

Vraag nr. 48
van 25 februari 1999
van mevrouw YOLANDE AVONTROODT

Wetenschappelijke Raad RIZIV – Meerwaarde

In de Senaat diende de heer Jacques D'Hooghe een wetsvoorstel in tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de Wetenschappelijke Raad bij de dienst voor geneeskundige verzorging betreft (*Senaat – Stuk 1 – 1201/1 (1998-1999) – red.*). Het wetsvoorstel beoogt – door de installatie van de Wetenschappelijke Raad in de schoot van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv) – het gezondheidsbeleid een meer wetenschappelijke fundering te geven.

Een essentieel element in het concept van de Wetenschappelijke Raad is dat de gemeenschappen permanent bij de besluitvorming in de verplichte ziekteverzekering worden betrokken, aangezien zij in "de afdeling planning van de medische activiteit" vertegenwoordigers krijgen.

1. Meent de minister dat de oprichting van een Wetenschappelijke Raad in de schoot van het Riziv een meerwaarde kan betekenen voor het Vlaamse gezondheidsbeleid ?
2. Welke initiatieven heeft de minister reeds genomen met betrekking tot deze problematiek ?

Antwoord

In zijn wetsvoorstel omschrijft senator D'Hooghe taak en samenstelling van de Wetenschappelijke Raad als volgt :

"De Wetenschappelijke Raad, opgericht door de wet van 25 april 1997 in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, is belast met het onderzoek van elk wetenschappelijk aspect in verband met de verzekering voor geneeskundige verzorging en de kwaliteit van de zorgverlening. Hij doet alle aanbevelingen die de wetenschappelijke vooruitgang onder de beste voorwaarden inzake doelmatigheid, economie en kwaliteit binnen het bereik van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen brengen.

De wetenschappelijke raad bestaat uit vijf afdelingen :

- de afdeling voor de planning van de medische activiteit ;

- de afdeling voor medisch technologische evaluatie ;
- de afdeling voor de herijking van de erelonen ;
- de afdeling voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen en van het voorschrijfgedrag ;
- de afdeling voor de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen.

Een nieuw en essentieel deel in dit concept is, dat de gemeenschappen permanent bij de besluitvorming in de verplichte ziekteverzekering worden betrokken, vermits zij in de "afdeling planning" vertegenwoordigers krijgen. De bedoeling van deze afdeling is adviezen te verstrekken over de opportuniteit, het volume en de omstandigheden waarin een groter aantal complexe, multidisciplinaire en vaak zeer dure verstrekkingen dienen te worden verricht.

Ook over de behoefte aan specifiek hiertoe opgeleide en supergespecialiseerde medische en paramedische zorgverleners in het raam van de verplichte ziekteverzekering dient de planningscommissie binnen de Wetenschappelijke Raad zich uit te spreken.

Alhoewel duidelijk en bewust onderscheiden van de erkenningscommissies in de federale en gemeenschapsministeries van Volksgezondheid, is de opdracht van de "afdeling planning van de medische activiteit" complementair eraan. Als sturings-element kan deze afdeling immers een nauwkeurige indicatie verstrekken over de voorwaarden van de verstrekking van een groter aantal vormen van zorgverlening en het volume ervan. De integratie van een dergelijk planningsinstrument in het RIZIV, gekoppeld aan de financiële stromen die daar voorhanden zijn, koppelt de werking van de "afdeling planning" direct aan de budgettaire mogelijkheden. De vertegenwoordiging van de gemeenschappen in de "afdeling planning" laat toe een wederkerige verantwoordelijkheidszin te ontwikkelen, zowel federaal als op het niveau van de gemeenschappen."

Uit het koninklijk besluit van 25 april 1997 blijkt verder dat het de bedoeling is om met "dergelijke aanpak een meer globale benadering van bepaalde vraagstukken op het vlak van volksgezondheid en geneeskundige verzorging tot stand te brengen, dit in tegenstelling tot de huidige versnipperde structuren en bevoegdheden die de mogelijkheden beperken om een consistent en coherent beleid te voeren. Hiertoe kan de instelling van een Weten-

schappelijke Raad bijdragen en een overkoepelende rol spelen. Daarom werd ook voorzien dat, naast het eigen initiatiefrecht, adviezen en aanbevelingen kunnen worden uitgebracht hetzij op vraag van de beheersorganen Riziv, hetzij van de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid, hetzij van de bevoegde gemeenschapsministers".

Het is zeer de vraag of men een "meer globale benadering" kan totstandbrengen door bestaande structuren én bevoegdheden onaangeroerd te laten en door nog maar eens een bijkomend orgaan te creëren.

Dergelijke pogingen zijn in het verleden nog ondernomen, zonder de verwachte resultaten op te leveren. Als voorbeeld kan worden verwezen naar de "overlegstructuur" tussen ziekenhuisbeheerders, verzekeringsinstellingen, artsen en de federale ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid, opgericht bij koninklijk besluit (KB) van 28 maart 1995 en bij wet verankerd door de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen.

Deze "multipartite", zoals ze ook wel eens wordt genoemd, heeft onder andere als opdracht : "een dialoog tot stand te brengen met betrekking tot alle vragen die verband houden met de samenhang van de activiteiten, adviezen en beslissingen van de organen van het (federaal) ministerie (van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu) enerzijds en van het Instituut (Riziv) anderzijds, wat het ziekenhuisbeleid betreft" (artikel 154 wet van 29 april 1996) en tevens "voorstellen te doen inzake de evaluatie van de medische praktijk op basis van het onderzoek van de gegevens verzameld in de technische cel". Toenmalige pistes die bij sommige actoren leefden om de gemeenschappen in dit overlegorgaan een plaats te geven, zijn nooit uitgevoerd. Tevens meen ik te mogen stellen dat het multipartite overleg ook niet heeft geleid tot een globale visie op het ziekenhuisbeleid tussen enerzijds Volksgezondheid en anderzijds het Riziv.

Krachtens het KB van 14 oktober 1998 (Belgisch Staatsblad van 4 november 1998) omvat de Wetenschappelijke Raad (artikel 19 Riziv-wet) volgende afdelingen :

- 1° een afdeling "Comité voor de Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen"
- 2° een afdeling "Comité voor Advies inzake de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen".

Het wetsvoorstel D'Hooghe beoogt invulling te geven aan drie andere afdelingen die in de gecoördineerde wetten op de ziekte- en invaliditeits-

verzekering van 14 juli 1997 (ZIV) onder artikel 19 staan vermeld, namelijk :

- de afdeling "planning van medische activiteit" : de indieners van het wetsvoorstel stellen dat de opdracht van deze afdeling juist complementair zal zijn aan deze van de "Commissie-Dercq". Hoe deze complementariteit zal worden gegarandeerd, wordt niet duidelijk gemaakt. De "Planningscommissie Medisch Aanbod" binnen het ministerie van Sociale Zaken (cf. wet van 29 april 1996) moet immers ook vanuit de behoeften inzake medische zorg, kwaliteit van zorg, demografische en sociologische evolutie, het aantal artsen (in alle specialismen) en tandartsen adviseren. De nieuwe afdeling "planning van de medische activiteit" doet in feite minstens gedeeltelijk hetzelfde ;
- de afdelingen "voor medisch technologische evaluatie" en "herijking van de erelonen" : hoe zal hun opdracht zich verhouden tot de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies binnen het Riziv ? Hoe is de opdracht te onderscheiden van de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid inzake "basisregels betreffende de programmatie en basisregels betreffende de financiering van de zware medische apparatuur" (cf. bijzondere wet van 8 augustus 1980, artikel 5, § 1, I) ?

Het is misschien juist te beweren dat men binnen het Riziv het gemakkelijkst een beeld van de financiële stromen in de gezondheidszorg krijgt (cf. toelichting bij wetsvoorstel D'Hooghe) en zeker ook veel cijfermateriaal over het actuele feitelijke verbruik van het aanbod heeft. Het Riziv is en blijft echter een – zij het uiterst belangrijk – uitvoeringsorgaan. Het blijft nog altijd het prerogatief van de wetgevende macht om samen met de regering de grote planningsopties vast te leggen. Dit ligt volkomen in de lijn van de correcte bestuurscultuur inzake "public governance".

Uit de tekst van het wetsvoorstel kan niet worden afgeleid op welke manier de adviezen van de nieuwe Wetenschappelijke Raad "een zeker dwingend karakter" krijgen, zoals in de toelichting is vermeld. Evenmin is duidelijk hoe men "duidelijk en bewust onderscheid maakt met de erkenningscommissies in de federale en gemeenschapsministeries van Volksgezondheid" (sic : "federale erkenningscommissie" ?), vermits de tekst van het ontwerp stelt dat "geen erkenning van diensten of bijzondere zorgverlening via een conventie kan gebeuren zonder dat het voorafgaand advies van de desbetreffende afdeling van de Wetenschappelijke Raad is verkregen". Deze laatste zinsnede doet flagrant

afbreuk aan de bevoegdheid van de gemeenschap en kan leiden tot een enorme bijkomende bureaucratie.

De toelichting bij het voorstel zegt verder dat de gemeenschappen "permanent bij de besluitvorming in de verplichte ziekteverzekering worden betrokken, vermits zij in de "afdeling planning" vertegenwoordigers krijgen". Deze bewering komt zeer ongeloofwaardig over, omdat :

- de tekst van het voorstel nergens expliciet melding maakt van deze vertegenwoordiging en, integendeel, de benoeming van de leden overlaat aan de Koning op voordracht van de federale minister van Sociale Zaken ;
- zetelen in één afdeling van één grotere adviseerende raad, helemaal niet hetzelfde is als permanent betrokken worden bij de totale besluitvorming ;
- de indieners van het voorstel de gemeenschap nooit hebben gecontacteerd teneinde vooraf minstens te communiceren over hun bedoelingen.

Ik kan derhalve besluiten dat het betrokken wetsvoorstel veeleer bijkomende verwarring zal scheppen, dan de zo noodzakelijke opheldering. Ik stip aan dat in het verleden zowat alle bestuursentiteiten, in diverse domeinen waarin de gemeenschappen en de federale overheid tot structurele en continue samenwerking poogden te komen, inmiddels zijn stilgelegd : de toegevoegde waarde bleek telkens opnieuw zo goed als zero te zijn.

Het is zeker nodig om een globale visie op het gezondheidsbeleid te ontwikkelen met wederkerige verantwoordelijkheid voor alle betrokken actoren, maar daarvoor zijn ingrijpender hervormingen nodig dan hetgeen hier wordt voorgesteld. Het is niet uit te sluiten dat een samenwerking binnen de Riziv-organen mogelijk één van de technieken is om tot een goede hervorming te komen, maar dit moet dan wel zijn ingepast in een duidelijk globaal concept én tijdschema waarover van bij de aanvang een consensus bestaat.