

“IN MIJN MODEL STAAT DE HUISARTS CENTRAAL”

BELEID IN 1980 KREEG VLAANDEREN AUTONOME BEVOEGDHEDEN OP HET GEBIED VAN GEZONDHEIDSPREVENTIE. DE CURATIEVE GENEESKUNDE BLEEF FEDERAAL. GYNAECOLOGE EN SP.A-SENATOR MARLEEN TEMMERMAN BETREURT DIE SPLITSING. “HET HEEFT TOT ONNODIGE COMPLICATIES GELEID EN HET BELEMMERT EEN OPTIMALISERING VAN ONS GEZONDHEIDSZORGMODEL.”

TEKST ERIC BRACKE | FOTO'S JAN LOCUS | ILLUSTRATIE IEF CLAESSEN



Marleen Temmerman, gynaecologe en senator: “Rapporten spreken de geldstroom van noord naar zuid tegen. Rilatine, een middel tegen ADHD, wordt in Vlaanderen vier keer meer gebruikt.”

Als studente was Marleen Temmerman actief in De Sleep in Gent, een van de eerste wijkgezondheidscentra in Vlaanderen. “Ik ben daarna blijven meedenken met groepen die de gezondheidszorg wilden optimaliseren. Zowel toen ik in 1978 een huisartsenpraktijk begon, als tijdens en na mijn opleiding gynaecologie. Toen ik van 1987 tot eind 1992 in Kenia werkte, heb ik de ontwikkeling van de gezondheidszorg bij ons minder goed gevolgd. Maar sindsdien ben ik als gynaecologe bij het UZ Gent weer dagelijks aan de slag in het Belgische systeem.”

Sinds 2007 buigt de Gentse vrouwenarts zich ook als senator over het (federale) gezondheidsbeleid, onder meer als lid van de commissie Sociale Zaken. Ze is ook de Nederlandstalige ondervoorzitter van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen. Die adviseert de federale minister van Volksgezondheid over het beleid.

Heeft Vlaanderen zijn preventieve bevoegdheden goed gebruikt?

“De mensen in de preventieve zorg doen hun werk ongetwijfeld goed. Maar als ik het vanuit mijn praktijkervaring bekijk, is de splitsing van de preventieve en curatieve geneeskunde een spijtige zaak. Met de vaccinatie voor baarmoederkanker hebben we bijvoorbeeld jaren verloren. Er zijn interministeriële kabinetten en zeven ministers aan te pas gekomen om te bepalen of het nu tot de preventieve of de curatieve geneeskunde behoorde. Bovendien verzwakt het de onderhandelingspositie als we apart negotiëren over de aankoop van vaccins.”

“De situatie leidt ook tot nutteloze discussies over prestaties en tot gratuite beschuldigingen. Verschillende rapporten spreken de beruchte geldstromen van noord naar zuid tegen. De uitgaven per hoofd liggen in Vlaanderen zelfs iets boven het gemiddelde. Er zijn trouwens ook opmerkelijke verschillen in Vlaanderen, tussen dure gebieden, zoals Brugge en Oostende, en sobere, zoals Antwerpen en Turnhout. Dat heeft te maken met demografische en sociaal-economische factoren, maar ook met de concentratie van artsen en hun specifieke gedrag. In Wallonië schrijft men 1 op 7 mensen antidepressiva voor, terwijl dat in Vlaanderen 1 op 10 is. Zijn er in Wallonië meer mensen depressief of stellen de psychiaters er sneller de diagnose? Hetzelfde met Rilatine, een middel tegen ADHD, waarvan het gebruik vier keer hoger ligt in Vlaanderen.”

“Een ander bezwaar tegen de huidige spreidstand is dat hij een hervorming van de gezondheidsstructuren in de weg staat. Ziekenhuizen mogen mensen niet langer in een bed houden dan noodzakelijk is. In de verloskunde betekent dit dat de moeder na de bevalling moet rekenen op een netwerk van thuiszorg. Zorg die amper wordt terugbetaald, zodat vier dagen langer in het

ziekenhuis blijven eigenlijk goedkoper is. Aangezien de ziekenhuisfactuur federale materie is en thuiszorg regionaal, zit je vast.”

Daarom precies pleit men voor homogenisering van de bevoegdheden op het niveau van de gemeenschappen, die toch al andere zorgmodellen hanteren.

“Er bestaat inderdaad een andere cultuur in sommige regio’s in Wallonië, maar dat is een kwestie van tijd en opvoeding. Wallonië kent nog een meer

“EEN KLEIN LAND MET TWEE VERSCHILLENDE GEZONDHEIDSSYSTEMEN IS NIET GOED. IK BEN VORSTANDER VAN ÉÉN KRACHTIG BELEID.”

specialistische geneeskunde, maar de bereidheid om te evolueren bestaat. Een indicatie hiervoor is het Globaal Medisch Dossier (GMD), dat meer in Vlaanderen wordt gebruikt, maar stilaan ook in Wallonië ingang vindt. Het huidige cultuurverschil aangrijpen om elk zijn eigen weg te gaan, levert niemand winst op. Een klein land met twee verschillende gezondheidssystemen is niet goed.”





Marleen Temmerman, gynaecologe en senator: "Iedere Belg vindt de inschrijving bij de mutualiteit doodnormaal, dus is ook een algemene inschrijving bij een huisarts of een huisartsenpraktijk haalbaar."

"Ik ben voorstander van één krachtig beleid. Dat het kan, blijkt uit het terugdringen van het aantal uitstrijkjes. Tot vorig jaar waren wij het meest 'uitgestreken' land ter wereld. In plaats van een keer om de twee à drie jaar, wat de algemene richtlijn is, kregen sommige vrouwen in Vlaanderen en

"WE HEBBEN HET TWEDE GROOTSTE AANTAL ARTSEN IN EUROPA. ER ZIJN ER TE VEEL, NET ALS VERPLEEGKUNDIGEN."

Wallonië elk half jaar een uitstrijkje. Sinds beslist is om het uitstrijkje maar om de twee jaar terug te betalen, is de overconsumptie zowel in Vlaanderen als in Wallonië afgelopen. Het zal niet altijd zo eenvoudig zijn, want er woedt een bikkelharde strijd om geld en belangen. En er bestaat ook overcon-

sumptie in Vlaanderen. Gent telt bijvoorbeeld drie ziekenhuizen met een robot voor chirurgie, wat onverantwoord is."

Houdt het krachtige landelijke beleid waar u voor pleit een herfederalisering in?

"Dat is wellicht niet haalbaar. Het is ook niet het een of het ander. Er kan een consensus gevonden worden voor een krachtig landelijk beleid en op het regionale niveau kan het subsidiariteitsbeginsel gelden. In mijn model staat de eerstelijnsgezondheidszorg centraal. Iedere Belg vindt de inschrijving bij de mutualiteit doodnormaal, dus is ook een algemene inschrijving bij een huisarts of een huisartsenpraktijk haalbaar. Het betekent niet dat mensen eerst een briefje van de huisarts moeten hebben voor ze naar de specialist gaan, maar de huisarts moet wel een kopie hebben van de resultaten. Hij zal dan een globaal overzicht hebben van de behandelingen en onderzoeken die een duizendtal mensen hebben ondergaan en kan op basis van de dossiers worden geresponsabiliseerd om sommige cliënten proactief en vrijblijvend een onderzoek voor te stellen. Uiteraard moeten de dossiers eenvormig opgemaakt zijn, zodat ze op elk niveau kunnen worden geraadpleegd. Ze zijn een ideaal middel om overconsumptie tegen te gaan. Neem het preoperatieve onderzoek dat nu chaotisch verloopt, met duplicatie van onderzoeken en kosten. Als iedereen een huisarts heeft, kan je een zorgpad maken waarbij die huisarts automatisch het preoperatieve onderzoek doet."

In de toekomst zouden er te weinig huisartsen en specialisten zijn. Wat zegt u als lid van de Planningscommissie?

"Het klopt als je voorspellingen maakt op basis van de huidige cijfers, rekening houdend met de vervrouwelijking en de voorkeur voor parttimebanen. Maar we hebben het tweede grootste aantal artsen in Europa. Er zijn er te veel, ook te veel verpleegkundigen. Waarom moet een verpleegkundige maaltijden uitdelen en zetten huisartsen een spuit? Waarom voeren specialisten taken uit die elders door huisartsen gebeuren? In Denemarken bijvoorbeeld is het kostenefficiënter georganiseerd zonder dat de kwaliteit van de zorg en de patiënttevredenheid eronder lijden. Ik pleit dus vooral voor de juiste man of vrouw op de juiste plaats met de juiste taakomschrijving."

-
- ▶ *Marleen Temmerman ontving op 11 maart 2010 in Londen de Lifetime Achievement Award van het toonaangevende British Medical Journal.*
 - ▶ *Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum*