

MEDISCHE CENTRA VOOR HUISARTSEN IN VLAANDEREN

Resultaten van een beschrijvende studie

N. CLAES, F. BUNTINX, H. VAN LOON

Huisartsen pleiten al jaren voor echelonnering. De zogenaamde medische centra voor huisartsen (MCH's) betekenen hierin een doorbraak. Hun belangrijkste kenmerk is de obligate verwijzing van de patiënt door de huisarts. Deze situatie is uniek voor Vlaanderen. In deze beschrijvende studie worden de negen tot hiertoe opgerichte MCH's vergeleken op vlak van verenigingsvorm, interne organisatie, personeelsbeleid, financiële structuur en externe samenwerking. Ook andere gelijkaardige initiatieven worden onder de loep genomen.

Sinds 1962 zijn in Vlaanderen verschillende medische centra voor huisartsen (MCH) opgericht. Deze centra zijn poliklinieken waar patiënten op raadpleging komen bij arts-specialisten op obligate verwijzing van de huisarts; de patiënt wordt nadien steeds naar zijn huisarts terugverwezen. Het bestuur van deze MCH's is in handen van huisartsen¹. Deze centra zijn een voorbeeld van samenwerking tussen huisarts en specialist en van echelonnering in de praktijk²⁻¹². Echelonnering wordt als volgt gedefinieerd: *“het beogen van een efficiënte, effectieve en optimale zorg in de gezondheidszorg door de interactie van de meest gepaste zorgverstrekker op het juiste ogenblik en op de juiste plaats. Een geëchelonneerd verzorgingsaanbod situeert zich op verschillende niveaus, met de huisarts als eerste echelon in de geneeskundige zorg”*. Uit het beperkte literatuur aanbod ter zake is gebleken dat deze centra belangrijk zijn ter ondersteuning van de eerstelijns geneeskunde. De oprichting ervan gebeurde echter vaak met tegenkanting vanuit de tweede lijn.

Met deze beschrijvende studie wilden we de verschillende MCH's in Vlaanderen in kaart te brengen en met elkaar vergelijken. Hiertoe namen we hun verenigingsvorm, interne organisatie, personeelsbeleid, financiële structuur en externe samenwerking onder de loep.

Methodie

Eén huisarts-onderzoeker nam, aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, interviews af bij alle verantwoordelijken van de MCH's. Hij stelde de vragenlijst op op basis van een literatuurstudie over de MCH's. Er waren zowel open als gesloten vragen. Twee huisartsen, twee professoren huisartsengeneeskunde, een jurist, een bedrijfsrevisor, een professor vennootschapsrecht en twee MCH-verantwoordelijken lazen de vragenlijst na, brachten er veranderingen aan en keurden ze goed. Volgende rubrieken waren voorzien: historiek, strategie en werking (vennootschap; interne organisatie met medische werking, dossierbeheer, verpleegkundige werking, paramedische werking, logistieke diensten en financiële structuur; externe samenwerking; resultaten).

De MCH-verantwoordelijken kregen de vragenlijst op voorhand toegestuurd. Tijdens het interview noteerde de huisarts-onderzoeker de antwoorden; de betrokken MCH-verantwoordelijken konden ze na afloop controleren. De antwoorden met betrekking tot de vennootschapstructuur werden getoetst aan de in het Staatsblad gepubliceerde statuten. De verschillende MCH-verantwoordelijken lazen de studierapportage (dit artikel) na en keurden het goed. De analyses gebeurden in Excel™, versie 98.

Resultaten

Ontstaan

Als reactie op de poliklinieken van de ziekenfondsen en naar het voorbeeld van 'les instituts de médecins ruraux' uit de Franse Provence, werd in 1962 in

Heist-op-den-Berg het eerste MCH onder de naam Somedi opgericht¹². Sindsdien zagen er in Vlaanderen acht andere centra het licht: Tessenderlo (Practimed), Leuven (MCH), Lier (Diagnosecentrum DLO), Wezembeek-Oppem (MCH),

Uit het beperkte literatuur aanbod ter zake is gebleken dat deze centra belangrijk zijn ter ondersteuning van de eerstelijns geneeskunde. De oprichting ervan gebeurde vaak met tegenkanting vanuit de tweede lijn

De reden waarom voor een CVBA is gekozen, zijn de voordelen die deze vennootschapsvorm biedt

Maasmechelen (MCHM), Lommel (Diagnosecentrum) en Zoersel (Diagnose-centrum Voorkempen). Het meest recente centrum werd in 1997 opgericht in Bree (MCHBO). De centra zijn ontstaan om de bestaande noden van de plaatselijke huisartsen te lenigen.

Het centrum Practimed in Tessenderlo werd in 1965 opgericht om specialistische hulp dicht bij huis te voorzien⁸. De belangrijkste aanleiding om het MCH in Leuven in het leven te roepen, was de nood aan een beperkte, maar accurate medisch-technische ondersteuning van de huisartsenpraktijk^{4,5}. De huisartsen achtten de afstand tot de consulterende specialisten te ver, terwijl de schaarse specialisten uit de streek de neiging hadden om de patiënten bij zich te houden³. Dezelfde groep huisartsen die het MCH Leuven runt, startte ook met het MCH van Wezembeek-Oppem.

In Maasmechelen ontstond er na de sluiting van een nabijgelegen ziekenhuis een gebrek aan plaatselijke specialistische hulp^{2,6}. Vóór de oprichting van het MCHM deed men een registratie van de verwijzingen van Maasmechelse huisartsen naar specialisten. Gedurende drie weken noteerden 41 huisartsen 273 verwijzingen waaronder 47 naar de cardioloog, 37 naar de orthopedist, 33 naar de algemene internist, 25 naar de neus-keel-oorspecialist, 20 naar de algemene chirurg enzovoort¹³.

In 1993 richtten Limburgse huisartsen het diagnosecentrum Lommel op. De belangrijkste motieven hiervoor waren een correcte echelonnering met als gevolg herwaardering van de eerste lijn en herstel van de collegiale samenwerking met de tweede lijn¹¹. Het medisch centrum van Lier, opgericht in 1969, stond model voor het diagnosecentrum van Zoersel en Lommel.

Het MCH van Bree kwam er om de manke samenwerking tussen de huisartsen en het ziekenhuis in Bree op te lossen. Men wilde er via correcte echelonnering en een degelijke medisch-technische ondersteuning de huisartsen herwaarderen. De statuten werden in 1997 reeds ondertekend. Het duurde tot 2000 voor hij operationeel was, nadat juridische stappen werden ondernomen tegen het gemeentebestuur.

Enkele centra, met name Heist-op-den-Berg, Tessenderlo, Leuven, Wezembeek-Oppem, Maasmechelen en Bree, hebben zich gegroepeerd tot 'bevriende MCH's' en plegen regelmatig overleg.

Strategie en doelstellingen

Bij de oprichting van de MCH's zijn doelstellingen gedefinieerd. Deze verschillen van centrum tot centrum, maar meestal zijn dat:

- onderzoek en behandeling voor iedereen,
- bevordering van de relaties tussen huisartsen en specialisten,
- ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek en nascholingsactiviteiten voor huisartsen,
- facilitering van de uitoefening van de huisartsengeneeskunde.

Sommige recent opgerichte centra werden in de opstartfase gesteund door een bestaand MCH. In Bree gebeurde dit door Practimed, het medisch centrum van Tessenderlo. De MCH's van Zoersel en Lommel konden rekenen op de steun van het Lierse DLO. Het MCH in

Wezembeek-Oppem werd in 1977 opgericht door de vennoten van het MCH Leuven. Het gaat hier eigenlijk om één juridische structuur met twee exploitatieplaatsen.

Werking

VENNOOTSCHAPSVORM

In tabel 1 wordt een vergelijking gemaakt van de verschillende kenmerken van MCH's. Acht van de negen centra zijn een coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (CVBA). Enkel het MCH van Maasmechelen is een vereniging zonder winstoogmerk (vzw). De reden waarom voor een CVBA is gekozen, zijn de voordelen die deze vennootschapsvorm biedt. Het kapitaal kan er wijzigen zonder dat de statuten moeten worden herzien. In deze juridische vennootschapsvorm kunnen vennoten op ieder moment toe- of uittreden. Deelbewijzen zijn niet overdraagbaar aan een niet-huisarts. De vennootschapswet geeft een CVBA de mogelijkheid om op bepaalde vlakken statutair een andere regeling te voorzien.

BESTUUR

Het beheer van de MCH's is volledig in handen van huisartsen. Enkel huisartsen kunnen aandelen kopen. Iedere vennootschap is samengesteld uit een algemene vergadering en een raad van bestuur.

In de algemene vergadering zetelen de huisartsen die een aandeel hebben in de vennootschap; ze worden vennoten genoemd (zie tabel 2). De bevoegdheden van de algemene vergadering zijn bij wet en/of statutair vastgesteld. Ze vergadert

Het beheer van de MCH's is volledig in handen van huisartsen. Enkel huisartsen kunnen aandelen kopen

Er zijn in totaal 326 specialisten werkzaam in de Vlaamse MCH's. De meerderheid is verbonden aan het naburige ziekenhuis

Tabel 1: Kenmerken van de negen MCH's: oprichtingsdatum, werking, specialiteiten en diensten.

	HB	Tess	Leu	Lier	WO	Maa	Lom	Zoer	Bree
Oprichtingsdatum	1962	1965	1966	1969	1977	1987	1993	1996	1997
Werking									
vennootschapsvorm	CVBA	CVBA	CVBA	CVBA	CVBA	VZW	CVBA	CVBA	CVBA
algemene vergadering	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
aantal huisarts-vennoten	180	128	165	72	165	30	57	40	32
beheerraad	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
medische raad	nee	nee	ja	nee	ja	ja	nee	nee	nee
vennotenraad	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
aantal consulterende specialisten*	58	49	38	65	21	24	22	27	22
aantal consulterende paramedici	7	6	7	7	3	4	1	4	6
Medische diensten									
radiologische dienst	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
laboratorium	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee

* Aantal consulterende specialisten exclusief radiologen en klinisch biologen

HB: Heist-op-den-Berg
WO: Wezembeek-Oppem

Leu: Leuven
Tess: Tessenderlo

Maas: Maasmechelen
WO: Wezembeek-Oppem

Zoer: Zoersel
Lom: Lommel

minstens één keer per jaar en heeft slechts beperkte bevoegdheden, voornamelijk controletaken. De raad van bestuur is samengesteld uit vijf tot acht huisarts-vennoten. De algemene vergadering stelt ze aan voor een termijn van vier tot zes jaar. De raad van bestuur heeft de meest uitgebreide macht inzake bestuur en zaakvoering van de vennootschap. Onder zijn bevoegdheid valt alles wat niet uitdrukkelijk door de statuten en de wet is voorbehouden aan de algemene vergadering. De raad van bestuur vergadert meestal op vaste tijdstippen: éénmaal per week tot éénmaal per maand. Deze raad kan het dagelijkse bestuur van de vennootschap opdragen aan een gedelegeerd bestuurder, hetgeen in de meeste centra gebeurt.

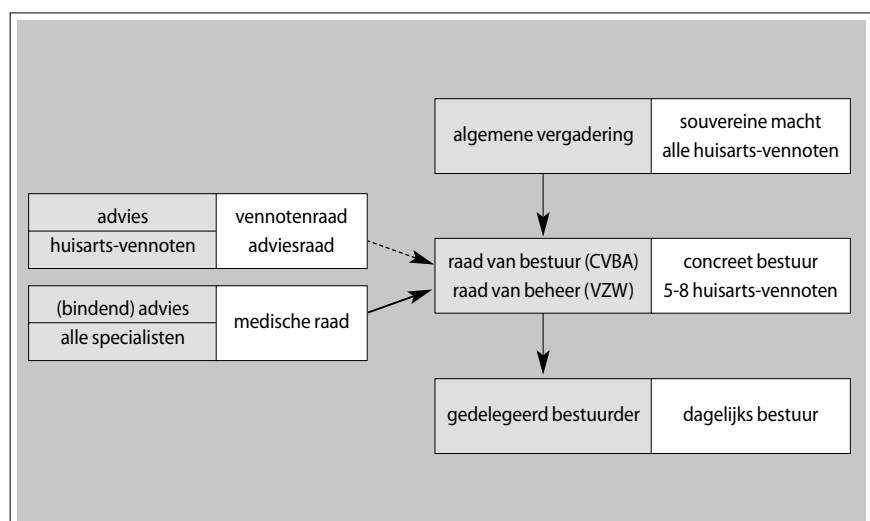
ANDERE RADEN

Slechts drie centra (Leuven, Wezembeek-Oppem en Maasmechelen) hebben een *medische raad* (zie tabel 2), samengesteld uit specialisten werkzaam in het MCH. Zijn bevoegdheid is vastgelegd in een intern document. In Maasmechelen beperkt die zich tot het geven van advies. De beheerraad van het MCH Leuven en van het MCH Wezembeek-Oppem is daarentegen verplicht om voor sommige vooraf bepaalde beslissingen het

advies van de medische raad in te winnen. Dit advies is bindend. De medische raden van Leuven en Wezembeek-Oppem tellen vier specialisten van het MCH Leuven en twee van het MCH Wezembeek-Oppem.

Het MCH van Heist-op-den-Berg heeft een *vennotenraad*, met – los van de raad van bestuur – vijftien huisarts-vennoten. Deze raad is niet statutair vastgelegd en heeft slechts een adviserende bevoegdheid. Ook het diagnosecentrum van Zoersel heeft een vennotenraad, adviesraad genoemd, die de raad van bestuur bijstaat in zijn beslissingen. De raad van bestuur benoemt de vennoten, op voordracht van de huisartsenkringen.

Tabel 2: Bestuursorganigram van de MCH's.



MEDISCHE WERKING

In de centra zijn de meest courante specialisaties aanwezig (zie tabel 3). De MCH's van Lier en Heist-op-den-Berg hebben het grootste aantal specialisten. In de MCH's zijn de orthopedisten het best vertegenwoordigd. In de negen MCH's doen in totaal 38 orthopedisten consultaties. Daarna volgen gynaecologen, gastro-enterologen, radiologen, cardiologen en neurologen. Er zijn in totaal 326 specialisten werkzaam in de Vlaamse MCH's. De meerderheid is verbonden aan het naburige ziekenhuis.

De meeste centra verbieden specialisten om gelijkaardige poliklinische activiteiten uit te oefenen in de onmiddellijke omgeving van het MCH; deze clausule is opgenomen in hun contract. Enkele stellen bovendien dat bij contractverbrekking de specialist gedurende enige tijd niet mag praktiseren in omstandigheden die zouden kunnen leiden tot onttrek-

king van patiënten. Specialisten die in een MCH werken, hebben het statuut van zelfstandige. De inning van de honoraria gebeurt centraal, door het MCH. Hiervan wordt een kostenprovisie afgehouden. Deze provisies worden berekend naargelang het om een consultatie dan wel om een technische verstrekking gaat en naargelang wie de eigenaar is van het materiaal om de technische verstrekkingen uit te voeren. De MCH's van Leuven en Heist-op-den-Berg werken met een centraal medisch dossier; elke patiënt heeft er zijn persoonlijk dossier. Naar aanleiding van een consultatie met een patiënt in het MCH, kan iedere specialist dit dossier inzien. De andere centra hebben één dossier per patiënt.

KLINISCHE BIOLOGIE EN RADIOLOGISCHE DIENST

De recent opgerichte centra hebben geen eigen labo waar bloedanalyses worden uitgevoerd (zie tabel 1). Die worden

Tabel 3: Het aantal en type consulterende specialisten in de verschillende MCH's.

	HB	Tess	Leu	Lier	WO	Maas	Lom	Zoer	Bree	Totaal
internist	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
cardioloog	5	4	2	4	1	1	0	2	2	21
chirurg	3	1	2	2	2	2	1	1	1	15
dermatoloog	3	3	2	2	2	2	1	2	2	19
endocrinoloog	3	1	1	2	1	0	0	1	0	9
fysiotherapeut	0	0	0	3	0	1	0	2	1	7
gastro-enteroloog	5	3	1	3	1	2	1	3	3	22
geriater	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
gynaecoloog	5	4	6	4	3	1	0	2	1	26
hematoloog	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
manuele geneeskunde	2	0	1	0	1	0	1	0	0	5
nefroloog	1	1	0	1	0	0	1	0	0	4
neurochirurg	2	2	0	2	0	1	3	1	1	12
neuroloog	4	3	2	4	1	2	1	1	1	19
neus-keel-oorarts	2	2	2	5	1	2	1	2	0	17
oftalmoloog	2	2	1	2	1	0	0	0	1	9
oncoloog	1	0	0	2	1	0	0	0	0	4
orthopedist	7	6	3	7	3	3	4	3	2	38
pediater	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4
pijntherapeut	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
plastisch chirurg	0	1	0	1	0	1	1	0	0	4
pneumoloog	2	2	1	2	1	1	1	2	1	13
proctoloog	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3
psychiater	4	1	4	3	0	1	0	0	1	14
reumatoloog	1	2	1	1	1	2	1	0	1	10
seksuoloog	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
senoloog	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
stomatoloog	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4
uroloog	3	3	2	4	1	2	2	1	2	20
vaatchirurg	2	1	2	1	0	0	2	2	2	12
verzekeringsgeneesheer	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Totaal	58	49	38	65	21	24	22	27	22	326

HB: Heist-op-den-Berg
WO: Wezembeek-Oppem

Leu: Leuven
Tess: Tessenderlo

Maas: Maasmechelen
WO: Wezembeek-Oppem

Zoer: Zoersel
Lom: Lommel

verricht in het labo van een naburig MCH. Zo werken Maasmechelen en Bree samen met het labo van Tessenderlo. De bloedanalyses van Zoersel, Lommel en Lier gebeuren in een extern labo. De klinisch biologen verbonden aan een polikliniek, krijgen niet dezelfde vergoeding als de andere specialisten. Zij krijgen als zelfstandige een vast bedrag per maand. Met uitzondering van de polikliniek van Zoersel beschikken alle centra over een radiologische dienst, met in totaal 21 radiologen. Het centrum van Zoersel heeft afspraken met een radiologisch centrum uit de buurt, dat de nodige opnames maakt.

VERPLEEGKUNDIGEN EN ANDERE PARAMEDICI

Ieder centrum heeft in functie van zijn grootte een aantal verpleegkundigen in dienst. Er zijn 45 paramedici werkzaam in een MCH in Vlaanderen (zie tabel 1): diëtisten zijn het best vertegenwoordigd, gevolgd door de psychologen en bandagisten. Ze werken er als zelfstandige. Sommigen innen hun honoraria zelf, voor anderen gebeurt dat centraal. In beide gevallen vraagt het centrum een bepaalde provisie voor de onkosten. Voor de paramedici zijn de afspraken in verband met consultatievoering in dezelfde gemeente als het MCH minder strikt dan voor de arts-specialisten. In de meeste gevallen mogen zij bijkomende consultaties voeren in de nabijheid van het medisch centrum. Hun diensten worden eerder beschouwd als een extra service.

LOGISTIEKE DIENSTEN

Ieder centrum heeft medisch secretaresses en receptionisten in dienst. Naargelang de grootte van het centrum zijn er ook boekhouders, informatici, archivariissen, pr-mensen, onderhoudspersoneel enzovoort.

PERSONEELSBELEID

De raad van bestuur beslist over de aanwerving van specialisten en paramedici. Het MCH van Heist-op-den-Berg vraagt hiervoor advies aan de vennotenraad. In Maasmechelen wordt de beslissing voorgelegd aan de medische raad. Ook in het MCH van Leuven en Wezembeek-Oppem wordt de aanwerving van een specialist voor advies voorgelegd aan de medische raad. Dit advies is slechts bindend als het handelt over de aanwerving van een specialist binnen een bestaande discipline.

Ieder centrum heeft in functie van zijn grootte een aantal verpleegkundigen in dienst. Er zijn 45 paramedici werkzaam in een MCH in Vlaanderen: diëtisten zijn het best vertegenwoordigd, gevolgd door de psychologen en bandagisten

BIJZONDERHEDEN

Alle centra investeren in navorming en kwaliteitsbevordering van hun huisarts-vennoten. Het MCH Leuven richtte een MCH-stichting op met de bedoeling hun huisartsen te organiseren, te informeren en de kwaliteit van hun zorgen te bevorderen. Er werden voor volgende onderwerpen commissies opgericht, telkens met een groep huisartsen: informatica, permanente vorming, filosofie, thuiszorg, rust- en verzorgingstehuis (RVT), huisartsenkringen en 60-plussers. Het maandblad van de stichting *Wetenschappelijke tijdingen* brengt nieuws vanuit de verschillende commissies. Alle huisarts-vennoten van het MCH Leuven en Wezembeek-Oppem ontvangen het gratis. De MCH-stichting is mogelijk dankzij de logistieke en financiële steun van het MCH Leuven.

Het MCH Lommel richtte een kwaliteits- en navormingscommissie op, die concrete voorstellen formuleert om de kwaliteit van het centrum en de bijscholing van de huisartsen te bevorderen. Het MCH Tessenderlo organiseert regelmatig geaccrediteerde bijscholingsavonden, en biedt daarenboven logistieke steun voor studies die de huisartsengeneeskunde bevorderen.

Financiële structuur

De kapitaalbreng gebeurde door de huisarts-vennoten bij de oprichting van elk MCH. In het MCH van Heist-op-den-Berg, Lier en Zoersel bedraagt de nominale waarde van een aandeel 620 euro. Een huisarts kan er maximaal twee tot dertig verwerven (zie tabel 4). Huisartsen betaalden bij de oprichting van het MCH Tessenderlo 50 000 oude Belgische franken per aandeel. Nadien verminderde dit bedrag tot 31 euro per aandeel, met een minimum van tien aandelen per huisarts. Om vennoot te worden van het MCH Leuven moest men in 1966 20 000 oude Belgische franken neertellen. In 1968 moesten de vennoten nogmaals 20 000 oude Belgische franken bijbetalen. Drie jaar later diende men 100 000 oude Belgische franken op te hoesten om vennoot te worden. Nu kan men vanaf 500 euro en maximaal 2 500 euro vennoot worden van het MCH Leuven. Het MCH Lommel vroeg in de beginfase 37 500 oude Belgische franken. Achteraf werd dit bedrag opgetrokken tot 1 125 euro. In Bree kostte een aandeel aanvankelijk 100 000 oude Belgische franken, nu slechts 248 euro. Vermits het MCHM

De kapitaalbreng gebeurde door de huisarts-vennoten bij de oprichting van elk MCH

Tabel 4: De financiële inbreng van de huisarts-vennoten in de verschillende poliklinieken.

Nominale waarde per deelbewijs (CVBA)		Maximaal aantal deelbewijzen per huisarts
Heist-op-den-Berg	620 euro	2
Tessenderlo	31 euro	600
Leuven	500 euro	5
Lier	620 euro	30
Wezembeek-Oppem	500 euro	5
Lommel	1 125 euro	max 10% van het kapitaal
Zoersel	620 euro	30
Bree	248 euro	10
Eénmalig lidgeld per huisarts (vzw)		
Maasmechelen	1 000 euro	

Maasmechelen een vereniging zonder winstoogmerk (vzw) is, zijn hier geen vennoten. Statutair is vastgelegd dat om lid te worden van een vzw éénmalig lidgeld moet worden betaald. Dat lidgeld bedraagt 1 000 euro.

Alle centra maken winst. Die winst wordt opnieuw geïnvesteerd of dient om reserves aan te leggen. In het MCH Leuven gaat een deel van de winst naar de werking van de MCH-stichting. Andere centra investeren een deel van hun winst in de bevordering van de huisartsengeneeskunde. De aankoop van technische apparatuur gebeurt door de medische centra zelf. Slechts in uitzonderlijke gevallen, en dan nog in slechts enkele centra, wordt toegestaan dat bepaalde technische apparatuur eigendom is van de specialist. Zo is de gastroscopie in Lommel en Maasmechelen eigendom van de gastro-enteroloog.

Mogelijke andere bestemmingen van winsten konden in dit onderzoek niet worden bevestigd. De patiëntenafrekening gebeurt meestal rechtstreeks. Dit wil zeggen dat de patiënt onmiddellijk na de consultatie of technische vertrekking het bedrag aan het MCH betaalt. Het derdebetalersysteem wordt enkel toegepast bij een aantal technische verstrekkingen.

Externe samenwerking

De relatie met de huisartsen uit de omgeving is in elk centrum zeer goed. In zeven van de negen medische centra is de relatie met de omliggende ziekenhuizen optimaal. In twee centra is de relatie matig. Typisch voor de medische centra is dat bij de start de relatie met het omliggende ziekenhuis doorgaans stroef verloopt en nadien progressief verbetert.

Bespreking

Vlaanderen telt negen MCH's. Dit zijn poliklinieken waar patiënten enkel na obligate verwijzing door de huisarts op raadpleging komen bij arts-specialisten. De patiënt wordt nadien altijd terug verwezen naar de eigen huisarts. In deze MCH's zijn in totaal 326 specialisten werkzaam: orthopedisten, gynaecologen, gastro-enterologen, radiologen, cardiologen en neurologen.

Het aantal specialisten stijgt naarmate het centrum langer bestaat: Lommel en Bree tellen een twintigtal specialisten; Lier, Heist-op-den-Berg en Tessenderlo een zestigtal. Opmerkelijk is dat in de meer recent opgerichte MCH's het aantal specialisten ieder jaar toeneemt. Wellicht ligt de reden hiervoor in de steeds beter wordende relatie tussen de recent opgerichte MCH's en de omliggende ziekenhuizen.

Tevreden

Acht van de negen MCH's zijn een CVBA, waarvan enkel huisartsen vennoot kunnen zijn. De huisarts-vennoten hebben geopteerd voor deze vennootschapsvorm omwille van volgende wettelijke structuur (art. 350 en art. 356 van het Wetboek van Vennootschappen): "De coöperatieve vennootschap is een vennootschap, die is samengesteld uit een veranderlijk aantal vennoten met veranderlijke inbrengen. Buiten de aandelen die de inbreng vertegenwoordigen, mag geen enkele andere soort effecten die maatschappelijke rechten vertegenwoordigen of die recht geven op een deel van de winst, worden uitgegeven, onder welke benaming ook." Dit betekent dat steeds nieuwe leden kunnen aansluiten voor zover zij voldoen aan de voorwaarden, vermeld in de sta-

Alle centra maken winst, die ofwel opnieuw wordt geïnvesteerd, ofwel wordt gebruikt om technische apparatuur aan te kopen of de navorming van de huisartsen te ondersteunen

tuten, en dat de leden hun inbreng mogen verhogen of verminderen¹⁴. Eén MCH is een vzw.

Alle centra maken winst, die ofwel opnieuw wordt geïnvesteerd, ofwel wordt gebruikt om technische apparatuur aan te kopen of de navorming van de huisartsen te ondersteunen. Het MCH Leuven richtte een MCH-stichting (vzw) op, met als doel de huisartsen te organiseren, te informeren en de kwaliteit van hun zorg te bevorderen¹⁵. Enkel het MCH Leuven heeft een geïnformatiseerd centraal medisch dossier^{16,17}.

Een schriftelijke bevraging van de huisarts-gebruikers en patiënten van het MCH Leuven leert ons dat 91 % van de patiënten en 74 % van de huisartsen tevreden zijn met de verleende diensten van dit MCH¹⁸. In een jaarlijkse bevraging beoordelen de Lommelse huisartsen de werking van het Lommelse diagnosecentrum gunstig. Het valt op dat de relatie tussen de medische centra en het omliggende ziekenhuis bij aanvang meestal stroef verloopt en nadien progressief verbetert.

Gelijkaardige initiatieven

In Kortrijk zette men in 1978 een gelijkaardig initiatief op. Deze coöperatieve vennootschap met klinisch labo was operationeel gedurende drie jaar. Onder druk van de omliggende ziekenhuizen en door een sanctie van de Orde van Geneesheren West-Vlaanderen, werd ze stopgezet en vereffend. In 1983 groepeerden de Kortrijkse huisartsen zich opnieuw in een vzw, met als doelstelling de huisartsen kwalitatief te ondersteunen in hun praktijk, in hun relaties met de eerstelijnsorganisaties en met de tweede lijn. Het MCH Kortrijk is een ondersteunende stichting voor huisartsen, vergelijkbaar met de MCH-stichting van Leuven. Ze is samengesteld uit verschillende commissies – veiligheid van geneesheren, RVT's, lokale kwaliteitsgroepen (LOK), ambulante drugzorg, navorming, wachtdiensten, (netwerk)huisartsen en samenwerkingsinitiatieven met de welzijnzorg – en overlegorganen met de specialisten en de drie ziekenhuizen van de regio. Het MCH Kortrijk heet sinds 2003 de Huisartsenkring Zuid-West-Vlaanderen vzw, met behoud van de doelstellingen. De 180 huisarts-leden betalen jaarlijks een lidgeld van 180 euro^{19,20}.

In Dendermonde richtten een aantal huisartsen in 2000 een medisch huis op. De vennootschapsstructuur is een vzw. In dit huis houden paramedici (diëtisten, psychologen, logopedisten, pedicuren en podologen) en twee multidisciplinaire teams consultaties. De patiënt kan, op vraag van de huisarts, multidisciplinaire teams consulteren, zoals een senologisch team (oncoloog en gynaecoloog) en een team rond de diabetische voet (podoloog, vasculair chirurg)²¹.

Echelonnering in de praktijk

Het belangrijkste kenmerk van alle MCH's is de obligate verwijzing van de patiënt door de huisarts. Zoals eerder vermeld, is dit een voorbeeld van echelonnering in de praktijk. Deze situatie is uniek voor Vlaanderen. In ons land kan de patiënt immers zonder doorverwijzing van de huisarts aanspraak maken op specialistische zorg. België heeft, in tegenstelling tot andere Europese landen, een liberaal systeem: de patiënt is vrij zijn arts te kiezen, hetzij een huisarts, hetzij een specialist, hetzij een academisch ziekenhuis²². De huisartsen pleiten al jaren voor echelonnering, maar zonder succes. Dokter Roelandt van de voormalige Unie voor Huisartsenkringen (UHAK) zegt: "Alle zorgverstrekkers dienen in complementariteit en volgens hun specifieke opleiding en kwalitatieve bevoegdheid bij te dragen aan een integratie van het zorgproces, trapsgewijs georganiseerd als een continuüm rond de patiënt. Principeel is daarom de invoering van een echelonnering, met duidelijke taakafspraken tussen alle echelons niet enkel de eerste en tweede, maar ook de derde lijn"²³.

Besluit

Een studie stelt dat MCH's ervoor zorgen dat de overheid haar uitgaven voor specialistische geneeskunde beperkt tot die patiënten voor wie de omnipracticus het noodzakelijk acht¹⁸. Hierdoor wordt de centrale plaats van de huisarts erkend en gewaardeerd. Om het effect van deze MCH's te bestuderen, is verder onderzoek nodig.

AUTEURS

N. Claes is als huisarts verbonden aan de Faculteit Geneeskunde, departement Maatschappelijke gezondheidszorg van de Katholieke Universiteit van Leuven;

F. Buntinx is huisarts en professor aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit van Leuven en aan de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht;

H. Van Loon is professor aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit van Leuven.

Dankwoord

Wij willen alle verantwoordelijken van de verschillende MCH's bedanken voor hun medewerking aan dit beschrijvend onderzoek, met name de heer Renap, dr. Moors, de heer Palmans, de heer Hendrickx, de heer De Smedt, mevrouw Cornelis, dr. De Kelder, dr. Vandeputte, dr. Groffils, dr. Van Boxel, de heer Theunis, dr. Vanaken, dr. Steyaert, dr. Devriendt en dr. Maes.

S u m m a r y**Medical centres for general practice in Flanders:
Results of a descriptive study**

CLAES N, BUNTINX F, VAN LOON H.

Introduction: Medical centres for general practice, called MCHs and founded by general practitioners (GPs), are outpatient clinics where medical specialists examine patients referred by GPs. These centres are managed by GPs. The aim of this study was to examine the similarities and differences of these centres.

Methods: Descriptive study based on questionnaires asked by one interviewer.

Results: Eight of the nine centres are founded as a cooperative corporation with limited liability. Only one centre is a non-profit making organisation. The shares of these corporations could only be purchased by GPs. The current medical specialisms are represented in most of the centres. The collection of the bills is centralised and the specialist are paid as independents. The recruitment of the specialists is done by the general practitioners, share holders. The centres make profit, used to save or to reinvest.

Conclusion: Further studies to analyse the effect of these centres on the Belgian health care system are necessary.

MeSH**Collaboration****Delivery of Health Care****Family Practice****Organizations****L i t e r a t u u r**

- 1 Claes N, Van Loon H, Buntinx F Beschrijving van alle Medische Centra voor Huisartsen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2001;3:28.
- 2 Vanholderbeke J. Echelonnering praktisch. *Artsenkrant* 1996;931:5.
- 3 Cornelis K. Succesverhalen uit de grootstad. *Artsenkrant* 1998;1085:20-1.
- 4 Tussen eerste en tweede lijn. *Artsenkrant* 1998;1085:22.
- 5 Stevens J. Participeren, niet ondergaan. *Artsenkrant* 1998;1085:22.
- 6 Dekelver J. Iedereen vaart er wel bij. *Artsenkrant* 1998;1085:28.
- 7 Moens M. Gezond verstand? *Artsenkrant* 1998;1085:29.
- 8 Moors H. Minder psychische weerstand. *Artsenkrant* 1998;1117:16.
- 9 Moors H. Maatschappelijk aanvaard. *Artsenkrant* 1998;1117:16.
- 10 Verrijken G. Zelf doen. *Artsenkrant* 1998;1117:17.
- 11 Van Boxel L. De perfecte echelonnering. *Artsenkrant* 1998;1117:18.
- 12 Mertens F. Traditie en toekomst in één centrum. *Artsenkrant* 1998;1117:20.
- 13 Buntinx F, Dekelver J. Verwijzing door huisartsen. *Huisarts Nu* 1987;17: 218-9.
- 14 Seegers W. Onderzoek naar de werking van een Medisch Centrum voor Huisartsen. Brussel: EHSAL Management School, 1994.
- 15 David K, Milants H, Parijs S, Vandenbossche D. Bijscholing en navorming van huisartsen. Leuven: Rega School, 1988.
- 16 Smits E. MCH, Medische Centra voor Huisartsen. Leuven: Erasmusinstituut, 1987.
- 17 Vermaelen G. Informatisering van de medische rapporten in het MCH Leuven: facultatief project informatiemanagement. Leuven: Groep T, 1997.
- 18 Van Hoorebeke F. Gevallestudie van het Medisch Centrum voor Huisartsen: Verwachtingen en tevredenheid van de gebruikers. Katholieke Universiteit Leuven: School voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Centrum voor Ziekenhuiswetenschap, 1990.
- 19 Maes L, Lanneau M. Vreemde eend in de bijt. *Artsenkrant* 1998;1085:30.
- 20 Devriendt I. Geen eiland. *Artsenkrant* 1998;1085:31.
- 21 Steyaert P. Dendermondse huisartsen richten medisch centrum op. *Artsenkrant* 2001;1324:8.
- 22 Heyrman J. Organisatie van de gezondheidszorg, een belangrijke maatschappelijke keuze. Huisartsgeneeskunde: een vak apart. Acco: Leuven, 1994:95-100.
- 23 Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen. Nota van mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid in 1998.