

Brussel, 15 mei 2023

Betreft: nota CGV 2023.122 tvz pneumo

Aan de voorzitter en de leden van het Verzekeringscomité

Mevrouw de voorzitter, collega’s

Namens het Kartel -en we zijn benieuwd naar de mening van onze collega’s- kunnen wij deze nota niet aanvaarden en willen we ons met de grootste klem verzetten tegen de gevolgde procedure. We zullen u hierover ook een officiële nota bezorgen.

Gedurende heel het jaar 2021 hebben we ontelbare keren vergaderd om de verschillende transversale projecten te bestuderen en uiteindelijk zijn er daarvan een zevental weerhouden. Er werden ook budgetten aan gekoppeld. Hoewel onze reserves t.o.v. deze projecten u goed gekend zijn hebben we er van in het begin constructief aan meegewerkt en we zijn zowat de enigen die concrete voorstellen hebben ingediend.

In de werkgroep waarvan hier sprake, was het zeer duidelijk de bedoeling om heropnemingen van patiënten met COPD te verminderen dank zij pulmonale revalidatie.  ‘*nieuwe hospitalisatieperiodes’* vermeldt de titel nog voor wie het niet zou begrepen hebben. De doelgroep bestaat dan uit patiënten met matig ernstig tot ernstig COPD die al één of enkele malen gehospitaliseerd werden. Zoals het nu in de nota wordt voorgesteld is het uiteraard onmogelijk om een vermindering van heropnemingen aan te tonen bij patiënten met mild COPD die vermoedelijk zelden of nooit gehospitaliseerd worden. De nota CGV 2023/341 vermeldt verkeerdelijk dat de doelgroep uitsluitend de patiënten met zeer ernstig COPD betreft. Dit was het standpunt van de 4 conventiecentra maar niet van de overige deelnemers. Voor deze groep van patiënten moet men zich inderdaad eerst en vooral afvragen of revalidatie nog haalbaar is en of een palliatief beleid niet eerder is aangewezen.

Het is juist dat bij de uitwerking, waarover we heel het jaar 2022 onderhandeld hebben, het standpunt van de conventiecentra, die nu het monopolie van de respiratoire revalidatie hebben, erg hospitalocentrisch was, maar dat was ons alternatief voorstel allerminst. Voor de patiënten die in aanmerking komen voor longtransplantatie kan de derdelijn uiteraard haar rol blijven vervullen.

Met een aantal opmerkingen uit de synthesenota zijn we het eens en op basis daarvan hebben onze vertegenwoordigers een aangepast voorstel uitgewerkt dat zowel  door huisartsen als door pneumologen-revalidatiearsten gedragen wordt en dat we al maandenlang opnieuw aan de werkgroep hadden wilden voorleggen.

Tot onze verbijstering beslist de beleidscel nu om met één pennentrek heel de scope van het project te wijzigen. Van de initiële doelstelling schiet niets meer over. Niet alleen de doelgroep wordt volledig gewijzigd ook de vertegenwoordiging in de werkgroep wordt overhoop gegooid.

-Wij erkennen zeker de rol van de apotheker bij de informatieverstrekking over de juiste toedieningswijze van een geneesmiddel maar hoort dat al niet bij de aflevering van elk geneesmiddel? Ook de huisarts verschaft dergelijke informatie. En bij de taakomschrijving van de praktijkassistentie werd dit voorbeeld recent ook weerhouden. Bovendien bestaat de doelgroep uit patiënten die al eens opgenomen waren en we kunnen u verzekeren dat deze patiënten in het ziekenhuis deze informatie meer dan eens te horen krijgen.

Op 11 april laatstleden heeft de Belgian Respiratory Society zijn leden opgeroepen of ze geïnteresseerd zijn in het opzetten van een studie om na te gaan of een betere inhalatietechniek een klinische impact heeft. Interessant, maar het opzet van ons project was niet om wetenschappelijke studies te financieren. En wanneer dergelijke studie nog moet beginnen dan kan men zich de vraag stellen op welke wetenschappelijke argumenten de beleidscel zich dan gebaseerd heeft om dit nu als prioriteit te weerhouden.

-Wat de spoedartsen in dit traject van ambulante revalidatie komen doen is ons helemaal een raadsel. Nog merkwaardiger is het dat het niet de representatieve artsenverenigingen zouden zijn maar de ziekenhuiskoepels die deze artsen moeten afvaardigen. Mogen wij binnenkort de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen aanduiden? Eigenlijk zou het dan nuttiger zijn om een rol voor de diëtisten te voorzien.

-In een project als dit is het nogal evident dat een aantal technische onderzoeken bij de start van het project door de pneumoloog-revalidatiearts moeten worden uitgevoerd.

Voor de meeste huisartsen is deze pulmonaire revalidatie een nieuwe opdracht waarmee we ons graag verder vertrouwd willen maken maar we wensen daar niet in te stappen zonder gestructureerd overleg met onze collega’s specialisten.

Het is merkwaardig dat degenen die zo graag over geïntegreerde zorg praten het altijd alleen maar over de eerste lijn hebben. Voor ons is dat een contradictio in terminis. Wij stellen de samenwerking met specialisten zeer op prijs en we willen die ook behouden.

In de nota die wij hebben uitgewerkt behelst het revalidatietraject zes maanden waarvan alleen de eerste 4 weken meer ziekenhuisgericht zijn en de volgende 5 maanden volledig in de eerstelijn gebeuren, mét gestructureerd overleg en met teleondersteunig door de pneumoloog-revalidatiearts.

Maar ook in die eerste 4 weken wordt heel het traject eerst uitvoerig overlegd tussen twee zorgverstrekkers van de tweedelijn (een pneumoloog-revalidatiearts en een ziekenhuiskinesist) en twee van de eerste lijn (de huisarts en een perifere kinesist).

Dergelijk model van shared care heeft met de zorgtrajecten zijn nut bewezen, we verwijzen naar de twee evaluatieverslagen. De diabeteszorg is verbeterd en het probleem van laattijdige verwijzing van nierinsufficiëntie is volledig verdwenen.

Indien sommige huisartsen toch vinden dat de eerstelijn te weinig aan bod komt in ons voorstel dan is de vraag waarom zij dit niet kenbaar gemaakt hebben tijdens de werkzaamheden. Waarom vonden ze het niet de moeite om deel te nemen, of om voorstellen in te dienen? Misschien rekenden ze er op om hun monodisciplinaire doelstellingen gemakkelijker via andere, meer directe, wegen te bekomen?

-Dit is een herhaling van wat zich al in een andere TVZ-werkgroep (5) heeft voorgedaan. Tijdens de pandemie ontvingen wij noodkreten van onze collega’s kinderpsychiaters die een forse toename van eetstoornissen bij kinderen vaststelden en te weinig middelen hadden om daarop een antwoord te bieden. Tegelijk bestond er al lang een vraag van de psychiaters naar een betere structurering van de somatische zorg voor psychiatrische patiënten, we verwijzen naar het KCE-rapport ter zake.

Wat we zelf konden doen hebben we ook gedaan. Met de partners van de NCAZ hebben we vanuit de indexmassa de mogelijkheid voor consulten van de pediater in de K-dienst fors uitgebreid. De deelname van de pediater aan een multidisciplinair consult voor jonge patiënten met ernstige eetstoornissen werd in het akkoord ingeschreven maar is nog steeds niet uitgevoerd (punt 2.5 van het akkoord 2022-2023). In de transversale werkgroep 5 hebben we concrete voorstellen ingediend voor somatische ondersteuning in de psychiatrische ziekenhuizen. In een tweede fase moet dit uitgebreid worden naar de algemene ziekenhuizen.

Ook daar heeft de beleidscel eenzijdig beslist om al het werk van een heel jaar overleg van tafel te vegen. Ook hier werd de scope van het project voor 2022 volledig gewijzigd naar exclusief de eetstoornissen en werd het volledige budget daarnaar afgeleid zodat we in 2023 opnieuw konden beginnen.

Sommige van onze vertegenwoordigers hebben al laten weten dat ze in die omstandigheden niet meer willen deelnemen. Het resultaat is nu bijvoorbeeld dat er van de deelname van de pediater aan het multidisciplinair consult geen sprake meer is, en dat het daarvoor voorziene budget weg is. De beleidscel aarzelt dus zelfs niet om onderdelen van een onderhandeld, ondertekend en door de regering aanvaard akkoord eenzijdig aan te passen.

-Intussen kunnen we alleen maar vaststellen dat het volledige budget voor 2022 verloren is en het lijdt weinig twijfel dat voor 2023 hetzelfde zal gebeuren. Tegelijk worden wij, en dat geldt voor àlle sectoren, nu al gedwongen om nieuwe besparingen te realiseren om de pot van de transversale zorg in 2024 nog verder aan te vullen zonder enig concreet project.

Tot besluit:

-de voorliggende nota is voor ons niet aanvaardbaar

-het is volstrekt onaanvaardbaar dat de scope van een langdurig onderhandeld en goedgekeurd project met één pennentrek zomaar kan gewijzigd worden en helemaal niet meer voldoet aan de initiële doelstelling

-indien men deze projecten gaat voortzetten, niet meer op medisch-wetenschappelijke, maar op politiek-populistische basis dan wensen we u daar nog veel succes mee, maar dan kan u niet verwachten dat onze mensen daar nog veel tijd gaan aan besteden

-we wensen de werkgroep niet uit te breiden met apothekers en spoedartsen omdat dit niet zinvol is binnen de scope van het project en omdat het eens te meer tijdverlies zou betekenen

-verder tijdverlies én verlies van budget is onzes inziens niet langer te verantwoorden en als er dan toch bezorgdheid is om de rol van de huisarts te versterken dan vragen we om het niet-gebruikte budget ten minste gedeeltelijk aan te wenden voor een goede praktijkondersteuning, en een New Deal hebben we daarvoor niet nodig.

Namens Het Kartel

Voorzitter Dr. Thomas Gevaert