerde samenwerking met de eerstelijnszorg bestaat (cfr. 2) hierboven).

Men kan ze ook te vroegtijdig (moeten) ontslaan, zonder met de gevolgen rekening te houden.

Daarenboven kan niet ontkend worden dat nog steeds rekening moet gehouden worden met het FEIT dat voor elke medische behandeling of ingreep de menselijke natuur zelf, met varianten van persoon tot persoon, een bepaalde hersteltijd voorschrijft, waarbinnen er controle en zorg nodig is, wil men geen onverantwoorde risico's lopen. De gevolgen van onverantwoorde risico's zouden tenslotte duurder kunnen kosten dan een iets langer verblijf in het ziekenhuis.

Daarnaast heeft deze trend van steeds snellere patiëntenrotaties, en van dus steeds meer zéér acute patiënten die veel en zéér acute zorgen behoeven, meteen tot gevolg dat vooral het verplegend personeel steeds zwaarder overbelast is en daardoor geen of te weinig tijd heeft voor de patiënten.

Dat uit dit geheel van feiten een kwaliteitsdaling van de zorgenverstrekking kan voortvloeien is duidelijk.

Ook wat dit aspect betreft nadert men haalbaarheids- en conflictengrenzen.

c) Kost de Gezondheidszorg TE VEEL ?

Met argumentaties en standpunten naar keuze kan men op deze vraag van positief tot ontkennend antwoorden.

In dit rapport zijn diverse basisoorzaken voor het niveau en de evolutie van de kostprijzen met enkele essentiële feiten daaromtrent aangegeven.

De belangrijkste oorzaken zijn ongetwijfeld de ontegensprekelijke fundamentele en exponentiële wetenschappelijke vooruitgang van alle disciplines die instaan voor de gezondheidszorg. Men kan hierbij denken aan de vele diagnosetechnieken, de chirurgie, de prothesen, de therapieapparatuur en technieken, de geneesmiddelen en farmacologische behandelings- en hulpmiddelen enz. Men moet hierbij ook het gehele luik van de preventieve gezondheidszorg en zorgenverstrekingen incalculeren. Ook mag hierbij de zorgenverstrekking niet vergeten worden voor de verschillende bijzondere risicopatiënten, voor de geriatriepatiënten, voor de chronische patiënten, voor de uitbehandelde patiënten en voor de terminale patiënten, ; zonder de specialistische pijnbestrijdingsdiscipline te vergeten.

Daardoor zijn ook vele nieuwe sub-specialisaties ontstaan en in ontwikkeling, waarvoor specifieke apparatuur, infrastructuren, specialisten met groeiende equipes en research belangrijk en nodig zijn.

Naast de van nature professioneler wordende arbeidsintensieve inhoud van de gezondheidszorg ontwikkelt deze zich ook verder in een steeds toenemende mate naar wat een kapitaalsintensieve sector mag genoemd worden.

Deze bovengenoemde evenwijdig lopende evoluties, die logischerwijze ontstuitbaar zijn, kunnen niet anders dan een toenemende kost veroorzaken.

Daarnaast is de bevolking, en niet alleen de groeiende ouderwordende bevolking, maar de totale bevolking veel meer aandacht, gekoppeld aan zorgenvragen, gaan besteden aan de diverse aspecten van de eigen gezondheid en aan de mogelijkheden om ze te verzorgen en in stand te houden. Al deze elementen samen genereren een groei van het aanbod en van de vraag en van de uitgaven.

Ook de prijzen van de enorme waaier van gebruikte producten, apparatuur, infrastructuur en diensten stijgen voortdurend. Dit o.a. omdat ze aan indexeringen onderworpen zijn; zoals de loonmassa, de honoraria, de kosten voor onderhoud, de kosten voor energie, voeding, geneesmiddelen enz. De ziekenhuizen moesten voor hun investeringen daarenboven nog zware leninglasten dragen.

Dit alles samen vormt de zich steeds strakker toetrekkende knoop waardoor de uitgaven voor de globale gezondheidszorg proportioneel sneller stijgen dan de min of meer een halve eeuw oude uitgedachte inkomstenmechanismen kunnen voorzien. Die inkomstenmechanismen steunen immers in hoofdzaak op bijdragen voor sociale zekerheid; die bijdragen worden berekend op de, toenmalige economisch belangrijkste, factor van de individuele arbeid en de daaruitvoortvloeiende loonmassa. Dit terwijl de huidige evolutie van nagenoeg alle domeinen (zowel van de gezondheidszorg als van het gehele economisch draagvlak) deze is van de kapitaalsintensieve weg met een steeds hogere technologie en daarmee werkende sterker gespecialiseerde equipes (van zeer dikwijls kleiner wordende aantallen), een weg die ze steeds verder en sneller opgaan. M.a.w. er voltrekt zich ook in dit domein een steeds scherpere scheeftrekking tussen de logische evolutie van de gezondheidszorg en de financieringsbasis ervan. Ten ware zou kunnen overwogen worden om een koppeling te bestuderen tussen de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de reële ontwikkeling van de gehele toegevoegde waarde van het economisch draagvlak. Dit omdat de gezondheidszorg finaal zowel ook een dienstverlening is aan - als een belangrijke factor van het economisch proces is. Het is dan ook aangewezen deze realiteiten in de discussie te betrekken.

Bij een discussie die naar evenwichten op dit vlak wil zoeken zou men uit het geheel van dit rapport volgende voorzichtig conclusies kunnen trekken :

- het globaal bestedingspakket (nu nogmaals) zwaar inkrimpen zal zéér waarschijnlijk, wegens de interdependenties, een daling tot gevolg hebben van de kwantiteit van vitale onderdelen van de zorgenverstrekkings én van de algemene kwaliteit, waarvoor niemand de totale eindverantwoordelijkheid op zich zou durven nemen op het ogenblik dat men voor de concrete realiteit geplaatst wordt.
- zware globale lineaire en algemene meeruitgaven toelaten, zonder een systeemherdenking, zou zeer waarschijnlijk geen gelijklopende toename van gezondheidsverbeteringen van de bevolking tot gevolg hebben. Maar zonder bijkomende middelen kunnen in de toekomst evenwel nog moeilijk nieuwe initiatieven genomen worden.
- De uitdaging van de gezondheidszorg in haar geheel, in de toekomst en in de hoog ontwikkelde landen, ligt duidelijk minder sterk op het accent van een nog veel verdere levensduurverlenging; maar de uitdaging ligt des te sterker op de keuzen van kwaliteits- en comfortverbetering van het leven en van het bestaande gezondheidspotentieel.

Ook het beleid zal die keuzen niet kunnen ontwijken, met inbegrip van de keuzen voor de middelen die daartoe nodig zullen zijn.

- In volume én in vergelijking met andere landen – met een min of meer gelijkaardige populatie (structuur), met een min of meer gelijkaardig cultuur- en welvaartsniveau, met een min of meer gelijkaardige gezondheidszorgtraditie en wetenschappelijk niveau – besteden wij in ons land *globaal* min of meer voldoende financiële middelen voor een voldoende kwaliteit en kwantiteit aan *directe* (= overwegend *acute* en in eerste plaats curatieve en fysisch-technische) gezondheidszorgen, maar ook niet teveel.

Dit rapport heeft ook willen aantonen dat er nog verschillende min of meer verwaarloosde, onontwikkelde en onderontwikkelde deeldomeinen en aspecten zijn. Daarom is o.a. bijzondere aandacht gevraagd voor de psychische en voor de sociale dimensie (volgens het onderzoek van Dr. J. De Maeseneer (Huisartsengeneeskunde, een verkenning; R.U.G. 1989) is de psychische problematiek een kernprobleem voor $\pm 30\%$ en de sociale problematiek een kernprobleem voor $\pm 15\%$ van de patiëntenpopulatie van de huisarts), voor een gezondheidscontextzorg en voor een oorzakenzorg naast de klassieke gevolgzorg.

In 1985, bijvoorbeeld, vertegenwoordigden de totale uitgaven voor gezondheidszorg in ons land 7,2 % van het B.N.P. terwijl dit voor hetzelfde jaar 8,3 % was in Nederland, 8,2 % in Duitsland, 8,6 % in Frankrijk en 10,7 % in de Verenigde Staten (Bron : Banque de données sociales de l'O.C.D.E.; niet gepubliceerd – Onderzoeksrapport Koning Boudewijnstichting – december 1988). Deze studie van de Koning Boudewijnstichting berekende dat voor de gehele zorgensector (welzijnszorg inbegrepen) de totale binnenlandse bestedingen 9,7 % van het B.N.P. bedroegen in 1987.

- Een besluit :

Voor een aantal belangrijke uitgavenvraagstukken kunnen er (tijdelijk en op korte termijn) evenwichtige oplossingen gezocht worden in INTERNE herdefinieringen en herstructureringen van het globaal domein zelf; waardoor niet onbelangrijke herverdelingen van de financiële middelen mogelijk moeten worden. Een herschikingsoperatie van de middelen hoeft zeker niet te leiden tot dalingen van de zorg om de Gezondheid en kan zelfs tot globale verbeteringen leiden. Maar, eenmaal er beleids- en prioriteitskeuzen gemaakt zijn moet vanzelfsprekend het volume aan besteedbare financiële middelen in overeenstemming *gehouden* worden met de reële uitgavenkosten om de beslissingen te kunnen realiseren.

d) Welke richtingen voor een financieringsbeleid kunnen doeltreffend zijn ?

Elke saneringspoging die vertrekt met de illusie dat alleen het huidig *financieel* beheersingsysteem en beheerssysteem van het domein van de volksgezondheid een oplossing kan aanbrengen zal steeds opnieuw dezelfde moeilijkheden kennen.

Het is zeker dat gestreefd moet worden naar een financieringssysteem dat enerzijds berust op een verbreding van de financieringsbasis (zoals onder c) hierboven gesuggereerd) en anderzijds berust op een financiële responsabilisering, voor het gehele domein én daarbinnen voor elk deeldomein. Wat dit laatste betreft kan dit alleen door te steunen op meetbare criteria; zoals : aantal verzorgde of te verzorgen patiënten met een bepaalde pathologie en verzorgingsbehoefte; reële kosten voor infrastructuur, personeel, onderhoud, financiële lasten enz.; netto honoraria; enz. Deze criteria en berekeningen moeten zowel haalbaar zijn voor de financiering als realistisch voor het beheer en de werking van de diverse zorgenverstrekkingsseenheden. Daardoor kunnen de diverse zorgenverstrekkingsseenheden op alle echelons voldoen aan de normen en aan de contractuele verplichtingen die ze aangaan, als daarbij de mogelijkheid ingebouwd is om in vrijheid hun beheer uit te bouwen en om nog nieuwe initiatieven te kunnen nemen o.a. om de wetenschappelijke ontwikkelingen te kunnen toepassen. Dit betekent ook dat kan gepleit worden niet voor lineaire of procentuele financieringsingrepen maar voor financieringsafspraken of contracten die in overleg met alle verzorgings- en beleidsbetrokken partijen tot stand komen en waar ook afspraken en verbintenissen over de prioriteiten mogelijk zijn. Daarvoor is het ook nodig te kunnen steunen op coherente en gecoördineerde bestuurs- én beleidsmechanismen.

9) De beleidsstructuren en beleidsmechanismen aanpassen.

Uit de hoofdlijnen en hoofdzaken van de weliswaar zeker onvolledige synthese en analyse van de beleidstechnische dimensies van dit domein kan men met voldoende zekerheid voorzichtig de conclusie trekken :

- dat er een zeer moeilijk nog te beheersen veelheid , ingewikkeldheid en veranderingssnelheid van wetgeving en reglementeringen bestaat die een duidelijk en efficiënt beleid moeilijk kan bevorderen. Daarom moet gepleit worden, binnen een visie, voor zowel een nieuwe codificatie als voor een zeer duidelijke en overtuigende vereenvoudiging;
- dat er een historisch zó gegroeide, zéér ingewikkelde veelheid aan officiële beleidsstructuren en administraties bestaat die dit, inderdaad ingewikkeld, domein moeten begeleiden. In de praktijk blijkt echter dat ze ongelooflijk complex en ondoorzichtig zijn, dat ze onderling zelden of nagenoeg geen systematische beleidscontacten hebben en dat er nagenoeg geen beleidsoverleg georganiseerd is dat als doel de interne coherenties heeft. Sommige structuren zijn voor elkaar zelfs niet zelden concurrentieel en gesloten.

Daarom moet gepleit worden voor de herorganisatie van de technische en administratieve beleidsstructuur; zodat bijvoorbeeld één departement of dienst de functionele en globale verantwoordelijkheid zou kunnen dragen én voor de conceptie, én voor de werking én voor de opvolging van de zorg om de Gezondheid. Want dit domein lijdt zwaar onder de beleidsfragmenteringen en versnipperingen.

Dat dit feit noch de bestuurbaarheid noch de praktijk-efficiency dient is duidelijk. Deze vaststelling is niet zo moeilijk, de oplossing ervan is het des te meer ...

10) Het cijfermateriaal als element voor de besluitvorming.

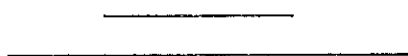
- De "echografie" van het cijfermateriaal, dat om diverse redenen vaak laattijdig beschikbaar is, laat toe te zien dat zeer veel cijfers niet verzameld worden met het doel het gezondheidszorgenbeleid te ontwikkelen of op te volgen; wel kan men ermee bepaalde aspecten kennen of bepaalde uitgavenstromen eruit aflezen. Voor generale en preciese beleidsdoeleinden zijn veel gegevens vaak onvolledig, voortkomend van vele bronnen die dikwijls verschillende definities (voor eigen gebruik) hanteren waardoor de vergelijkbaarheid moeilijk zomet onmogelijk is.

Een oorzaak lijkt te zijn dat geen enkele instantie de verantwoordelijkheid draagt voor het verzamelen en bijhouden van al die cijfers en gegevens die nodig zijn om zowel een systematisch en globaal oordeel over dit domein en zijn onderdelen mogelijk te maken als om voor dit domein een systematische visieontwikkeling toe te laten.

- De "echografie" van het cijfermateriaal toont eveneens aan dat voor het globaal domein van de zorg om de Gezondheid in dit domein iedereen vraagt en aanbiedt, dat iedereen verbruikt, dat iedereen beslist, dat iedereen koopt en verkoopt en dat niemand of geen enkele instantie een totale eindverantwoordelijkheid heeft noch voor de kwantiteit, noch voor het rendement, noch voor de efficiency, noch voor de kwaliteit, noch voor de financiële middelen. Met andere woorden ook de analyse van de cijfers en de evolutie ervan laten toe te denken dat absoluut niemand of geen enkele instantie of structuur globaal verantwoordelijk is en dat niemand weet en met de bestaande organisatie kan weten hoeveel het geheel exact kost.

Maar toch zijn en blijven er instellingen, zorgenverstrekkers en zorgenverstrekkingen, en vooral zijn er de zieke en zorgenbehoevende mensen voor wie ten slotte het geheel een dienstverlening moet zijn.

De meeste vraagstukken zijn gekend, mogelijkheden voor correcties en oplossingen eveneens. Veel kan uitgeklaard worden mits een globale discussie ten gronde. Zeer veel zal afhangen van de keuzen die zullen gemaakt worden en alles zal afhankelijk zijn van de wil en de organisatie om ze in functie van de zorgbehoevenden uit te voeren.



Bijlage I

A. Een poging tot een ruwe opsomming van de Technisch-Administratieve structuren die medeverantwoordelijkheid dragen voor het Volksgezondheidsbeleid

(a) De Nationale Departementen.

1. Het Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu :

- onder het Algemeen Secretariaat ressorteren een reeks belangrijke diensten bv. Studiedienst, Internationale betrekkingen, het Instituut voor Hygiëne en epidemiologie, enz.;
- de belangrijke Bestuursafdelingen belast met de meest uiteenlopende opdrachten;
- parastatalen, zoals het Instituut voor Veterinaire Keuring, het Fonds voor de Bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen;
- een reeks zgn. Buitendiensten zoals Inspecties;
- en niet-minder dan 28 advieslichamen met de meest diverse bevoegdheden.

2. Het Ministerie van Sociale Voorzorg :

Ongetwijfeld is dit departement mede verantwoordelijk voor zeer belangrijke luiken van wat de zorg om de gezondheid kan worden genoemd.

In elk geval moeten vermeld worden :

- de Algemene directie van de sociale zekerheid waaronder o.a. de Ziekte en invaliditeit en de Arbeidsongevallen en Beroepsziekten ressorteren.
- de Algemene directie van de gezinsbijslag en uitkeringen aan minder-validen die verantwoordelijk is voor het Gehandicaptenbeleid en die beschikt over een medische dienst.
- Onder de indrukwekkende lijst van parastatale instellingen welke onder dit departement ressorteren moeten in functie van het Volksgezondheidsbeleid vermeld worden :

- de Rijksdienst voor Sociale zekerheid (beheer van de financiële middelen).
- het Rijksinstituut voor Ziekte en invaliditeitsverzekering met o.a. een Dienst voor Geneeskundige verzorging waaronder ook zes Technische Raden ressorteren, een College van Geneesheren-directeuren en een Nationaal College van Adviserende Geneesheren; daarnaast zijn er een Bestendige Commissie gelast met het sluiten van de overeenkomsten met de diverse gezondheidszorgberoepsgroepen en de Erkenningsraden van de Paramedische medewerkers.
- de Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen en Idem voor de Tandheekkundigen.
- een Commissie belast met het sluiten van de akkoorden betreffende het Forfait.
- onder de Dienst voor uitkeringen ressorteert ook : de Technische Ziekenfondsraad met een Speciale afdeling; en de Geneeskundige Raad voor invaliditeit met onder zich Gewestelijke Commissies; een Dienst voor Administratieve Controle, een Dienst voor Geneeskundige controle met een "Comité" en twee (per taalrol) "Commissies van Beroep".
- een Hulpkas voor Ziekte en invaliditeit met Gewestelijke diensten.
- het Fonds voor Beroepsziekten met één Technische Raad en Technische comités met een Medische Dienst.
- een Fonds voor Arbeidsongevallen.

3. Het Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid

Dit departement heeft op het terrein van de zorg voor Gezondheid naast een "Administratie van de Arbeidsveiligheid en ook een Administratie van de Arbeidshygiëne en Geneeskunde met medische bevoegdheid.

- onder dit departement ressorteren ook : de Hoge Raad voor veiligheid, Gezondheid en verfraaiing van de werkplaatsen en de respectievelijke Nationale bedrijfscomités voor deze materie; een Speciale commissie inzake Ioniserende stralingen; een Erkenningscommissie van de Arbeidsgeneeskundige diensten; een Commissie der diploma's van aanvullend onderwijs in de Arbeidsgeneeskunde.
- onder hetzelfde departement ressorteert ook het Rijksfonds voor sociale reclassering van de minder validen met o.a. een Technisch sociaal comité en een Technisch medisch comité.

4. Het Ministerie van Economische Zaken :

- onder de Administratie van de Handel werkt een Sectie van de Farmacie.
- dit departement is ook verantwoordelijk voor de Prijzencommissie voor Farmaceutische specialiteiten en via de Commissie tot regeling der prijzen is het ook verantwoordelijk voor de ligdagprijzen van de Bejaardentehuizen, maar niet voor de ligdagprijzen van o.m. de ziekenhuizen, instellingen voor gehandicapten enz.

5. Het Ministerie van Landsverdediging :

Heeft een eigen netwerk van (permanente) gezondheidszorgdiensten zowel voor ambulante - als ziekenhuiszorgenverstrekingen. Het draagt ook zorg voor preventie via de inentingprogramma's, een Brandwondencentrum, een rampenhulp, enz.

6. Het Ministerie van Onderwijs :

Het betreft hier feitelijk twee ministeries met eigen organisatie (sinds oktober 88 Gemeenschapsmaterie). Dit departement is verantwoordelijk voor de professionele vorming van de diverse types zorgverstrekkers (cfr. programma- en diplomaverantwoordelijkheid).

Onder dit departement ressorteren ook talrijke commissies en raden inzake de Gezondheidszorg o.a. De Hoge Raad voor Psycho-medische-sociale Begeleiding en ook voor de talrijke P.M.S.-centra van het Rijk.

7. Het Ministerie van Justitie :

Dit departement is ook verantwoordelijk, naast de Gezondheidszorg in de strafinrichtingen, voor de wetgeving voor de Jeugdbescherming en de diensten ervan op het terrein. Het belang van de fysische, psychische en sociale hulpverlening kan in dit domein niet genoeg onderstreept worden omwille van de resocialiseringskansen.

8. Het Ministerie van Openbare Werken :

* (Sinds oktober 88 : Gemeenschapsmaterie)

Is medeverantwoordelijk voor de Gebouwen van de Gezondheidsinstellingen van het Rijk; voor rioleringen en Grote Waterbouwkundige werken en dus leefmilieuvraagstukken.

9. Het Ministerie van Middenstand :

Heeft een eigen Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen.

Daarenboven is dit departement verantwoordelijk voor de vestigingsvergunningen van de paramedische medewerkers; zoals opticiens, gehoorsprotesisten, bandagisten, orthopedisten e.a. die rechtstreeks aan het publiek leveringen doen.

10. Diensten van de Eerste Minister :

De Diensten voor Wetenschapsbeleid hebben een belangrijke invloed op de Externe coördinaties naar het departement van Volksgezondheid.

Opmerking : Tot voor kort had ook het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Openbaar ambt een belangrijke rol, zij het indirect, via de gezondheidszorgkanalen van de Gemeenten, via deze hun O.C.M.W.'s; waarvan er verschillende belangrijke ziekenhuizen en Bejaardentehuizen beheren.

Deze O.C.M.W.-bevoegdheid is overgedragen naar de Gemeenschappen en de Gewesten.

(b) De Ministeries van de Gemeenschappen en van de Gewesten

1. Het Ministère de la Communauté Française :

- Onder de Direction Générale des Affaires Sociales ressorteren de diensten voor Sociale hulp, de diensten voor de jeugdbescherming en de administratie voor hulp aan het gezin. Het is onder deze Directie dat ook ressorteren :

- het O.N.E. (Office de la Naissance de l'Enfance).
- de Conseil Communautaire consultatif pour les personnes handicapés.
- de Conseil supérieur de la Famille pour la communauté Française.
- Onder de Direction Générale de la Santé ressorteren de Inspection de la Médecine Préventive de Inspection de la Médecine Curative.

2. Het Ministère de la Région Wallonne :

De klemtoon ligt hier op de leefmilieugebonden vraagstukken, ressorterend onder de directe leiding van verschillende ministeries en hun kabinetten, en onder een permanent Secretariaat Generaal.

3. Het Ministerie van het Brussels Gewest :

Onder de Administratie-Generaal ressorteert de dienst voor Sanitaire bouwkunde en Volksgezondheid.

4. Het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap :

De administratieve verantwoordelijkheid berust bij :

- de Administratie voor Gezin en maatschappelijk welzijn. Onder deze administratie ressorteren, naast een vast secretariaat, de Vlaamse Hoge Raad voor het Gezin, de Vlaamse Hoge Raad voor de derde leeftijd, de Vlaamse Hoge Raad voor minder-valide personen.
- de Administratie voor Gezondheidszorg is o.a. verantwoordelijk voor de inspectie van de Bejaardentehuizen, van de ziekenhuizen, de toepassing van de nationale normen van de ziekenhuisprogrammatie en het verlenen van bouwtoelatingen enz. maar, bv. niet voor de ligdagprijzen.
- via de Administratie van Ruimtelijke Ordening en leefmilieu is dit departement ook verantwoordelijk voor het leefmilieubeleid en de daarvoor nodige technische diensten.

Ook voor de Jeugbeschermingscomités is het departement bevoegd; alsook voor de dienst Kind en Gezin.

N.B.

(1) De Duitstalige Gemeenschap heeft ook een eigen kleine Gezondheidszorgadministratie.

(2) De bi-communautaire instellingen van Brussel blijven onder de bevoegdheid van de Nationale administratie.

B. Een algemene opsomming van de eindverantwoordelijke beslissingsinstanties :

(a). De Nationale Ministers en Staatssecretarissen

1. De Eerste Minister
2. De Vice-Eerste Minister, Minister van Economische Zaken en het Plan
3. De Vice-Eerste Minister en Minister van Verkeerswezen en Institutionele Hervormingen
4. De Vice-Eerste Minister en Minister van Justitie en Middenstand
5. De Vice-Eerste Minister en Minister van Begroting en Wetenschapsbeleid
6. De Minister van Tewerkstelling en Arbeid
7. De Minister van Sociale zaken
8. De Minister van Landsverdediging
9. De Minister van ontwikkelingssamenwerking
10. De Staatssecretaris voor Middenstand en voor de oorlogsslachtoffers, toegevoegd aan de minister van Justitie en Middenstand
11. De Staatssecretaris voor Leefmilieu en Maatschappelijke emancipatie, toegevoegd aan de Eerste minister
12. De Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Gehandicaptenbeleid, toegevoegd aan de minister van Sociale zaken
13. De Staatssecretaris voor het Brussels Gewest, toegevoegd aan de Minister van het Brussels Gewest.

(b). De Ministers van de Executieven

I. De Vlaamse Executieve

1. De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid.
2. De Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin.

* Voor bepaalde aspecten die van belang zijn voor de doelterreinen van de zorg om de Volksgezondheid zijn nog twee Gemeenschapsministers bevoegd, nl. : de Gemeenschapsminister die bevoegd is voor huisvesting en de Gemeenschapsminister die bevoegd is voor leefmilieu en waterbeleid.

II. De Franse Gemeenschapsexecutieve

1. De Minister-Voorzitter van de Franse Gemeenschapsexecutieve, o.a. bevoegd voor de Jeugdbescherming
2. De Gemeenschapsminister van Sociale zaken en van gezondheid (waaronder ook het Gehandicaptenbeleid)

III. De Waalse Gewestexecutieve

1. De Minister van de Plaatselijke besturen, de gesubsidieerde werken en het Water voor het Waalse Gewest

Zoals in de Vlaamse Executieve zijn nog twee ministers bevoegd voor aspecten voor de doelterreinen, nl. de Gemeenschapsminister van de Begroting, de Financiën en de Huisvesting voor het Waalse Gewest is bevoegd voor de Huisvesting en de Gemeenschapsminister van de Landbouw, het Leefmilieu en de Energie voor het Waalse Gewest is bevoegd voor de huisvesting.

IV. De Duitse Gemeenschapsexecutieve

1. Gemeenschapsminister voor jeugd, sport, volwassenenvorming, sociale aangelegenheden

Als bijkomend

- Informatie-materiaal
- Referentie-materiaal
- Reflexie-materiaal

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in 1986 "38 Doelstellingen voor de Gezondheid(szorg)" voor het jaar 2000 geformuleerd; voor de Regio Europa: "Les Buts de la Santé pour tous" (Copenhagen 1986). Het doel is aan de respectievelijke Regeringen voorstellen te doen inzake:

- 1) verbeteringen;
- 2) sectoren van beleid;
- 3) instrumenten.

Hier volgt de synthese van de 38 Doelstellingen :

But 1 - Réduire les différences

D'ici l'an 2000, les différences effectives d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient être réduites d'au moins 25 % grâce à une amélioration de la santé des nations et des groupes défavorisés.

Ce but est réalisable à quatre conditions : assurer à tous les conditions préalables fondamentales de la santé : réduire les risques associés au mode de vie; améliorer les aspects sanitaires des conditions de vie et de travail; donner à tous accès à des soins de santé primaires adéquats.

But 2 - Mise en valeur du potentiel de santé

D'ici l'an 2000, tous devraient avoir la possibilité fondamentale de développer et utiliser leur potentiel de santé pour mener une vie socialement et économiquement satisfaisante.

L'atteinte de ce but suppose que les politiques de santé dans les Etats Membres fournissent un cadre d'élaboration, d'exécution et de surveillance continue de programmes qui assurent les conditions environnementales, l'appui social et les services voulus pour permettre à chacun de développer et d'exploiter son potentiel sanitaire.

But 3 – Amélioration de la condition des personnes invalides

D'ici l'an 2000, les personnes atteintes d'incapacité devraient avoir les moyens physiques, sociaux et économiques qui leur permettent au moins de mener une vie socialement et économiquement satisfaisante et intellectuellement créatrice.

Ce but pourra être atteint si les sociétés adoptent des attitudes positives à l'égard des personnes invalides et engagent des actions destinées à leur offrir les possibilités physiques, sociales et économiques voulues pour qu'ils puissent développer leur aptitude à mener une vie saine.

But 4 – Réduire la morbidité et l'incapacité

D'ici l'an 2000, la durée de vie moyenne pendant laquelle les gens vivent exempts de maladies ou d'incapacités majeures devrait être augmentée d'au moins 10 %.

Ce but pourrait être atteint : si, par exemple, on instaurait des programmes globaux de prévention primaire des accidents et actes de violence, des maladies cardio-vasculaires, des cancers en rapport avec le mode de vie, des maladies professionnelles, des troubles psychiatriques, de l'alcoolisme et de la toxicomanie et qu'on offre à tous des services adéquats de traitement curatif et de réadaptation; si l'on exploitait systématiquement les connaissances actuelles en matière de prévention des maladies infectieuses; si l'on élargissait l'accès aux services de conseil génétique, si l'on intensifiait la recherche sur les troubles neurologiques, les désordres du système ostéo-articulaire et les troubles de l'appareil musculaire ayant un effet incapacitant; si l'on mettait dûment en oeuvre des mesures préventives en santé bucco-dentaire.

But 5 – Elimination de maladies déterminées

D'ici l'an 2000, il ne devrait plus y avoir dans la Région de cas indigènes de rougeole, de poliomyélite, de tétanos du nouveau-né, de rubéole congénitale, de diphtérie, de syphilis congénitale ni de cas indigènes de paludisme.

Il devrait être possible d'atteindre ce but au moyen d'un système bien organisé de soins de santé primaires assurant une surveillance épidémiologique efficace, une couverture vaccinale suffisante, une lutte énergique contre le paludisme, l'éducation du public sur les risques de syphilis et le dépistage et, en cas de besoin, le traitement des femmes enceintes.

But 6 – Espérance de vie à la naissance

D'ici l'an 2000, l'espérance de vie à la naissance devrait atteindre au moins 75 ans dans l'ensemble de la Région.

Ce but pourrait être atteint : si d'ici l'an 2000 l'espérance de vie n'est inférieure à 65 ans dans aucun pays de la Région ni dans aucun groupe socio-économique à l'intérieur d'un même pays; si l'espérance de vie a dépassé 75 ans d'ici l'an 2000 dans les pays où le niveau de 65 ans avait déjà été atteint en 1980; si d'ici l'an 2000 tous les pays ont réussi à réduire d'au moins 25 % les écarts dans l'espérance de vie entre zones géographiques, groupes socio-économiques et sexes.

But 7 – Mortalité infantile

D'ici l'an 2000, la mortalité infantile devrait être réduite à moins de 20 pour 1000 naissances vivantes dans la Région.

Ce but pourrait être atteint : si d'ici l'an 2000, la mortalité infantile n'est supérieure à 40 pour 1000 naissances vivantes dans aucun pays de la Région ni dans aucun groupe socio-économique à l'intérieur d'un même pays; si le taux descend au-dessous de 15 pour 1000 dans les pays où il se fixait déjà au-dessous du niveau considéré en 1980; si tous les pays s'efforcent de réduire notablement les disparités entre régions géographiques et groupes socio-économiques.

But 8 – Mortalité maternelle

D'ici l'an 2000, la mortalité maternelle dans la Région devrait être réduite à moins de 15 pour 100 000 naissances vivantes.

Ce but pourrait être atteint : si d'ici l'an 2000, la mortalité maternelle ne dépasse 25 pour 100 000 naissances vivantes dans aucun pays de la Région ni dans aucun groupe socio-économique à l'intérieur d'un même pays; si d'ici l'an 2000 le taux descend au-dessous de 10 dans les pays qui l'avaient déjà ramené à 25 en 1980; si tous les pays ont réussi à réduire les disparités les plus criantes entre zones géographiques et groupes socio-économiques.

But 9 – Maladies de l'appareil circulatoire

D'ici l'an 2000, la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire chez les individus de moins de 65 ans devrait être réduite d'au moins 15 % dans la Région.

Il devrait être possible d'atteindre ce but en associant des méthodes préventives et curatives destinées à renverser la tendance dans les pays où la mortalité par ischémie cardiaque est stationnaire ou en augmentation et à l'accélérer dans les pays où elle est en diminution, afin de favoriser la régression de la mortalité par accidents vasculaires cérébraux actuellement observée dans tous les pays.

But 10 – Cancer

D'ici l'an 2000, la mortalité par cancer chez les individus de moins de 65 ans devrait être réduite d'au moins 15 % dans la Région.

Cet objectif est réalisable : si l'on parvient à réduire les cancers en relation avec le tabac en faisant reculer considérablement l'usage de la cigarette et le cancer du col utérin en mettant en place des programmes de dépistage appropriés; si l'on applique correctement à tous les individus atteints de cancer les méthodes actuelles de diagnostic précoce, de traitement et de réadaptation.

But 11 – Accidents

D'ici l'an 2000, la fréquence des accidents devrait être réduite d'au moins 25 % dans la Région grâce à un effort accru de lutte contre les accidents de la circulation routière, les accidents domestiques et les accidents du travail.

La réalisation de ce but est subordonnée à cinq conditions : il faudrait que d'ici l'an 2000, la mortalité par accidents de la route ne soit supérieure à 20 pour 100 000 dans aucun pays de la Région; il faudrait que ce taux ait été ramené au-dessous de 15 dans les pays où il est déjà inférieur à 20 pour 100 000; il faudrait que tous les pays réduisent les disparités entre sexes, âges et groupes socio-économiques; il faudrait que la mortalité par accidents professionnels ait été réduite d'au moins 50 %; il faudrait enfin que la mortalité par accidents domestiques ait été notablement réduite.

But 12 – Suicide

D'ici l'an 2000, la tendance actuelle croissante des suicides et des tentatives de suicides dans la Région devrait être inversée.

La réalisation de ce but est subordonnée à trois conditions : il faudrait réduire suffisamment les facteurs sociétaux éprouvants pour l'individu, tels que le chômage et l'isolement social; il faudrait renforcer par des actions éducatives et un appui social la capacité de l'individu à affronter les problèmes de l'existence; il faudrait faire en sorte de mieux préparer les personnels des services de santé ,et des services sociaux à protéger les personnes à haut risque.

But 13 – Politique publique conforme aux impératifs de santé

D'ici 1990, les politiques nationales de tous les Etats Membres devraient être telles que les mécanismes législatifs, administratifs et économiques assurent un large soutien intersectoriel et des ressources suffisantes à la promotion d'un mode de vie sain et au'il y ait à tous les niveaux une participation efficace de la population à l'élaboration de politiques en la matière.

La réalisation de ce but pourrait être considérablement favorisée par une planification sanitaire stratégique couvrant au niveau ministériel un vaste champ de problèmes intersectoriels qui affectent le mode de vie et la santé, par l'évaluation périodique des politiques en vigueur dans leurs rapports avec la santé et par la création d'un mécanisme efficace d'implication du public dans l'élaboration et le développement des politiques.

But 14 – Systèmes d'appui social

D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient avoir engagé des programmes qui valorisent les rôles majeurs de la famille et d'autres groupes sociaux dans le développement et le renforcement de l'hygiène de vie.

La réalisation de ce but pourrait être notablement facilitée par la création d'étroites articulations intersectorielles entre programmes de santé et programmes de protection sociale, avant tout au niveau local, et par la mobilisation de fonds au bénéfice de projets qui favorisent des actions conjointes au niveau de la collectivité.

But 15 – Donner connaissances et motivations nécessaires pour un comportement salubre

D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient avoir des programmes éducatifs afin de donner à leur population les connaissances, les capacités et les motivations nécessaires pour préserver leur santé.

La réalisation de ce but pourrait être notablement favorisée par la mise en place d'une infrastructure adéquate et efficace et la mobilisation de fonds suffisants pour l'engagement de programmes d'éducation pour la santé à tous les niveaux.

But 16 – Comportement salubre

D'ici 1995, tous les Etats Membres devraient avoir réalisé des progrès notables en ce qui concerne les comportements favorables à la santé : alimentation équilibrée, non-usage du tabac, activité physique suffisante et maîtrise du stress.

Ce but peut être réalisé si d'une part chaque Etat Membre fixe des objectifs clairs dans ces domaines, par exemple porter à 80 % la fraction de la population qui ne fume pas et réduire de 50 % la consommation nationale de tabac, et si d'autre part l'OMS et d'autres organismes internationaux s'emploient à favoriser à travers toute la Région des activités de promotion de la santé pour mettre un accent plus fort sur les valeurs sanitaires fondamentales.

But 17 – Comportements préjudiciables à la santé

D'ici 1995, il devrait y avoir dans tous les Etats Membres un recul sensible des formes de comportements préjudiciables à la santé : abus d'alcool et de produits pharmaceutiques, usage de stupéfiants et substances chimiques dangereuses, conduite dangereuse des véhicules à moteur et comportement social violent.

La réalisation de ce but pourrait être notablement facilitée par l'instauration de programmes intégrés visant à réduire d'au moins 25 % d'ici l'an 2000 la consommation d'alcool et d'autres substances nocives.

But 18 – Collaboration multisectorielle

D'ici 1990, les Etats Membres devraient avoir des politiques multisectorielles qui protègent efficacement l'environnement humain des facteurs de risque pour la santé, sensibilisent la collectivité et garantissent sa participation et appuient efficacement les efforts internationaux pour combattre ces risques lorsqu'ils affectent plusieurs pays.

La réalisation de ce but nécessite une action sur les points suivants : acceptation par tous les gouvernements de la nécessité d'efforts multisectoriels bien coordonnés aux niveaux central, régional et local, pour faire en sorte que les aspects de santé humaine soient considérés comme des conditions fondamentales dans le développement industriel et d'autres formes de développement socio-économique, y compris l'introduction de nouvelles formes de technologie; instauration de mécanismes destinés à sensibiliser la collectivité et à faire participer celle-ci plus activement aux questions environnementales ayant des implications possibles pour la santé humaine; et élaboration d'accords internationaux pour une limitation efficace des risques environnementaux transfrontière.

But 19 – Mécanismes de surveillance et contrôle

D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient avoir un mécanisme efficace pour la surveillance, l'évaluation et la réduction des risques liés à l'environnement qui constituent un emenace pour la santé humaine, y compris les substances chimiques potentiellement toxiques, les rayonnements, les produits de consommation dangereux et les agents biologiques.

La réalisation de ce but exige l'instauration de programmes de surveillance bien coordonnés ayant des objectifs clairement définis, l'élaboration de méthodologies et de critères de santé pour l'évaluation des données dans le cadre des procédures de contrôle, l'affectation de crédits suffisants pour les mesures de contrôle, et leur introduction et application, et enfin la formation et l'emploi d'effectifs suffisants en personnel compétent pour tous les aspects de l'hygiène de l'environnement.

But 20 – Réduction de la pollution de l'eau

D'ici 1990, toutes les populations de la Région devraient disposer de quantités suffisantes d'eau potable et, d'ici 1995, la pollution des cours d'eau, des lacs et des mers ne devrait plus constituer une menace pour la santé humaine.

Pour réaliser ce but, il faudra, dans les pays les moins développés de la Région, un accroissement des investissements consacrés à la construction et à l'entretien des réseaux d'alimentation en eau potable, associé à une mobilisation de l'assistance internationale et bilatérale pour renforcer les ressources nationales et à une formation et une utilisation d'effectifs suffisants en personnel compétent, et, dans tous les pays de la Région, l'adoption de mesures législatives, administratives et techniques efficaces pour la surveillance et la réduction de la pollution des eaux superficielles et des eaux souterraines, afin de satisfaire aux critères de protection de la santé publique.

But 21 – Réduction de la pollution de l'air

D'ici 1995, toutes les populations de la Région devraient être efficacement protégées contre les risques de santé reconnus liés à la pollution de l'air.

Pour réaliser ce but, il faudra adopter des mesures législatives, administratives et techniques efficaces pour la surveillance et la réduction de la pollution de l'air extérieur et intérieur, en vue de répondre aux critères de protection de la santé humaine.

But 22 – Hygiène des aliments

D'ici 1990, tous les États Membres devraient avoir sensiblement réduit les risques liés à la contamination des aliments, et mis en oeuvre des mesures pour protéger les consommateurs des additifs nocifs.

La réalisation de ce but exigera l'action suivante : adoption de mesures législatives, administratives et techniques efficaces pour la surveillance et la réduction de la contamination alimentaire à tous les stades de la production, de la distribution, du stockage, de la vente et de l'utilisation; application de mesures efficaces pour réduire l'utilisation des additifs alimentaires nocifs.

But 23 – Contrôle des déchets dangereux

D'ici 1995, tous les Etats Membres devraient avoir supprimé les principaux risques de santé connus liés à l'élimination des déchets dangereux.

Pour réaliser ce but, l'action suivante sera nécessaire : adoption de mesures législatives, administratives et techniques efficaces pour la surveillance et le contrôle des déchets dangereux; adoption de mesures efficaces pour éliminer les risques de santé dus à des déchets précédemment mis en décharge.

But 24 – Collectivités humaines et logement

D'ici l'an 2000, toutes les populations de la Région devraient disposer de meilleures possibilités de vivre dans un habitat individuel et collectif qui leur offre un environnement sain et sûr.

La réalisation de ce but nécessitera les mesures suivantes : accélération des programmes de construction et d'amélioration des logements pour permettre de remplacer les logements inférieurs aux normes et de réduire le surpeuplement; élaboration, lorsqu'ils n'existent pas encore, de critères sanitaires internationaux s'appliquant aux aspects publics de l'habitat tels que espace, chauffage, éclairage, élimination des déchets, lutte contre le bruit et sécurité, les besoins particuliers de groupes tels que les jeunes familles, les personnes âgées et les invalides étant pris en compte; adoption de mesures législatives, administratives et techniques efficaces pour répondre à des critères; amélioration des plans d'urbanisme afin de favoriser la santé et le bien-être humains : amélioration de la sécurité de la circulation, aménagement d'espaces dégagés et de zones récréatives, facilitation des contacts et relations entre personnes; existence, dans tous les logements, d'installations sanitaires convenables et, dans toutes les collectivités humaines d'une certaine taille, d'un réseau de tout-à-l'égout et d'un système efficace de nettoyage et d'évacuation des déchets.

But 25 – Environnement de travail

D'ici 1995, les populations de la Région devraient être efficacement protégées contre les risques de santé liés au travail.

La réalisation de ce but appelle une action sur les points suivants : création de services d'hygiène du travail répondant aux besoins de tous les travailleurs; élaboration de critères de santé pour la protection des travailleurs contre les risques biologiques, chimiques et physiques; mise en oeuvre de mesures techniques et éducatives pour réduire l'effet des facteurs de risque liés au travail; protection des groupes de travailleurs spécialement vulnérables.

But 26 – Système de soins basé sur les soins de santé primaires

D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient avoir établi, grâce à une représentation effective de la collectivité, des systèmes de soins basés sur les soins de santé primaires et appuyés par des soins secondaires et tertiaires, selon les principes définis à la Conférence d'Alma-Ata.

Ce but pourrait être atteint grâce aux actions suivantes : prises de position sans ambiguïté des autorités nationales au plus haut niveau des dirigeants politiques à tous les niveaux d'autorité dans le domaine de la santé, étayées par une législation, des réglementations et des plans efficaces, faisant des soins primaires la charnière du système de soins, les niveaux secondaire et tertiaire jouant un rôle de soutien et se limitant aux fonctions diagnostiques et thérapeutiques trop spécialisées pour être exécutées au niveau des soins de santé primaires; établissement de moyens efficaces pour faire en sorte que les besoins et les intérêts des consommateurs soient pris en compte dans la planification et la prestation de soins de santé primaires; libre discussion avec tous les groupes de personnels de santé, appuyée par des modifications appropriées des politiques et des programmes de personnels, pour obtenir d'eux qu'ils s'engagent à appuyer cette politique dans leur travail quotidien. Ces mesures devraient dûment tenir compte des dispositions constitutionnelles de chaque Etat Membre.

But 27 – Distribution rationnelle et préférentielle des ressources

D'ici 1990, dans tous les Etats Membres, les infrastructures des systèmes de prestation de soins devraient être organisées de manière que les ressources soient distribuées selon les besoins et que les services soient physiquement et économiquement accessibles, et culturellement acceptables, par la population.

Il est possible d'atteindre ce but, d'une part, en associant des mesures de planification et des mesures d'incitations très variées, ainsi conçues qu'elles aient pour effet de diriger les moyens de soins nécessaires vers les services SSP de façon à garantir que la répartition des services et des soins qu'ils assurent correspondent aux besoins de la population; et, d'autre part, en intégrant progressivement s'il y a lieu les moyens hospitaliers en un système qui assurerait une distribution régionalisée des soins secondaires et tertiaires selon les besoins de la population.

But 28 – Contenu des soins de santé primaires

D'ici 1990, le système de soins de santé primaires de tous les Etats Membres devrait assurer une large gamme de services de promotion de la santé, de soins curatifs, de réadaptation et d'appui, pour répondre aux besoins sanitaires essentiels des populations en s'attachant tout particulièrement aux individus et aux groupes à haut risque, vulnérables et mal desservis.

Il est possible de réaliser ce but : en formulant des politiques claires dans tous les Etats Membres, assorties d'une description de la gamme complète des services que le système de soins primaires devrait fournir, en partant du principe que la plupart des services et des activités de diagnostic, de traitement curatif et de soins pourraient être assurés en dehors des hôpitaux et autres cadres institutionnels; en modifiant les programmes d'éducation de base et de formation continue des personnels de santé, pour les amener à appuyer activement la politique considérée; en revoyant les systèmes de planification, d'orientation-recours et d'incitation pour faire en sorte qu'ils appuient ces politiques.

But 29 – Prestataires de soins de santé

D'ici 1990, dans tous les Etats Membres, les systèmes de soins de santé primaires devraient s'appuyer sur la coopération et le travail d'équipe entre soignants, individus, familles et groupes de la collectivité.

Ce résultat pourrait être atteint grâce à : des politiques dans les pays, définissant clairement le rôle que différentes catégories de personnel socio-sanitaire devraient jouer dans les soins de santé; des programmes de formation de base, spécialisée et permanente, conférant la manière de voir, la motivation et les savoir-faire nécessaires au travail d'équipe interprofessionnel et à la coopération avec les familles, les groupes et les communautés; des programmes d'éducation pour la santé donnant un tableau réaliste des services pouvant être attendus des professionnels de la santé et aidant à développer les savoir-faire de non-professionnels en matière de soins.

But 30 – Coordination des ressources de la collectivité pour les soins de santé primaires

D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient s'être dotés de mécanismes coordonnant les services assurés par tous les secteurs en relation avec la santé, au niveau de la collectivité, dans un système de soins de santé primaires.

Il est possible d'atteindre ce résultat : en reconnaissant la responsabilité dévolue au secteur des soins primaires de déterminer les questions exigeant une attention spéciale, les modifications et réorientations nécessaires et de coordonner les efforts dans ces directions; en établissant dans chaque collectivité une structure permanente, par exemple un conseil de santé, dans lequel les représentants de la collectivité elle-même, des secteurs sanitaires et autres, pourront analyser conjointement les plans de santé locaux et déterminer les contributions que chaque secteur devrait apporter à l'amélioration de la santé dans la collectivité. Dans ces mesures, il faudrait tenir dûment compte des dispositions constitutionnelles de chaque Etat Membre.

But 31 – Assurance de la qualité des soins

D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient avoir instauré des mécanismes efficaces pour assurer la qualité des soins aux patients dans le cadre de leurs systèmes de soins de santé.

Il serait possible d'atteindre ce but en établissant des méthodes et des procédures de surveillance continue et systématique de la qualité des soins administrés aux malades et en faisant des activités d'évaluation et de contrôle une composante permanente des activités régulières des professionnels de la santé, enfin, en dispensant à tous les personnels de santé une formation en assurance de la qualité.

But 32 – Stratégies de la recherche

Avant 1990, tous les Etats Membres devraient avoir formulé une stratégie de la recherche pour encourager les études permettant de développer et d'utiliser les connaissances dont ils ont besoin dans leur action en faveur de la Santé pour tous.

Ce but peut être atteint si les Etats Membres se dotent des mécanismes voulus pour : assurer la mise en application effective des connaissances nouvelles dans l'élaboration des politiques et programmes de santé; déterminer les lacunes qui peuvent exister dans les connaissances nécessaires à l'appui de la stratégie de la Santé pour tous et fixer les priorités de recherche en conséquence; assurer la représentation équilibrée de toutes les disciplines universitaires en rapport avec la santé, des fournisseurs et des usagers des services de santé et des responsables de l'élaboration des politiques dans la planification et la coordination de la recherche en vue de la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous et faire en sorte que les chercheurs contribuent activement au développement des actions entreprises à cet effet; stimuler la recherche multidisciplinaire pertinente; allouer des ressources suffisantes à la poursuite des

recherches nécessaire, la préférence étant donnée aux questions qui n'ont pas reçu l'appui qu'elles méritent.

But 33 – Politiques de la Santé pour tous

Avant 1990, tous les Etats Membres devaient faire en sorte que leur politique et leurs stratégies sanitaires soient en accord avec les principes de la Santé pour tous et que leurs textes législatifs et réglementaires en rendent l'application effective dans tous les secteurs de la société.

Ce but est réalisable si tous les pays procèdent à un examen systématique de leurs politiques de santé et de leur législation sanitaire dans l'optique de la stratégie et des buts régionaux de Santé pour tous, tout en élaborant des stratégies et buts de Santé pour tous et en modifiant ou en renforçant leur législation sanitaire en conséquence, compte tenu des conditions légales, politiques et structurelles propres à chaque Etat Membre.

But 34 – Planification et allocation des ressources

Avant 1990, les Etats Membres devaient s'être dotés de processus de gestion pour le développement sanitaire axés sur la réalisation de la Santé pour tous, impliquant l'engagement actif des collectivités et de tous les secteurs intéressant la santé et, à cette fin, prévoyant une affectation préférentielle des ressources aux aspects prioritaires du développement sanitaire.

Ce processus devrait couvrir la planification, la surveillance continue et l'évaluation systématique des actions de Santé pour tous, en tenant dûment compte des conditions légales, politiques et structurelles propres à chaque Etat Membre.

But 35 – Système d'information sanitaire

Avant 1990, les Etats Membres devaient s'être dotés de systèmes d'information sanitaire pouvant soutenir leur stratégie nationale de la Santé pour tous.

Ces systèmes d'information auront pour vocation de soutenir la planification, la surveillance continue et l'évaluation des actions et des services du développement sanitaire, l'évaluation des progrès réalisés aux niveaux national, régional et mondial en direction de la Santé pour tous et de diffuser des renseignements scientifiques pertinents; ils auront d'autre part pour tâche de rendre l'information sanitaire aisément accessible au public.

But 36 – Planification, éducation et utilisation des personnels de santé

Avant 1990, dans tous les Etats Membres, la planification, la formation et l'utilisation des personnels de santé devraient être en harmonie avec les politiques de la Santé pour tous et mettre l'accent sur l'approche soins de santé primaires.

Ce but peut être atteint si tous les pays analysent leurs besoins en différentes catégories de personnel de santé requises pour donner effet à leurs politiques de Santé pour tous, adoptent des politiques appropriées en ce qui concerne le personnel sanitaire et définissent les effectifs et les niveaux de formation qu'il faut pour chaque catégorie de personnel.

But 37 – Education des personnels d'autres secteurs

Avant 1990, dans tous les Etats Membres, les programmes éducatifs devraient fournir aux personnels des secteurs intéressant la santé une information adéquate sur les politiques et programmes du pays en rapport avec l'objectif Santé pour tous et sur leur application pratique dans leur secteur.

Ce but est réalisable si la politique met l'accent sur le fait que la protection de la santé est aussi un souci majeur pour des secteurs autres que celui de la santé et si les programmes de formation de personnel à l'intention des secteurs en question mettent l'accent sur les raisons qu'il y a à appuyer les actions de Santé pour tous.

But 38 – Bon usage des technologies de santé

Avant 1990, tous les Etats Membres devraient avoir établi un mécanisme officiel d'évaluation systématique du bon usage des technologies sanitaires, de leur efficacité pratique et économique, de leur sécurité et de leur acceptabilité, ainsi que de la mesure où elles répondent à la politique de santé et aux contraintes économiques nationales.

Ce but peut être atteint si les gouvernements adoptent une politique claire pour une évaluation systématique et exhaustive de tous les nouveaux dispositifs techniques du secteur sanitaire destinés à être appliqués d'une manière adaptée aux caractéristiques des pays concernés et s'il est mis en place un système international d'échange d'informations à ce sujet.

