

**LOF  
DER  
GEZONDHEID**  
VOORSCHRIFT  
VOOR  
EEN  
ZIEKE  
GEZONDHEIDSZORG



**LOF  
DER  
GEZONDHEID**  
**VOORSCHRIFT  
VOOR  
EEN  
ZIEKE  
GEZONDHEIDSZORG**  
**LOUIS IDE**

D/2014/45/259 - ISBN 978 94 014 1820 1 - NUR 740 / 870

Vormgeving cover: Stéphane de Schrevel  
Vormgeving binnenwerk: theSWitch

© Louis Ide & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2014.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij, de boeken- en multimediativisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus  
Erasmestraat 179 bus 101  
3001 Leuven  
België  
[www.lannoocampus.be](http://www.lannoocampus.be)

Vele mensen hebben mij geïnspireerd. Onze ideeën botsten wel eens, maar ook dat leidde tot inspiratie.

Twee noem ik bij naam: Gert De Nutte en Johan Swinnen omdat zij mij dit boek 'hebben doen schrijven'. De anderen noem ik alleen bij hun voornaam, want een politicus inspireren wordt misschien als 'gevaarlijk' beschouwd.

Dank aan Johan, Luc, Kelly, Hendrik, Steven, Jan, Eric, Lieven, Renaat, Marc, Peter, Joris, Leo, Jürgen, Danny, Piet, An, Dirk, Norbert, Geert, Elke, Karel (+) en Philippe.

Dit boek is opgedragen aan moeder en vader, Els, Victoria,  
Felice en Augustine.

# Proloog

Een essay is een proeve, een probeersel. Het is een persoonlijke reflectie over een bepaald onderwerp. Ik achtte het meer dan dringend om nog meer duidelijkheid te verschaffen over waar ik naar toe wil met de Vlaamse gezondheidszorg. Dit is een essay.

Mijn eerste boek *Lof der gezondheid. Diagnose van het terminaal falend gezondheidsbeleid* mocht dan al bij al goed onthaald zijn, er kwam kritiek. ‘Waar willen hij en zijn partij naartoe?’ De diagnose ‘taalgrens is zorggrens’ werd dan wel gemeengoed, maar Vlaanderen bleef verlangen naar een therapie.

In 2010-2011 was de spreekwoordelijke therapie voor mij en mijn partij het verhaal van de federale onderhandelingen, die uiteindelijk op niets essentieels uitdraaiden. Nadat de huidige meerderheidspartijen beslist hadden om voort te onderhandelen zonder N-VA, kwam pas na vele maanden een akkoord over de zesde staatshervorming. Voor wat betreft gezondheidszorg creëert het akkoord nog meer complexiteit, responsabiliseert het niet, en zal het bijzonder veel kosten. Het akkoord vergroot de procedurele lasten en homogeniseert niet. Vlaanderen zal dat cash betalen.

Ik schreef de frustratie van me af in mijn tweede boek *Lof der gezondheid. Van apologie tot utopie*. De keuze voor die titel en voor de titel van het voorliggende boek, is duidelijk. Niets, werkelijk niets substantieels is veranderd in de gezondheidszorg. In mijn tweede boek schetste ik een aantal krachtlijnen voor de Vlaamse gezondheidszorg. Ik koos hierbij voor de Vlaamse hospitalisatieverzekering (die het sociale karakter (niet socialistische) van de gezondheidszorg benadrukt), de digitalisering (waarover de overheid al jaren praat) en ten slotte kwaliteit (hoe moeilijk definieerbaar dat ook is). Ook raakte ik daarmee nog

maar aan een aantal fundamenteën in de gezondheidszorg, ik maakte in het boek al veel keuzes. De lezer begreep dat wel. Doch sommigen bleven zich vragen stellen, zoals een voormalige leider van de apothekersbond: 'Ik wilde eindelijk weten hoe Ide en zijn partij – die de volledige splitsing van de gezondheidszorg nastreeft – de toekomst ervan voor Vlaanderen ziet.'<sup>1</sup>

Met dit essay, mijn derde boek, zal ik een aantal zaken verder expliciteren. Ik ga ervan uit dat de gezondheidszorg volledig (inclusief de financiering) een bevoegdheid van de gemeenschappen wordt. Beste lezer, verwacht dus geen puur technisch draaiboek (dat leest overigens niemand). Volg daarentegen mijn visie, die een aantal krijtlijnen schetst en ideeën aanreikt die op zijn minst de basis voor een discussie kunnen vormen. Vaak niet revolutionair, maar toch voldoende doortastend om gedurende de volgende vijftig jaar weer over een goed en stabiel sociaal systeem te beschikken, waar de patiënt kan genieten van de beste kwalitatieve zorgen en waar het aangenaam werken is voor zorgverstrekkers. *Tene quod bene*, was dan ook een deel van de werktitel van dit boekje.

Ik besef dat dit het moeilijkste boek (van de drie) is om te lezen. Het is voor een stuk toch technisch, maar opent daardoor wel inzicht in hoe die Vlaamse gezondheidszorg eruit kan zien. Om het toch enigszins begrijpbaar te houden herhaal ik af en toe bepaalde zaken en voorbeelden. Zo wordt het misschien ook mogelijk het essay in stukjes te lezen zonder daarbij de draad te verliezen.



# Inhoudsopgave

Wat voorafging	11
1. Inleiding	17
2. Transparantie begint bij objectieve data: meten is immers weten	19
3. Organisatorische en financiële transparantie in de ziekenhuizen	23
4. Op zoek naar toegevoegde waarde	32
4.1 Wachtdiensten financieel belonen (pay for service)	34
4.2 Kwaliteit financieel belonen (pay for quality)	38
4.3 De administratie gezondheidszorg	41
5. Responsabiliseren	45
5.1 Controleren	46
5.2 Participatie binnen bepaalde contouren	49
5.3 Virtuele patiëntenparticipatie	55
6. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg op macroniveau en microniveau	58
6.1 Macro	58
6.2 Micro	61
7. Nieuwe rol voor ziekenfondsen in een nieuw overlegmodel	66
7.1 Overlegmodel	69
8. De nulde, eerste, tweede en derde lijn: het kerntakendebat	71
9. Preventie van de wieg tot in het graf	77
10. Ouderenzorg: geen zorgen voor ouderen?	81

11. Hoeveel mag een pilletje kosten?	84
12. Europa bepaalt deels mee uw gezondheidszorg	87
12.1 Verankering van een sociale gezondheidszorg	88
13. De vergeten uitdaging: een tikkende tijdbom	93
14. In een notendop: ‘Waar willen hij en zijn partij naartoe?’	96
PS	102

# Wat voorafging

In 2006 schreef ik mijn eerste boek. Ik stelde de diagnose van een terminaal Belgisch gezondheidsbeleid. Ondanks een uniforme federale gezondheidszorg, die vandaag al 27 miljard euro per jaar kost aan de burger (enkel en alleen al via de verplichte ziekteverzekering), stellen we namelijk vast dat er in België twee gezondheidszorgculturen leven. Dat is nauwelijks te vatten, want er wordt één federaal beleid uitgestippeld en toch zijn de huisarts, thuiszorg, thuisverpleging, vaccinatie enzovoort veel populairder in Vlaanderen dan in Franstalig België, waar de uitgaven in de ziekenhuizen veel hoger liggen. Medische beeldvorming, laboratoriumonderzoeken, preoperatieve onderzoeken, de specialistische geneeskunde enzovoort genereren allemaal meer uitgaven in Franstalig België dan in Vlaanderen. Zo bewijzen de gecontesteerde RIZIV-studies, ondanks hun problematische wetenschappelijke methodologie.<sup>2</sup> Ook de consumptie van geneesmiddelen verschilt vaak enorm. In Vlaanderen slikken zeer veel kinderen Rilatine®, terwijl in Franstalig België het verbruik van antidepressiva hoge toppen scheert. Het voedingspatroon van de twee gemeenschappen is ook helemaal anders. Oude, maar nog steeds wetenschappelijk correcte studies van de Leuvense cardiologische school wijzen erop dat er in Franstalig België meer 'slechte' verzadigde vetten worden geconsumeerd dan in Vlaanderen. Daardoor ligt de cardiovasculaire sterfte in Franstalig België hoger. Vandaar mijn conclusie dat de taalgrens een zorggrens is.

Die zorggrens in België is trouwens een Europese grens. Als we de Europese resistentiecijfers bestuderen, stellen we vast dat hoe noordelijker we ons situeren in Europa, hoe lager het antibioticagebruik ligt, waardoor er minder resistente bacteriën zijn. Hoe zuidelijker, hoe groter het antibioticaverbruik, en hoe meer resistentie. Bepaalde wetenschappers zien een verband tussen het ‘calvinistische’ noorden, dat gezagstrouw de wetenschappelijke richtlijnen toepast, goede handhygiëne uitvoert enzovoort. Terwijl het ‘losse’ Latijnse zuiden het allemaal niet zo nauw neemt met de richtlijnen. Of hoe België Europa in het klein is.

Het verschil in zorgcultuur heeft in 2010 geleid tot de blokkering van de onderhandelingen aangaande de gezondheidszorg. Totaal andere inzichten bleken een onoverkomelijke klip. Ondertussen verspillen we veel geld en bereiden we ons niet voor op de toekomst. Het is asociaal om dat zomaar te laten betijen.

Er is dus niets veranderd. De huisarts blijft Vlaams en het ziekenhuis Franstalig. Het mooiste bewijs daarvan is de beperking van het aantal artsen. In 2006 wijdde ik tien bladzijden aan het probleem. In mijn tweede boek kom ik erop terug met opnieuw tien bladzijden, en vandaag stelt het probleem zich nog steeds. Franstalig België leidt alsmaar meer artsen op zonder zich ook maar iets aan te trekken van de Belgische beperking. Vlaanderen beperkt gezagstrouw door middel van een toegangsexamen. Nu er grote problemen dreigen voor Franstalig België omdat het echt veel te veel artsen opleidt, probeert huidig minister van Sociale Zaken en Gezondheidszorg Laurette Onkelinx de contingentering ongedaan te maken. Franstalig België kende namelijk al honderden erkenningen voor toekomstige artsen toe. Dus komt er ooit een jaar in Franstalig België, waarop alle erkenningen opgebruikt zijn en niemand nog kan en mag afstuderen. Onkelinx wil dat voorkomen door alsmaar meer artsen toe te laten volgens de Franstalige noden. Of om het met de woorden van Bart Schols te zeggen, die me op Radio 1 interviewde over het plan. ‘Ze bedient dus haar achterban.’ Meer nog, het wordt alsmaar erger.

Zonder mijn eerste boek te willen kopiëren, komen er elke dag nieuwe voorbeelden bij die mijn diagnose ‘taalgrens = zorggrens’ staven. Of hoe twee gemeenschappen meer en meer hun eigen gang gaan, ondanks dat uniforme federale beleid. Soms komen de voorbeelden zelfs uit totaal onverdachte hoek. Het persbericht van de Belgische (!) Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) was er zo eentje. Het stelde onomwonden: ‘Opmerkelijk is dat de voorbije vijf jaar zich in Vlaanderen beduidend meer kandidaten (stamceldonoren) hebben gemeld dan in het Franstalige landsgedeelte: 19.114 tegenover 4399. De reden daarvoor is te vinden in een aantal media-acties die in Vlaanderen werd georganiseerd. Daar kwam een dermate massale positieve respons op dat het Vlaamse Rode Kruis fors uit zijn financiële reserves moest putten om die typering en die registratie te kunnen uitvoeren. De financiering door het RIZIV hield tot op vandaag geen rekening met dat ongelijkmatige aanbod, zodat vandaag 100% van de Franstalige getypeerde en geregistreerde kandidaten worden gefinancierd tegenover slechts 21,7% van de Vlaamse kandidaten. De BVAS heeft aan het Verzekeringscomité voorgesteld om in de nieuwe overeenkomst rekening te houden met deze realiteit bij de verdeling van de financiële middelen. De BVAS vraagt om niet opnieuw een verdeling door te voeren op basis van een maximum van 5000 typering en registraties voor de Service Francophone du Sang enerzijds, en van een maximum van 5000 voor het Vlaamse Rode Kruis anderzijds. Solidariteit kent namelijk geen taal- of andere politieke grenzen.’ Ik kan het niet beter stellen.

In mijn tweede boek ga ik aanvankelijk in het verweer. Doordat ik ondertussen enkele duizenden parlementaire vragen heb gesteld aan de minister, die veelal door het RIZIV moesten worden beantwoord, koos het RIZIV op een bepaald moment voor de vlucht vooruit. Het instituut maakte zelf een studie naar de uitgaven inzake gezondheidszorg tussen de gemeenschappen en gewesten. Het hanteerde echter een bijzonder eigenzinnige kijk. Wetenschappelijk is de studie met een vingerknip onderuit te halen. De methodologie, voor zover ze bekend is, is discuta-

bel. Maar zelfs al probeert de RIZIV-studie de verschillen tussen de gemeenschappen uit te gommen, in vele gevallen blijven ze overeind, zoals voor de klinische biologie en de medische beeldvorming, waar de uitgaven in Franstalig België hoger bleken dan in Vlaanderen. Los daarvan houdt de RIZIV-studie met een heel aantal zaken geen rekening. Zo zwijgt het RIZIV in alle talen over de supplementen, die pas echt een communautair verhaal vormen. In 2009 al somde ik ze op, en ik publiceerde ze opnieuw in mijn tweede boek in 2012. Intussen is nog niets veranderd. Een ereloonsupplement op een eenpersoonskamer in Vlaanderen bedraagt gemiddeld nog steeds 105%, in Wallonië 168% en in Brussel 286% voor algemene ziekenhuizen. Het kamersupplement voor een eenpersoonskamer bedraagt in Vlaanderen 27,38 euro per dag, in Wallonië 37,72 euro per dag en in Brussel 69,74 euro per dag!

Wanneer ziekenhuizen te veel uitgeven, worden ze bestraft. Door een systeem van referentiebedragen bepaalt de overheid per ziekenhuis wat het mag uitgeven aan (bepaalde) gezondheidszorg. Het ziekenhuis dat dit overschrijdt, moet dit terugbetalen. Zo hoopt de overheid de overconsumptie tegen te gaan. Toevallig toch dat slechts enkele en recent slechts één Vlaams ziekenhuis hierbij slecht presteert en de tientallen andere zich in het Franstalig landsgedeelte situeren.

Aan de beperking van het aantal artsen wijdde ik in 2012 opnieuw een hoofdstuk. Wederom kon ik enkel vaststellen dat het probleem van 2006 zich in 2012 nog steeds stelde (en trouwens nog steeds in 2014). Of om het met een boutade te stellen 'voor elke Brusselse zieke staan wel drie proffen klaar'. Daar houdt het RIZIV allemaal geen rekening mee.

Het RIZIV houdt ook geen rekening met wie de gezondheidszorg financiert. Tot op heden komt een groot stuk van die financiering uit arbeid. Dus zou het van enige intellectuele eerlijkheid getuigen niet alleen te kijken naar de juiste uitgaven in de gezondheidszorg, maar ook naar de financiering van die gezondheidszorg. De werkzaamheidsgraad in de twee gemeenschappen is genoegzaam gekend en dus weet iedereen wie in

welke mate de gezondheidszorg financiert. Daarbij aansluitend houdt de RIZIV-studie geen rekening met invaliditeitsuitkeringen (of ruimer: uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid).

Waarom dan een eigen Vlaamse gezondheidszorg, en kan dat wel? Ja, het kan. Er zijn voldoende buitenlandse voorbeelden gekend. Ik som ze op in mijn tweede boek: *Lof der gezondheid*. Het principe van de subsidiariteit is hierbij essentieel: de zaken moeten uitgevoerd worden op het beste beleidsechelon denkbaar. Met zes miljoen Vlamingen is dat goed te doen. Ondertussen zijn twaalf landen (Kroatië kwam er zonet bij) in de EU kleiner dan Vlaanderen, die desalniettemin over een eigen gezondheidszorgsysteem beschikken. Bepaalde grotere landen splitsen hun gezondheidszorg op in kleinere entiteiten. Enrico Spolaore becijferde alles in zijn boek *Size of Nations*. Een Vlaamse gezondheidszorg is ook technisch en juridisch eenvoudig. Om recent minister Koen Geens te parafraseren in *De Tijd*: gezondheidszorg is inderdaad gemakkelijk te splitsen.

Ik schetste in mijn eerste twee boeken al een aantal krachtlijnen voor die toekomstige gezondheidszorg. Gezondheidszorg is zeer breed: het gaat om fysiek, psychisch en sociaal welzijn, liefst in een goed leefmilieu. Vele gezondheidszorgwerkers spelen hierin een rol. Maar omdat ik het in mijn eerste boek generiek had geschetst, formuleerde ik in mijn tweede boek een aantal basisprincipes. Een eerste pijler is essentieel: de gezondheidszorg zal sociaal zijn of ze zal niet zijn. Aan de hand van het concept Vlaamse hospitalisatieverzekering schetste ik hoe we sociaal kunnen zijn zonder te vervallen in het socialisme. Een tweede pijler was deze van de digitalisering. Zorgverstrekkers gaan gebukt onder de administratieve overlast. Een huisarts is gemiddeld meer dan tien uur per week bezig met papierwerk, en dat is niet zijn of haar kerntaak. Dat probleem moet aangepakt worden. De digitale revolutie biedt trouwens heel wat mogelijkheden om nog performanter meer kwaliteit te leveren. Het brengt me tegelijk bij mijn derde pijler: kwaliteit.

Het is met mijn focus op kwaliteit dat ik in 2010 en 2011 de onderhandelingen omtrent gezondheidszorg mocht voeren.

Zoals iedereen weet, zijn de onderhandelingen met een sisser afgelopen. Misschien was dat ook te verwachten als je weet dat elke gemeenschap zijn eigen invulling geeft aan gezondheidszorg, en dat ondanks een uniform federaal beleid, dat al sinds november 1988 door het rode bastion gedomineerd wordt. Ik eindigde mijn tweede boek dan ook met een kort relaas van die onderhandelingen zodat iedereen inzicht zou hebben in de onderhandelingsdynamiek, of moet ik zeggen in de stilstand ... Tot op vandaag zijn die onderhandelingen actueel. Ze hebben geleid tot de zesde staatshervorming (gezondheidszorg). Waar ik altijd voor gewaarschuwd heb, bevestigde Marc Justaert in de zomer van 2013 in *De Tijd*. Door de totale versnippering maakte hij zich (terecht) zorgen. Zeker voor wat betreft de ouderenzorg dreigt een financiële strop voor Vlaanderen. Vlaanderen vergrijst sneller dan Franstalig België. Daar komt nog bij dat de overeengekomen verdeelsleutel voor de gemeenschappen nefast is voor Vlaanderen. Erger nog, de gezondheidszorg wordt voor een stuk geregionaliseerd. Een aantal bevoegdheden zal namelijk Brussels worden, met (opnieuw meer) eigen administratie. Wie dacht dat er nu meer autonomie zou zijn voor de gemeenschappen of gewesten heeft het mis. Er is in werkelijkheid sprake van een spinnende poes, een federale schoonmoeder. Zo moeten initiatieven niet alleen passen binnen samenwerkingsakkoorden of interministeriële conferenties, ze moeten nu ook nog eens langs het Rekenhof passeren. De problemen (versnippering van bevoegdheden, het financiële debacle, de rompslomp) die in 2015 dus opgelost moeten worden, zijn gecreëerd door de huidige institutionele meerderheid. Het stond in de sterren geschreven dat het zo zou zijn. Daarom dat mijn derde boek, het sluitstuk van de trilogie, weer dezelfde titel draagt. Vanwege de stilstand. Niets is veranderd.



# 1

## Inleiding

Tijden veranderen, ideeën veranderen, mensen veranderen en hunkerken naar verandering. Maar tegelijk maakt verandering ook bang: de angst voor het onbekende. We moeten daarmee rekening houden, ook in de gezondheidszorg.

Het overlegmodel in de gezondheidszorg bestaat al meer dan vijftig jaar. Het RIZIV heeft dat onlangs nog uitgebreid gevierd. Het systeem kraakt echter in al zijn voegen. Het is aan verandering toe. De zesde staats hervorming zal voor de organisatie van een performante gezondheidszorg het kluwen alleen maar ingewikkelder maken door het gebrek aan overdracht van homogene bevoegdheden (niet een overheid, maar meerdere overheden voeren één beleid uit). De X-inefficiëntie zal alleen maar toenemen. De X-inefficiëntie is een term die in één woord aanduidt wat er allemaal misgaat. Omdat de bevoegdheden een chaos zijn, zullen nog meer zaken dubbel gebeuren en zullen bepaalde noodzakelijke zaken niet gebeuren. Het zal allemaal nog moeilijker gaan dan tevoren. Als een gemeenschap iets onderneemt op vlak van gezondheidszorg, moet ze nu ook nog langs het Rekenhof passeren om de Franstalige Brusselaars ter wille te zijn. Zo zal er zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een eigen administratie voor de organisatie van bepaalde delen van de gezondheidszorg ontplooiën. De financiële implicaties zijn enorm. Zeker de ouderenzorg, met de op til zijnde vergrijzing, kan een financiële strop voor Vlaanderen betekenen. Zelfs Marc Justaert (CM-topman) waarschuwt zoals gezegd voor al te veel euforie.<sup>3</sup>

Daarom dienen we alleen veranderingen door te voeren die een grotere toegevoegde waarde creëren, en dat op een verantwoorde manier. Alleen zo kunnen we de uitdagingen inzake kwaliteit, betaalbaarheid, efficiëntie en objectieve noden het hoofd bieden. Het impliceert een complete homogenisering van bevoegdheden, zodat we de hefboomen voor de aanpassing naar een efficiënt beleid zelf in handen hebben. In die zin is een Vlaamse gezondheidszorg louter een middel om het beter te doen.

We kunnen leren uit buitenlandse voorbeelden. Hoe het kan (voor bepaalde zaken) (bijvoorbeeld Denemarken, Canada of Zwitserland) of hoe het (absoluut) niet moet (bijvoorbeeld Nederland en het Verenigd Koninkrijk). Het eenvoudige knip-en plakwerk zal niet het fundament leggen voor een nieuwe duurzame sociale gezondheidszorg. Het leert ons ook de limieten kennen van de subsidiariteit. Institutioneel, financieel en verzekeringstechnisch lijkt Denemarken (5,6 miljoen inwoners) een goed voorbeeld voor Vlaanderen (6,3 miljoen inwoners), maar het verder decentraliseren tot op het niveau van de gemeenten heeft in Denemarken haar limieten bereikt. De Vlaamse gezondheidszorg zal dus sui generis zijn, gebaseerd op wat nog goed is in België en daarbuiten én aangepast aan de noden van de toekomst.

Artsen moeten beseffen dat er wel degelijk dingen moeten veranderen. Beheerders van de zorginstellingen moeten beseffen dat het niet opgaat om tegen de wil van de bevolking (patiënten), ziekenfondsen, zorgverstrekkers enzovoort een agenda door te duwen die niet noodzakelijk leidt tot betere (financieel) beheersbare zorg. Patiënten moeten beseffen dat participatie alleen kan indien ze zich verantwoord opstellen en dat de absolute vrijheid niet bestaat. De ziekenfondsen moeten beseffen dat het rechter-en-partijverhaal ten einde loopt. En politici moeten eindelijk een kader en visie schetsen, die overeind blijven voor de komende vijftig jaar. Om dat te realiseren moet de politiek een draagvlak vinden voor dit nieuwe paradigma, zodat we met elke partner, allen tezamen, een nieuwe wending kunnen geven aan onze verstarde structuren.

## 2

# Transparantie begint bij objectieve data: meten is immers weten

Cruciaal voor een efficiënt en kostenbewust gezondheidsbeleid is het beschikken over data. Ziekenfondsen (maar ook de overheid zelf) moeten daarom hun databanken kosteloos openstellen voor de administratie, academici, overheid, zorgverstrekkers en patiënten. De gegevensverstrekking moet transparant zijn en toegankelijk voor iedereen. Het gaat immers over versleutelde gegevens. Verdere ontsluiting van informatie moet ook tot de mogelijkheden behoren, maar alleen in bepaalde en gemotiveerde gevallen en met respect voor de privacy. Zeker voor de overheid en academici mag de drempel niet te hoog liggen. Uit die gegevens moeten immers de noodzakelijke wetenschappelijke inzichten voortvloeien om wetenschappelijk verantwoord beleid te voeren. Ook dat verhoogt de patiëntenparticipatie. We kunnen onder andere de mosterd halen bij de Universiteit van Utrecht, een voorloper op dat gebied. Nieuwe databanken moeten ook uit de grond gestampt worden en voortdurend geactualiseerd, en correct geduid worden. Dan zal ik geen duizend parlementaire vragen meer hoeven te stellen om fragmentarisch cijfers bijeen te graaien, ze manueel over te typen en ze trachten te interpreteren. Weliswaar in een kleine niche van de gezondheidszorg, is het Deense MiBa-project (de Deense microbiologische database) een mooi voorbeeld.<sup>4</sup>

Meningen ondersteunen met cijfers, weten op basis van meten. Het blijft een moeilijke oefening. Behalve in een artikel van *De Standaard*,<sup>5</sup> die de verslagen opvroeg van de interne

inspecties van elk Vlaams ziekenhuis, kwamen nog maar weinig geregistreerde gegevens in de openbaarheid. De data over de borstklinieken zijn het meest recente voorbeeld van transparantie. Het gevecht over de cijfers 'handhygiëne' toont aan hoe ziekenhuizen moeten opletten dat ze zichzelf niet bedriegen.

Als het gaat over de MRSA-cijfers (de zogenaamde ziekenhuisbacterie) dan is het zo dat wie MRSA opzoekt, er ook vindt (en dus slecht scoort in de hitlijsten). Wie amper MRSA opspoorde, vindt er weinig en scoort dus goed. Met andere woorden: de zaken moeten op een begrijpbare, maar wetenschappelijk correcte manier, verduidelijkt worden aan het publiek. Journalisten hebben hier een deontologische plicht. De wetenschap in de media slechts hetzelfde forum aanbieden als de eerste de beste gek die een bepaald ideeetje poneert, is deontologisch fout. In het Verenigd Koninkrijk hebben journalisten hieruit geleerd. Zo beschikt de BBC over een wetenschappelijke raad. Wij kunnen dus leren van het Verenigd Koninkrijk op dat vlak. Mark Henderson schreef er een mooi boek over: *The Geek Manifesto*. In zijn boek poneert Henderson onder andere dat wat wetenschappelijk onderbouwd is, meer media-aandacht moet krijgen dan iemand die gewoon zijn mening vertolkt zonder dat dit wetenschappelijk getoetst is. Op het moment dat de wetenschapper in een debat tegenover iemand met een eigen mening wordt gezet, dan verliest de wetenschapper al. Henderson wil dat dit gecorrigeerd wordt. Het ontbreken van openbare gegevens creëert achterdocht. Gevolg is dat de rapporten van de Vlaamse Zorginspectie over de Vlaamse ziekenhuizen een bijzonder negatieve indruk geven, wat zorgt voor een onterecht negatief oordeel over hun diensten. Te weinig duiding over de aard van de rapporten voedt het wantrouwen. Als je echter de juiste reden kent van die rapporten, lees je ze helemaal anders. Het is immers niet de bedoeling van de Zorginspectie om te zeggen wat goed is, maar om de pijnpunten aan te tonen. Nochtans kunnen, zoals gezegd, het behalen van kwaliteitslabels, het bekendmaken van data enzovoort leiden tot een bredere attractiviteit voor het ziekenhuis en de praktijk van een arts. Dat is belangrijk, zeker als