
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsvereniging van
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 8/ NOVEMBER 2000

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

« DEADLINE » SPOEDGEVALLEN Wordt 1 december a.s. « Attestendag »?

1. Gelijktelling « brevet acute geneeskunde »

Het M.B. van 12.02.1999 zegt dat de geneesheren-specialisten in een van de 13 basisspecialismen (anesthesie-reanimatie, inwendige geneeskunde, cardiologie, gastro-enterologie, pneumologie, reumatologie, heelkunde, neurochirurgie, urologie, orthopedische chirurgie, plastische chirurgie, kindergeneeskunde, en neurologie), in zoverre ze **erkend zijn uiterlijk op 30 november 2000, geacht worden de opleiding, bedoeld in art 5, §2,2°,b (brevet acute geneeskunde) te hebben gevolgd**, op voorwaarde dat :

- een attest afgeleverd en ondertekend door de hoofdgeneesheer van de instelling(en) waar ze werken,
- aantoonst dat ze gedurende de twee jaren voorafgaand aan 1 december 2000 op een regelmatige bekwame en multidisciplinaire wijze deelgenomen hebben aan de permanentie in de spoedgevallendienst;

De geldigheid van dat attest hangt af van de voorafgaande indiening van « **eensluidend verklaard afschrift** » bij het Bestuur van de Geneeskundepraktijk van het Ministerie van Volksgezondheid (R.A.C., 1010 Brussel), **uiterlijk op 1 maart 2001**. (De verzending gebeurt best aangetekend).

De hierboven bedoelde geneesheren-specialisten behouden hun rechten die voortvloeien uit deze gelijkstelling, op voorwaarde dat ze **op regelmatige wijze blijven werken in de spoedgevallendiensten en hun kennis en hun kunde blijven onderhouden**.

Bemerkingen:

- Het heeft geen zin voorafgaandelijk aan 1 december a.s. een attest te vragen noch af te leveren. De termijn voor indiening bedraagt drie maanden, maar opgelet: de **termijn van de overgangsperiode** (deelnemen aan permanenties zonder attest of brevet) zal normaal reeds op **1 december verlopen!** (zie verder: 2. overgangsbepalingen).
- De hoofdgeneesheer kan zijn attest stofferen: bvb. met de gegevens die de aanvrager (of zijn geneesheer-diensthof) zelf aanbrengt ter ondersteuning van de aanvraag, de wachtlijst voorgedragen door de geneesheer-diensthof spoedgevallen, eventuele bewijsstukken van de

directie (anciënniteit van de deelname aan de permanenties, afwezigheid van klachten, enz...), enz...

- Het attest is in principe individueel, net zoals de erkenning. Niets verhindert dat de hoofdgeneesheer collectief attesteert (een lijst van permanentie-artsen, met vermelding van de respectievelijke basisspecialismen, adres en RIZIV-nummer). Elke vermelde geneesheer moet evenwel een getekend exemplaar en een kopie van het verzendingsbewijs ter beschikking gesteld worden.

2. Overgangperiode

Het KB van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen van de functie « gespecialiseerde spoedgevallen », voorziet in art 13 een reeks overgangsbepalingen:

- gedurende twee jaar vanaf de inwerkingtreding van het besluit kan de medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist erkend in één van 13 voormelde specialismen.
- aangezien het KB gepubliceerd werd op 19 juni 1998 en invoege trad op de 1e dag van de 6e maand na de publicatie, **loopt deze overgangstermijn in principe ten einde op 1 december 2000.**

Wie dus op 1.12.2000 niet in het bezit is van een attest kan op die datum niet instaan voor de permanentie van de functie gespecialiseerde spoedgevallen.

De hoofdgeneesheer zal er zeker moeten over waken dat alle artsen die vanaf 1.12.00 op de permanentielijst staan, tijdig een attest verkrijgen met bewijs van verzending.

- de Minister van Volksgezondheid kan echter deze overgangstermijnen verlengen indien zou blijken dat bij het verstrijken van deze termijn nog niet voldoende geneesheren beantwoorden aan de voorziene voorwaarden. Dit werd voor alle zekerheid gevraagd aan de Minister. Op dit ogenblik weten wij echter nog niet welk gevolg hieraan zal gegeven worden.

3. Kandidaat-specialisten

Voor kandidaat-specialisten in de 13 voormelde specialismen is een andere regeling voorzien. Gedurende dezelfde overgangperiode (die normaal eveneens moest verlopen op 1.12.2000), kunnen zij de medische permanentie waarnemen, op voorwaarde dat ze tenminste twee jaar opleiding hebben genoten, dat de dienst waar ze de permanentie verzekeren opgenomen is in het stageprogramma en dat zij in een spoedgevallendienst vertrouwd zijn gemaakt met alle aspecten van de reanimatie en de dringende medische behandeling. Indien de permanentie wordt waargenomen door een kandidaat-specialist, dient een geneesheer-specialist opropbaar te zijn.

Normaal moeten, volgens art 9 van het KB van 27.04.1998, kandidaat-geneesheren-specialisten in hun opleiding voldoen aan «minimale criteria inzake multidisciplinaire urgentiegeneeskunde, bepaald bij ministerieel besluit... ». Zolang die minimale criteria niet zijn bepaald, wordt de overgangperiode telkens met een jaar verlengd. Aangezien voormelde minimale criteria nog niet bepaald werden, en dit vermoedelijk nog niet gebeurd zal zijn op 1.12. a.s., zal even vermoedelijk de overgangperiode met een jaar worden verlengd.

HET SOCIAAL STATUUT 2000 : HET EXACTE BEDRAG 100.022 BEF

In het Belgische Staatsblad van 28 september 2000 werd dan uiteindelijk de RIZIV bijdrage voor het jaar 2000 gepubliceerd. De aanvraagprocedure verloopt als nog in twee stappen :

- per aangetekend schrijven gericht tot het RIZIV dient de aanvraag voor het bekomen van het sociaal statuut ingediend worden **vóór 27 december 2000**. (de aangetekende brief dient uiterlijk op 28/12/2000 toe te komen op het RIZIV). Een standaardformulier kan bekomen worden op het secretariaat van het VBS.
- wanneer U aan de voorwaarden voldoet stuurt het RIZIV U binnen de 3 maanden na ontvangst van uw aanvraag een formulier toe waarop U dient aan te duiden op welke manier U het sociaal statuut wenst te gebruiken. Er bestaan verschillende keuzemogelijkheden betreffende de af te sluiten contracten. Zo kunt U uw sociaal statuut reserveren bij het RIZIV, het aanwenden voor uw pensioen eventueel gecombineerd met een verzekering gewaarborgd inkomen afgesloten bij de Voorzorgskas voor Geneesheren of bij een privé verzekeraar of het gebruiken bij het afsluiten van een levensverzekering.

Opgelet : Bij het afsluiten van nieuwe contracten d.w.z. geneesheren die voor het eerst de Riziv-bijdrage aanvragen of die veranderen van keuze moeten er voor zorgen dat het nieuwe contract afgesloten wordt **vóór 31 december 2000**. Het nieuwe contract dient immers afgesloten te worden in hetzelfde jaar als dat waarop de eerste RIZIV-bijdrage van het contract slaat. Gezien de laattijdige publicatie kan men dus verplicht worden om een nieuw contract af te sluiten nog voor men de zekerheid heeft of de aanvraag al dan niet werd goedgekeurd.

19 SEPTEMBER 2000. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2000 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het koninklijk besluit van 31 maart 1983 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren (B.S. du 28.9.2000)

Artikel 1. De jaarlijkse bijdrage, bedoeld in artikel 2, § 1, a) van het koninklijk besluit van 31 maart 1983 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, wordt vastgesteld op 100 022 BEF voor het jaar 2000.

Art. 2. De basisbedragen van, enerzijds, het rustpensioen bedoeld in artikel 6 en, anderzijds, het overlevingspensioen bedoeld in artikel 7 van hetzelfde besluit, worden vanaf 1 januari 2000, vastgesteld op respectievelijk 167 744 BEF en 139 791 BEF per jaar.

Art. 3. Onze Minister van Sociale zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 september 2000.

ONCOLOGISCHE ZORGPROGRAMMA'S

**Brief aan Mevrouw M. Aelvoet, Minister van Volksgezondheid,
en aan de Heer F. Vandenbroucke, Minister van Sociale Zaken (11.10.2000)**

Geachte Mevrouw Minister,
Geachte Heer Minister,

Wij hebben met aandacht kennis genomen van het voorstel houdende de oncologische zorgprogramma's

In de eerste plaats hebben wij ons de vraag gesteld wie hierin het initiatief genomen heeft. Het antwoord lijkt ons duidelijk : de lobby der medische (hoofdzakelijk of exclusief universitaire) oncologen.

Men kan zich in de tweede plaats afvragen welke motieven aan de basis liggen van dergelijke initiatieven. Ongetwijfeld zal dezelfde lobby beweren dat volgens hun ervaring de oncologische therapie in ons land slecht uitgevoerd wordt. Het zou echter logisch zijn in dit geval wetenschappelijk gefundeerde argumenten hiervoor aan te halen. Dit gebeurt vanzelfsprekend niet.

Wellicht werden economische overwegingen gehanteerd ? Hiertegenover staat wel dat in België de meest vooruitstrevende gezondheidszorgen verstrekt worden aan een bijzonder matige prijs !

Wanneer men het voorgestelde systeem ten grond evalueert stelt men vast dat een logge coërcitieve reglementering opgelegd wordt, waarvan noch de efficiëntie, noch de reële kost (o.m. in tijd, werkuren, personeel enz.) in enige mate geëvalueerd werden, welke bovendien een reeks onrechtvaardigheden inhoudt, indruist tegen onze professionele verplichtingen t.o.v. de patiënt en de logica van een autonome praktijkvoering, zij het in teamverband. Moeten wij eraan toevoegen dat deze maatregelen zonder overleg (tenzij met een niet-representatieve minderheid) geconcipeerd werden.

Men zoekt terecht naar de logica. Enerzijds wordt een uitstekende opleiding -naar internationale maatstaven- verschaft aan onze pneumologen , chirurgen, radiotherapeuten, enz... kortom specialisten, die praktijk voeren in onze bijzonder degelijke ziekenhuizen (heel wat beter in vergelijking met het buitenland). En anderzijds zou men nu uitgaan van de veronderstelling dat diezelfde specialisten niet over hetzelfde vermogen als hun universitaire collega's zouden beschikken noch de nodige schrandtheid en inzet om zich in hun praktijk en via congressen, medische literatuur, klinisch wetenschappelijk onderzoek, navorming (waarvoor bovendien een gans navormingssysteem opgericht werd) met de meest geavanceerde therapeutische methoden vertrouwd te maken.

In het voorgestelde systeem wordt een onaanvaardbare ondergeschiktheid, een niet acceptabele miskennis van de geneeskundige capaciteit en van het initiatief van de "perifere" t.a.v. de "centrale"(zullen we maar zeggen "universitaire") specialist ingebouwd.

Het is duidelijk dat men centralistische etatistische structuren zoals in Groot-Brittannië of Nederland wil invoeren daar waar de nadelen hiervan steeds schrijnender ervaren worden (in G.B. is de wachttijd voor de behandeling van een slokdarmcarcinoom 5 maanden !). Bovendien hebben wij nog niet eens de moeilijkheden aangeraakt welke de multipale erkenningen van de diverse "oncologen" met zich zouden meebrengen.

Wij kunnen dus, noch omwille van de vermeende kwaliteitsverbetering, noch omwille van hypothetische kostenbeperking, akkoord gaan met een systeem dat een onredelijke en onverantwoorde omwenteling van onze praktijkvoering wil opdringen, dat de overheid trouwens progressief naar steeds talrijker gebieden van de geneeskunde wil uitbreiden. Wij eisen een dringend en grondig overleg hierover met de representatieve vertegenwoordigers van het medisch korps.

Het is anderzijds duidelijk dat het principe van de multidisciplinaire approach van het oncologisch geval al lang is doorgedrongen in onze praktijkvoering. In de meeste ziekenhuizen werd spontaan overgegaan tot het organiseren van b.v. wekelijkse besprekingen tussen de verscheidene specialisten.

Het is van belang deze activiteiten aan te moedigen, op vrijwillige basis, gesteund door de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, en gecontroleerd door de LOKs. Dit zal ongetwijfeld gebeuren door passende nomenclatuurregelingen voor multidisciplinair overleg, en door het vooropstellen van een passend organisatieschema dat op middellange termijn (bvb. 5 jaar) wordt gerealiseerd, en dat met een aangepaste vormgeving en omkadering moet worden bedacht vanuit een systeem van « peer review ». Wij denken dat vanuit dit intercollegiaal pluridisciplinair overleg guidelines moeten opgesteld worden, waarbij vertegenwoordigers van zowel de grotere centra als de kleinere centra, en vertegenwoordigers van de diverse medische, chirurgische en de radiotherapeutische specialismen, moeten betrokken worden.

Wij menen echter dat dit zeker moet gebeuren zonder de geneesheren in een keurslijf te willen dwingen en te vervallen in rigide bureaucratische systemen welke haaks staan op onze vertrouwde praktijkvoering, en welke conflicten, supplementaire onkosten, tijdverlies en gebrek aan efficiëntie zullen veroorzaken. Er moet geen ogenblik aan getwijfeld worden dat hierdoor een domper zal geplaatst worden op de gezonde wedijver en het initiatief van specialisten die voortaan volkomen willekeurig en artificieel in een ondergeschikte positie zullen gedreven worden. Dit op een ogenblik dat een aantal gefusioneerde en grotere ziekenhuizen zich opwerken om zeker een gelijkwaardige plaats in te nemen naast (soms zelfs boven ?) de universitaire ziekenhuizen. De vereiste om een beroepstitel oncologie op te dringen aan een aantal specialismen om gesitueerd te kunnen worden in de voorgestelde structuren is in abstracto absurd, maar wordt uitsluitend geïnduceerd door het (ongewenste) strakke keurslijf van de vooropgestelde zorgprogramma's. De capaciteit om oncologische gevallen te behandelen is ingebouwd in de essentie van de verscheidene specialismen (pneumologie, chirurgie, enz.), en behoort integraal tot hun normale dagelijkse activiteitsveld.

Hoogstens zou men kunnen instemmen met een bijzondere bekwaamheid in de medische oncologie op voorwaarde dat dit geen enkele hiërarchische suprematie tot gevolg heeft t.a.v. de andere specialismen. Het kan immers niet dat de "medische oncoloog" een soort van "allesweter" is in het oncologische domein. Het kan ook niet dat men bekwaamheden in de oncologie creëert in de andere specialismen gewoon om deze specialisten te kunnen inschakelen in een artificieel, nutteloos en bombastisch coërcitief systeem. Geenszins democratisch!

Wij zijn fundamenteel gekant tegen het opdelen van de geneeskunde in zorgenprogramma's waarbij de geneesheer-specialist gereduceerd wordt tot een soort zombie die alleen maar opgelegde schema's en voorgeschreven taken uitvoert. Is dat de intellectuele ruimte die het gezondheidsbeleid laat aan iemand die een opleiding van 13-14-15 jaar heeft gekregen?

Wij kunnen ons trouwens geenszins akkoord verklaren met deze zeer zonderlinge echelonneringsopvattingen waarbij plots een denkbeeldige « derde lijn » wetmatig zou komen bepalen wat, hoe en volgens welke regels een (gedeclassificeerde?) « tweede lijn » nog zou kunnen of mogen behandelen op oncologisch gebied. Zou u dezelfde redenering durven doortrekken van de « tweede lijn » naar de door u bijna heilig verklaarde « eerste lijn »?

Tenslotte -en dit is van fundamenteel belang voor de patiënt - kunnen wij ons niet eens verklaren met de totale omwenteling van onze praktijkvoering waarbij alle oncologische gevallen op de zogenaamde oncologische (verpleeg)afdeling zouden geconcentreerd worden. Deze opvatting geniet verre van een goede, rationele onderbouw. De ziekenhuisstructuren zijn thans georganiseerd op orgaansystemen waarbij de patiënten met aandoeningen in eenzelfde orgaanstreek geconcentreerd worden. Het personeel werkzaam op deze afdeling kan zich dan beroepen op een grote ervaring omtrent de aldaar behandelde symptomatologie en pathologie. Het samenbrengen op één afdeling van patiënten met bvb longtumoren, darmtumoren, huidtumoren en hersentumoren is zinloos ; de symptomatologie en verzorgingseisen van deze respectievelijke tumoren zijn doorgaans meer verwant aan die van andere patiënten met aandoeningen van hetzelfde orgaan dan dat ze onderling verwant zijn. Zulks geldt zowel voor medische problemen als (en mogelijks nog méér) voor patiënten die in een orgaangebied een tumorresectie ondergaan. Deze concentratie houdt bovendien geen passende oplossing in voor patiënten die ook gelet op de leeftijd vaak niet alleen een oncologische, doch multiële gemengde pathologieën hebben.

Wij komen aldus tot de vaststelling dat de begrippen « zorgprogramma's », de bijhorende zeer theoretisch bepaalde « doelgroepen », en de wijze van organisatie van de programma's, te pas en te onpas volgens één en hetzelfde schema worden geconcipeerd, zonder dat men zich echt om het belang van de individuele patiënt bekommert.

Wij verzoeken u, Mevrouw de Minister, Mijnheer de Minister, met deze argumenten rekening te willen houden en groeten u inmiddels beleefd,

met de meeste hoogachting,

Prof. Dr. J. Gruwez
Voorzitter

Het oncologie-beleid: en nu?

Begin oktober jl. heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies uitgebracht dat weliswaar nog moet goedgekeurd worden. De NRZV stelt daarin letterlijk dat de conceptnota oncologie d.d. 11.7.2000 van de ministers geen goede basis is om de oncologie in het Koninkrijk België te organiseren. De NRZV bevestigt de « principes voor een goede zorg voor kankerpatiënten » zoals die in feite reeds vervat zaten in een oorspronkelijk advies daterend van oktober 1997:

- gelijkwaardige toegankelijkheid voor alle patiënten (wat wordt toegelicht als te begrijpen in de zin een voldoende spreiding : alle ziekenhuizen eerder dan enkele).
- multidisciplinaire werking
- overleg, consensus, samenwerking, netwerking in en tussen instellingen.
- registratie en kwaliteitstoetsing.
- psychosociale, transmurale en palliatieve begeleiding.

Bij deze stelde de N.R.Z.V. vast dat vele ziekenhuizen « nu reeds de principes van dit advies toepassen: geneesheren-oncologen werden aangeworven en/of beter geïncorporeerd in de medische werking (n.v.d.r.: ondanks alle discussies omtrent de bijzondere beroepstitels, die nog steeds aan de gang zijn, mede tengevolge van telkens nieuwe interfererende normatieve ontwerpen over de zorgprogramma's, afkomstig van de ministeriële kabinetten), multidisciplinaire aanpak werd ingevoerd en/of verbeterd, samenwerkingsverbanden en netwerking tussen ziekenhuizen werden nauwer aangehaald en/of op meer formele wijze gestructureerd. »

Bovendien blijkt de N.R.V.Z. te opteren voor meer gelijkwaardigheid, daar waar de normontwerpen over de zorgprogramma's tot nog toe een hiërarchische relatie ontwikkelden tussen controlerende B-centra en ondergeschikte A-centra. De raad blijkt trouwens duidelijk gekant tegen het opleggen van activiteitenconcentratie en monopolies.

Tussen de regels mag men uit dat standpunt afleiden dat de NRZV vermoedelijk heil verwacht van een terreinevaluatie, bvb. op basis van de aan gang zijnde gegevensinzameling van de federale en gemeenschapsoverheid. De vraag is dan wel waarom het allemaal zo dringend en normatief moet geregeld worden. Naar verluid zou eind oktober al een nieuw ministerieel ontwerp verwacht worden omtrent de oncologische zorgprogramma's. Zou het niet gezonder zijn de feitelijke structurering te velde nog enige tijd in positieve richting te laten evolueren, eventueel omringd door enkele ondersteunende maatregelen. Uiteindelijk is het vooral de bevordering van de kwaliteit voor de patiënt die telt.

Wat de verdere ontwikkelingen op het vlak van de beroepstitels betreft, zal uiteraard veel afhangen van het verwachte nieuwe normenontwerp. De huidige trend in dat verband bleef weliswaar, voor verscheidene disciplines, evolueren in de richting van:

- de oncologische bevoegdheid als een impliciet onderdeel van het basisspecialisme behouden zonder dat er echt behoefte is aan een aanvullende bijzondere beroepstitel,
- op voorwaarde dat specialismen waarvoor wel een aanvullende opleiding en bijzondere beroepstitel wenselijk wordt geacht, zich geen oncologisch monopolie toeëigenen.

Ook op dat vlak zegt het gezond verstand dat een degelijke en positieve ontwikkeling te velde na verloop van tijd voor een duidelijkere situatie zal zorgen, zodat het ook wat dat betreft verkieslijk is, niet meteen knopen door te hakken.

VERNIEUWD GENEESMIDDELENBELEID

DOELSTELLINGEN EN BELEIDSLIJNEN

BRUSSEL, KABINET VAN DE MINISTER
16 OKTOBER 2000

Voorwoord

- Naar aanleiding van de eerste overlegtekst (dd 25/7/00) vanwege de task-force van de federale regering (Sociale Zaken, Economische Zaken, Volksgezondheid, Begroting en Eerste Minister) die handelde over de voorstellen van een vernieuwd geneesmiddelenbeleid, werden talrijke reacties ontvangen van de verschillende actoren die betrokken zijn in de gezondheidszorg, zowel reacties die bepaalde delen van de tekst expliciet ondersteunen, als reacties die bepaalde delen in vraag stellen. Algemeen kon men deze laatste groep van reacties indelen in drie categorieën, naargelang de aard en de eensgezindheid van de argumentatie:
 - Reacties die gebaseerd waren op misverstand, meestal te wijten aan onvolledigheid of onvoldoende toelichting bij de oorspronkelijke overlegtekst. Dergelijke reacties konden snel uitgeklaard worden tijdens verdere gespreksronden mits betere toelichting van de tekst.
 - Reacties die goed geargumenteed waren en aanleiding gaven tot alternatieve en nieuwe voorstellen voor het vernieuwd geneesmiddelenbeleid, en waarbij de voorstellen van verschillende actoren in dezelfde richting gingen. Dergelijke voorstellen verdienden alle aandacht en ondersteuning, op voorwaarde dat zij de algemene doelstellingen van het vernieuwde beleid niet in het gedrang brachten.
 - Reacties die goed geargumenteed waren en aanleiding gaven tot alternatieve en nieuwe voorstellen voor het vernieuwd geneesmiddelenbeleid, maar waarbij er duidelijke onenigheid bestond tussen de voorstellen van de verschillende actoren. Dergelijke voorstellen konden beschouwd worden als de knelpunten in het beleid en vormden het onderwerp van verder overleg met verschillende actoren.

Voortbouwend op de genoemde reacties en verder overleg, werd de oorspronkelijke tekst vervolledigd en op verschillende plaatsen aangepast. Dit gebeurde na intern overleg tussen de verschillende kabinetten binnen de task-force. Het is de bedoeling dat de onderhavige tekst zal dienen als basis voor een akkoord met de farmaceutische industrie, zoals bedoeld in art. 191, eerste lid, 15° ter van de ZIV wet, zoals gewijzigd door de programmawet van 12/08/00.

De tekst draagt de goedkeuring van de regering.

Nadien zal de task-force haar werkzaamheden verderzetten, meer bepaald met betrekking tot de implementatie, de opvolging en de evaluatie van het vernieuwd geneesmiddelenbeleid.

Vernieuwd geneesmiddelenbeleid

1. Uitgangspunten

- Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid dient gesitueerd te worden binnen een globaal beleid inzake gezondheid en gezondheidszorg. Een gezondheidszorgbeleid dient een verhoging na te streven van de kwaliteit, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Doelmatigheid betekent een betere verhouding tussen de geleverde kwaliteit en de daaraan verbonden kosten, en kan gerealiseerd worden door voor een gelijke kost de kwaliteit van de zorg te verbeteren of door kosten te verlagen mits het bewaren van de kwaliteit. Het betekent ook het leggen van prioriteiten in het voordeel van de zorgen die de beste prijs-kwaliteitverhouding bieden. Als een belangrijk element in het gezondheidszorgbeleid, dient het geneesmiddelenbeleid dezelfde doelstellingen na te streven.
- De jongste jaren stelt men een stijging vast van de uitgaven voor geneesmiddelen, die systematisch hoger is dan de stijging van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Bovendien is de overschrijding van het budget voor de geneesmiddelen ongeveer even groot, in sommige jaren zelfs groter dan de overschrijding voor de totaliteit van de uitgaven. In de mate dat een dergelijke stijging van de uitgaven gepaard gaat met een stijging van de kwaliteit van de zorg en met mogelijke besparingen in andere sectoren van de zorg is een groei van de uitgaven aanvaardbaar. De groei van de uitgaven voor geneesmiddelen blijkt echter vaak moeilijk beheersbaar en moeilijk verklaarbaar, en dit kan leiden tot onzekerheid voor alle actoren, tengevolge van korte termijnreacties en ad hoc maatregelen.

Om dit te vermijden dient een beleid in alle geledingen van de sector meer de nadruk te leggen op het bevorderen van de kwaliteit en de prijs-kwaliteit van de huidige en toekomstige farmaceutische zorg.

⇒ **Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid (VGB) moet daarom aan volgende krachtlijnen voldoen:**

1. Vereenvoudigde structuren en snellere procedures zowel voor de aanneming van nieuwe als voor de herziening van bestaande geneesmiddelen, met een betere wetenschappelijke ondersteuning en meer aandacht voor Europese initiatieven en ervaringen die de prijs-kwaliteit van de zorg bevorderen.
2. Het garanderen van het aanbod van farmacotherapeutische innovaties
3. De aanzet tot een op evidentie en op medische richtlijnen gebaseerd verbruik van geneesmiddelen, met aandacht voor de prijs-kwaliteit van de verschillende alternatieven en voor de plaats van het geneesmiddel in het globale zorgaanbod.
4. Realistische en op objectieve beleidskeuzen gestoelde budgettaire doelstellingen en met invoering van recuperatiemechanismen in geval van overschrijding.
5. Het verzekeren van de betaalbaarheid voor de patiënt.

De verdere tekst heeft enkel betrekking op de sector van de vergoedbare specialiteiten.

2. Structuren en procedures voor prijsbepaling en tegemoetkoming van vergoedbare geneesmiddelen.

2.1. Aanneming van geneesmiddelen voor tegemoetkoming

Een aantal elementen van het huidige systeem functioneert goed tot zeer goed. We vermelden o.a. de snelle werking van prijzencommissie en doorzichtigheidscommissie, en de kwalitatief goed onderbouwde adviezen van de doorzichtigheidscommissie.

De huidige procedure voor prijsbepaling en terugbetaling van geneesmiddelen vertoont echter een aantal zwakke punten: talrijke commissies en raden, veel te lange termijnen, onvolledige of onduidelijke elementen in de aanvraagdossiers, zodat de evaluatie moeilijk op evidentie kan worden gebaseerd, weinig of geen overleg met de aanbieder, geen publieke toelichting bij de adviezen en besluiten, ...

In een gebruikelijke marktsituatie komt een prijsniveau tot stand door rekening te houden met vraag en aanbod. Een bijzonder aspect van de gezondheidszorg is het typische karakter van de vraag: de patiënt is immers geen perfect geïnformeerde consument, en kan niet beoordelen of een geneesmiddel "zijn kost waard is". De andere actoren zijn beter geplaatst om dit na te gaan, met ondersteuning van de nodige analyse en expertise. Pas wanneer deze actoren aan de vraagzijde voldoende gedocumenteerd zijn, kan men tot een volwaardige besluitvorming komen.

Om aan de bovenstaande nadelen van de huidige structuur en procedure te verhelpen worden een nieuwe procedure en een herziening van de structuren voorgesteld. De nadruk ligt op meer wetenschappelijke evidentie, meer volledige informatie, snelle doorstroming van de dossiers, aangepaste behandeling in functie van de complexiteit en het belang van het dossier, en afslanking van de structuren.

Concreet wordt de volgende procedure voorgesteld (zie schema in bijlage):

I. De vergunninghouder dient een aanvraag tot vergoedbaarheid in bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Het secretariaat van de CTG stuurt het dossier ter informatie door naar het Ministerie van Economische Zaken.

De CTG is de versmelting van de bestaande Doorzichtigheidscommissie en de Technische Raad voor de Farmaceutische Specialiteiten en wordt gesitueerd binnen het RIZIV¹. De CTG is samengesteld uit dezelfde partijen die vandaag in één of in beide genoemde organen zetelen.

In de samenstelling van de CTG moet er aandacht zijn voor de financiële verantwoordelijkheid enerzijds, en de noodzaak aan expertise anderzijds. De VI's dragen verantwoordelijkheid door het systeem van financiële responsabilisering. De artsen en apothekers zullen een grotere verantwoordelijkheid dragen in de totstandkoming van de uitgaven voor geneesmiddelen (zie verder).

De CTG bestaat daarom uit 22 leden + een aantal raadgevende leden:

7 Experten (waaronder de Voorzitter)

8 vertegenwoordigers van de Verzekeringsinstellingen

4 vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van de Artsen

¹ Het opstellen van de transparantiefiches blijft een bevoegdheid van het departement Volksgezondheid

3 vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van de Apothekers

Met raadgevende stem: 2 vertegenwoordigers van de industrie + vertegenwoordigers van de Ministeries van Volksgezondheid, Sociale, en Economische Zaken

Het aanvraagdossier heeft een standaardformaat, en zal o.a. bestaan uit elementen die betrekking hebben op:

1. de indicaties waarvoor tegemoetkoming aangevraagd wordt
2. een voorstel van tegemoetkomingsbasis,
3. een voorstel van terugbetalingscategorie (A, B, C, Cs, Cx)
4. een voorstel van meerwaardeklasse.

Dit laatste concept verdient enige toelichting. De aanbieder dient de voorgestelde meerwaarde te onderbouwen op basis van criteria inzake de klinische, sociale en gezondheidseconomische bijdrage van het geneesmiddel, op individueel niveau én op populatieniveau.

De meerwaarde van een geneesmiddel wordt uitgedrukt onder de vorm van een meerwaardeklasse:

Klasse 1: duidelijke meerwaarde, waardoor de huidige therapeutische aanpak fundamenteel zal wijzigen;

Klasse 2: meerwaarde tegenover bestaande alternatieven, maar zonder dat de huidige therapeutische aanpak fundamenteel wijzigt;

Klasse 3: geen therapeutische meerwaarde en geen voorstel voor een hogere tegemoetkomingsbasis;

Klasse 4: essentieel vergelijkbare geneesmiddelen (zelfde werkzaam bestanddeel en dosering), aan een lagere tegemoetkomingsbasis dan de reeds bestaande.

Uit deze klassen blijkt dat enkel een hogere tegemoetkomingsbasis kan verleend worden wanneer sprake is van een meerwaarde (klasse 1 of 2).

Indien de door de aanbieder voorgestelde klasse 1 of 2 is, zullen interne evaluatoren van de CTG, ondersteund door werkgroepen van externe evaluatoren (klinische/ epidemiologische/ economische expertise), het dossier evalueren, en een synthesenota voorbereiden, waarin de bovenstaande elementen beoordeeld worden ("evaluatierapport"). De meerwaarde wordt daarbij afgewogen tegenover de aangevraagde tegemoetkomingsbasis, om zodoende uit te maken of de prijs-kwaliteitverhouding aanvaardbaar is (bijvoorbeeld vergelijkbaar met de prijs-kwaliteit van vandaag aanvaarde behandelingen). Het evaluatierapport zal aan een standaardformaat voldoen. Het zal na 60 dagen gerapporteerd worden aan de CTG. De CTG zal vervolgens dit rapport overmaken aan het Ministerie van Economische Zaken, en aan de aanbieder, binnen een termijn van 20 dagen. De totale termijn voor deze fase bedraagt bijgevolg 80 dagen.

Indien de evaluatoren en de CTG de termijn niet respecteren, ontvangt het Ministerie van Economische Zaken enkel het aanvraagdossier van de aanbieder.

De aanbieder kan schriftelijk reageren op het evaluatierapport binnen een termijn van 50 dagen (= termijn gedurende dewelke het prijsdossier zal lopen – zie II).

Voor geneesmiddelen waarvoor een klasse 3 of 4 werd aangevraagd dient door de aanbieder geen sociale of gezondheidseconomische argumentatie te worden verleend, en wordt geen werkgroep van externe evaluatoren aangeduid.

II. Na ontvangst van het evaluatierapport dient de aanbieder een prijsaanvraag in bij de Prijzencommissie voor farmaceutische specialiteiten (Ministerie van Economische Zaken). Het dossier dient op een transparante en verifieerbare wijze alle aanbodsgerelateerde economische factoren die de prijsstructuur van de specialiteit verklaren te bevatten. De gemiddelde prijs in de ons omringende landen kan ten indicatieve titel deel uitmaken van het dossier.

De prijzencommissie adviseert vervolgens inzake de maximale prijs van het geneesmiddel op de Belgische markt. Dit advies geeft aanleiding tot een beslissing van de Minister van Economische Zaken binnen een termijn van 50 dagen. Deze beslissing wordt genotificeerd aan de aanbieder in kwestie. Indien de minister geen beslissing treft, geldt de aanvraag van de aanbieder als beslissing.

Deze procedure houdt in dat de informatie omtrent de meerwaarde een rol zal spelen in de prijsbeslissing.

III. Beslissing omtrent tegemoetkomingsbasis, -indicatie, en -niveau.

- In geval van geneesmiddelen waarvoor klasse 3 of 4 werd aangevraagd wordt de beslissing tot terugbetaling genomen met gewone meerderheid door de CTG binnen een termijn van 30 dagen en via de notificatie door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaren, en met periodieke publicatie van de lijsten in het BS.
- Bij een aanvraag voor klassen 1 of 2 verloopt de verdere procedure als volgt.
De CTG spreekt zich uit over het dossier (tegemoetkomingsbasis, -indicaties, en -niveau). De aanvrager kan daarbij gehoord worden indien hij dat wenst. Wanneer een positieve beslissing met gekwalificeerde meerderheid (>2/3) wordt bereikt, en de tegemoetkomingsbasis strookt met de beslissing omtrent de prijs, dan geldt ze als beslissing. Als de voorgenomen beslissing niet strookt met de prijsbeslissing, dient de

CTG de aanbieder in kwestie te horen. Er dient een beslissing te worden genomen binnen een tijdsspanne van 30 dagen na de beslissing door de Minister van Economische zaken inzake de prijs. Indien er een beslissing is van de CTG, dan heeft de Minister van Sociale Zaken een evocatierecht dat desgevallend binnen een termijn van 20 dagen moet uitgeoefend worden. Wanneer er geen beslissing is van de CTG binnen de termijn van 30 dagen, dan dient de Minister van Sociale Zaken binnen een termijn 20 dagen een beslissing te nemen. In beide gevallen gebeurt de notificatie door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaren, en met periodieke publicatie van de lijsten in het BS.

Het secretariaat van de CTG zal nauwkeurig het verloop van de termijnen opvolgen.

In de wetgeving en de reglementering zullen tevens bepalingen worden opgenomen waarbij de verplichtingen van het bedrijf worden gepubliceerd met betrekking tot het in de handel brengen van farmaceutische specialiteiten.

2.2. Individuele herziening van de dossiers

Elk geneesmiddel waarvoor een klasse 1 of 2 werd toegestaan zal het voorwerp uitmaken van de herziening van het dossier binnen een termijn van 1,5 tot 3 jaar. De termijn waarbinnen deze herziening zal gebeuren evenals de studies die op het moment van de herziening door de aanvrager moeten binnengebracht worden, worden bepaald bij de aannemingsbeslissing.

De resultaten van de gevraagde studies zullen door de aanvrager in een dossier meegedeeld worden aan de CTG. De vervolgpcedure is identiek aan de procedure bij aanneming.

In geval een herziening van de registratie van specialiteiten (Volksgezondheid) zou leiden tot andere indicatiestellingen of posologie, zal een herziening van de aannemingsvoorwaarden onmiddellijk opgestart worden.

Opmerking 1

In het verleden kwam in een aantal dossiers de situatie voor dat de prijsbeslissing op Economische Zaken niet overeenkwam met de tegemoetkomingsbasis op Sociale zaken. Er dient te worden vermeden dat de patiënt voor het eventuele verschil moet opdraaien.

De nieuwe procedure vangt dit reeds ten dele op door:

1. Bij de prijsbeslissing de informatie omtrent meerwaarde een rol te laten spelen.
2. Een verplichte hoorzitting van de aanbieder in te bouwen, om een overeenkomst te bereiken.

Een bijkomende bescherming van de patiënt bestaat erin dat – tot de individuele herziening van het dossier na 1 tot 3 jaar (zie 1.2) – de aanbieder in kwestie het verschil tussen prijs en tegemoetkomingsbasis bijpast, via een verrekening na verloop van het jaar, op basis van de verkochte volumes in het betrokken jaar. Dergelijke clausule kan deel uitmaken van de overeenkomst tussen CTG en de aanbieder in kwestie, maar kan niet door de Minister opgelegd worden aan de aanbieder.

Opmerking 2

Om de coördinatie van de procedures en de beschikbaarheid van mensen en middelen te optimaliseren zal ook onderzocht worden of het geheel van de procedures voor prijsbepaling en terugbetaling, maar ook voor registratie en voor verdere opvolging en sturen van de farmaceutische markt, op termijn kan ondergebracht worden in een Federaal Agentschap.

Opmerking 3

Voor weesgeneesmiddelen gelden dezelfde procedures voor prijsbepaling en terugbetaling als voor de andere geneesmiddelen. Er wordt echter ook een volume bepaald in de beslissing omtrent tegemoetkoming, in functie van de epidemiologie van het betreffende ziektebeeld. Dit leidt tot een prijs-volume contract, waarbij het individuele bedrijf financieel wordt geresponsabiliseerd.

Dit kadert in een ruimere benadering van de problematiek van de weesgeneesmiddelen, die door de regering momenteel wordt voorbereid in het kader van de Europese Verordening 141/2000.

Opmerking 4

Een procedure voor het publiek bekend maken van de adviezen en beslissingen in het kader van de aanneming van specialiteiten wordt uitgewerkt.

Opmerking 5

De CTG en de Prijzencommissie voor Farmaceutische Specialiteiten moeten beiden in staat zijn om de evolutie van de markt van de terugbetaalde en de niet terugbetaalde geneesmiddelen te volgen. Hiertoe maakt het Ministerie van Economische zaken op regelmatige basis informatie over ivm de niet terugbetaalde geneesmiddelen aan de CTG en bezorgt het RIZIV op regelmatige basis informatie over de terugbetaalde geneesmiddelen aan de prijzencommissie.

Opmerking 6

Inzake parallel-import geldt een verkorte aannemingsprocedure bij de CTG.

3. Geneesmiddelenverbruik op basis van evidentie en prijs-kwaliteit

Het beleid inzake een op evidentie gebaseerd geneesmiddelenverbruik met aandacht voor de prijs-kwaliteit situeert zich op vier domeinen:

1. De herziening van vergoedingsvoorwaarden
2. Het correct voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen
3. Het stimuleren van de generische specialiteiten en kopieën
4. Herziening van het huidige distributiesysteem.

3.1. Herziening van vergoedingsvoorwaarden

Uitgangspunt

Het invoeren van een nieuw geneesmiddelenbeleid inzake aanneming en individuele herziening van klassen zal op termijn leiden tot een therapeutisch arsenaal dat volgens de criteria van prijs-kwaliteit werd uitgebouwd. Op korte termijn dienen bestaande klassen, waarvoor de evidentie gering is, of waarvoor, door de introductie van nieuwe methoden in de zorg, de huidige prijs-kwaliteit kan in vraag gesteld worden, eveneens herzien te worden.

Instrument en methode

Volgende methode wordt voorgesteld:

- Jaarlijks worden een aantal farmaceutische klassen geselecteerd voor herziening van de aannemingscriteria. De CTG beslist over deze keuze, op basis van de medische literatuur.
- De herziening verloopt als volgt:
 - De CTG laat door evaluatoren een evaluatie maken van de klinische, sociale en gezondheidseconomische aspecten van de gekozen klasse, op basis van wetenschappelijke literatuur en studies bezorgd door de aanbieders van de geneesmiddelen uit de klassen in kwestie.
 - De evaluatie leidt tot een beoordeling van de klasse in het algemeen, en van de geneesmiddelen uit de klasse in het bijzonder (tegemoetkomingsbasis, indicatie, verpakkingsgrootte,...).
 - Deze beoordeling wordt voorgelegd aan een consensusconferentie of een andere vorm van peer review, en kan aanleiding geven tot:
 1. Een herzieningsadvies. In dit geval wordt de procedure van de individuele herziening verder gevolgd; of
 2. Medische praktijkrichtlijnen voor de artsen; of
 3. Beide

3.2. Correct voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen

Uitgangspunten

- Een correct en op evidentie gebaseerd gebruik van geneesmiddelen houdt in principe in dat alleen geneesmiddelen worden gebruikt waarvoor gevalideerde studies bestaan, dat deze adequaat worden gebruikt (indicatie, dosis....), en dat bij de keuze van het geneesmiddel aandacht wordt besteed aan de prijs-kwaliteit verhouding.
- Vanzelfsprekend kan deze doelstelling niet meteen bereikt worden. Waar wel naar gestreefd kan worden is het bereiken van een graduele verbetering.

Instrumenten en methodes

- Farmanet beschikt over een aantal indicatoren waaruit variatie in voorschrijfgedrag duidelijk blijkt. Via medische praktijkrichtlijnen, voor en door artsen en apothekers, kan men doelstellingen formuleren om via adequaat voorschrijven naar een optimaal geneesmiddelenverbruik te streven. Dit moet gepaard gaan met studies die het effect van een optimaal gebruik moeten inschatten. Eenmaal dit gewenste effect bepaald is, kan aan het bereiken ervan een collectieve responsabilisering van de verstrekkers gekoppeld worden.
- Als actoren zijn hierbij op de eerste plaats artsen en apothekers, maar ook andere zorgverstrekkers, de industrie, en de patiënten betrokken. De overheid dient een stimulerende rol te vervullen naar deze actoren toe en het overleg te bevorderen. Momenteel bestaan er talrijke "cellen", "comités", "centra" die initiatieven nemen op het vlak van informatie en feed-back inzake het voorschrijven van geneesmiddelen. De huidige structuur hiervan zal hertekend worden met de nadruk op coördinatie van de activiteiten binnen de uit te breiden geneesmiddelencel, informatisering, betrokkenheid van de actoren, en resultaatsverbintenis. Elk jaar zal een concrete planning van de informatie-en feed-backactiviteiten worden opgesteld en voorgelegd aan de actoren. Op termijn zou het hoger vermelde geneesmiddelenagentschap een dergelijke rol kunnen opnemen.
- De regeling inzake Hoofdstuk IV (KB 2/9/80) zal worden herzien conform de afspraken in de bijzondere werkgroep van het RIZIV.
Dit impliceert:
 - enerzijds een vereenvoudiging van de bestaande tegemoetkomingsvoorwaarden (verduidelijking van de criteria, standaardisering van de aanvragen door invoering van checklist systeem, aanpassing termijnen, vereenvoudiging toelatingen). De werkgroep wordt uitgenodigd tegen eind 2000 praktische voorstellen te formuleren, o.m. op het vlak van antiulcus-geneesmiddelen en cholesterolverlagende geneesmiddelen.
 - anderzijds het opstarten van een evaluatie a posteriori, onder coördinatie van de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen (NCGZ). Hiertoe zal in de loop van 2001 een experiment worden georganiseerd waarbij de voorschrijvers vrijgesteld worden van voorafgaandelijke aanvraag, en het voorschrijfgedrag a posteriori zal worden geëvalueerd, aan de hand van steekproefanalyses.
 - dit doet geen afbreuk aan de opdracht van de VI's om toe te zien op de navolging door de artsen van de tegemoetkomingsregels
 - indien het experiment succesvol is zal nadien de a posteriori evaluatie worden veralgemeend. Indien dan, alle objectieve en meetbare criteria in acht genomen, individuele artsen volgens Farmanetgegevens sterk afwijken van het gewenste voorschrijfprofiel, zal een a priori aanvraag opnieuw gedurende één jaar worden ingesteld voor die artsen.

De omschakeling naar een steekproefsgewijze evaluatie zal echter niet gelden voor geneesmiddelen met een hoge kostprijs maar relatief laag volume.

- In overleg met de NCGZ zullen verdere projecten gelanceerd worden waarbij de financiële verantwoordelijkheid van de artsen met betrekking tot het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen getoetst wordt. Dit kan onder meer van toepassing zijn voor de generische specialiteiten (zie verder), voor dewelke op basis van Farmanetgegevens de mogelijkheid bestaat om een correcte evaluatie te maken van het individueel voorschrijfgedrag.
- In de ziekenhuizen is op dit ogenblik de forfaitarisering i.v.m. antibioticaprofylaxis reeds van kracht. Progressief zal voor andere klassen forfaitarisering ingevoerd worden, telkens via grondige studie en overleg.

3.3. Stimulering van generieken en kopieën

Uitgangspunt

België wordt gekenmerkt door een zeer zwakke penetratie van generische producten en kopieën. De problematiek heeft verschillende aspecten. Er blijkt een gebrek aan vertrouwen te zijn bij de verstrekkers inzake kwaliteit, en een gebrek aan informatie naar de patiënten toe. Nochtans is het bevorderen van de generische geneesmiddelen en kopieën van belang omdat hiermee een zelfde kwaliteit kan bereikt worden aan een lagere prijs.

Instrumenten en methode

De volgende maatregelen worden voorgesteld:

1. Hoewel alle geneesmiddelen, inclusief de generieken en kopieën, in het kader van de registratie beoordeeld worden inzake kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid, is het noodzakelijk dat de zorgverstrekkers en patiënten de garantie hebben inzake de bio-equivalentie en/of de therapeutische equivalentie van generieken of kopieën, en dat de overheid hieromtrent informatie verleent. Er zal daarom in het eerste kwartaal van 2001 een lijst publiek gemaakt worden met een overzicht van alle werkzame bestanddelen waarvoor bio-equivalente en/of therapeutisch equivalente alternatieven bestaan. Deze lijst zal 2 maal per jaar worden aangepast.
2. In de ziekenhuizen zal inzake prijs, vergoedingsbasis en vergoeding van de generieken en kopieën gestreefd worden naar een systeem van referentie-terugbetaling: indien voor een identiek werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm verschillende specialiteiten beschikbaar zijn aan verschillende prijzen, zullen deze alle terugbetaald worden op basis van het goedkoopste beschikbare alternatief. Indien het ziekenhuis toch een duurder middel wil aankopen, dan zal dit geen effect hebben op de patiëntenbijdrage gegeven het vaste remgeld voor geneesmiddelen in het ziekenhuis.
3. In de ambulante sector zal, indien voor een identiek werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm verschillende specialiteiten beschikbaar zijn, eveneens een referentie-terugbetaling worden ingevoerd: indien voor een identiek werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm verschillende specialiteiten beschikbaar zijn met een verschil in tegemoetkomingsbasis van minstens 16%, dan wordt de referentie basis voor tegemoetkoming vastgelegd op 16% onder het niveau van de referentiespecialiteit. Het referentieterugbetalingsniveau wordt 2 maal per jaar herbepaald. De patiënten zullen parallel met de invoering van het systeem geïnformeerd worden omtrent de kosten van alle alternatieven. De patiënt kan op die manier de arts stimuleren om generieken en kopieën voor te schrijven. Andere actoren dienen hierin ook een rol te spelen: artsen en apothekers dienen op lokaal niveau overleg te plegen inzake het gebruik van generieken en inzake de voldoende bevoorrading; de VIs kunnen een rol spelen in de informatie naar patiënten toe; er zal eveneens een federale campagne komen omtrent dit beleid. De artsen zullen financieel aangemoedigd worden tot het voorschrijven van generieken. De arts kan ook voorschrijven op stofnaam indien hij dat wenst.

Voorbeeld voor een cat. B geneesmiddel:

Referentiespecialiteit kost 1000, tussenkomst is 750

Generiek komt op de markt aan 840.

Referentieterugbetaling wordt op -16%, terugbetaald bedrag, afgestemd, maw max. tussenkomst 630 (= 75% van 840). De patiënt die de referentiespecialiteit koopt betaalt 370 zelf. De patiënt die de generiek koopt betaalt 210.

Tweede generiek komt op de markt aan 600.

Referentieterugbetaling blijft op -16% (840). De patiënt die de tweede generiek koopt betaalt 150 zelf.

Als dit systeem enige tijd van kracht is, zal geëvalueerd worden of het kan uitgebreid worden naar verschillende niveaus van referentieterugbetaling (m.a.w. niet enkel -16%).

3.4. Herziening van het huidige distributiesysteem

Uitgangspunten

In het huidige distributiesysteem ligt het accent te veel op distributie en te weinig op zorg. De problemen worden meestal vanuit een louter financieel perspectief benaderd. Verschillende actoren stellen zich hierbij vragen. Het vernieuwd beleid moet daarom streven naar meer aandacht voor kwaliteit in de distributie sector terwijl de kost onder controle blijft en een correcte weerspiegeling is van de kwaliteit.

Instrumenten en methode

De volgende maatregelen worden voorgesteld:

- In het kader van het streven naar een optimale prijs-kwaliteitsverhouding is het van belang dat apothekers meer betrokken worden in de farmaceutische zorg: opvolgen van het werkelijk innemen van geneesmiddelen, afleveringsprotocollen, beter advies inzake correct gebruik van geneesmiddelen, meer expliciete rol inzake geneesmiddelenbewaking, overleg met artsen, samenwerking met ziekenhuizen, enz...
- Op korte termijn zal de afgesproken aanpassing van de marges voor dure producten uitgevoerd worden door de overheid, om de snelle aflevering van deze producten te garanderen. Daartegenover staat dat de distributie zich zal engageren tot een verdere medewerking ter garantie van de effectieve aflevering van geneesmiddelen, en het uitbouwen van Farmanet één spoor. Een verslag vanuit het RIZIV ivm de invoering van een sequentiële barcode wordt hieromtrent verwacht.
- Er zal een herstructurering van de marges wordt uitgewerkt. De basis daarvoor is dat de apotheker twee vergoedingen krijgt:
 - een gedeelte "handelsvergoeding", die de uitbating van de apotheek, de noodzakelijke investeringen en het stockbeheer vergoedt. Deze vergoeding is gedeeltelijk een functie van de turn-over in volume (en dus een constant gedeelte per verpakking ongeacht de kostprijs) en gedeeltelijk in functie van de turn-over in waarde (en dus een variabel deel in functie van de prijs van het afgeleverde middel).
 - een vergoeding "farmaceutische zorg". Hier kan geopteerd worden voor een vaste vergoeding die kan verschillen van de ene geneesmiddelencategorie tot de andere, naargelang de noodzaak aan farmaceutische zorg en de intensiteit ervan.

Daartegenover kunnen dan staan: de concrete uitwerking van het concept farmaceutische zorg, een objectiveerbare en verifieerbare resultaatsverbintenis voor de apothekers omtrent deze farmaceutische zorg, en het opnemen van financiële verantwoordelijkheid voor het geneesmiddelenbudget. In deze discussie omtrent de distributie zullen ook de marges van de groothandel, de flexibiliteit van de marges, en de bestemming van inkoopvoorwaarden verder aan bod komen.

4. Budgetvastlegging en recuperatiemechanismen.

4.1. Uitgangspunten

- Het vastleggen van een realistisch budget voor geneesmiddelen is geen doelstelling op zich, maar past in het beleid, als instrument om de beleidsprincipes te kunnen nastreven. Inderdaad, ontsprende budgetten, zonder enige vorm van recuperatiemechanisme, kunnen leiden tot ad hoc maatregelen die niet noodzakelijk stroken met de beleidsvisie.
- Daarom wordt in het vernieuwd geneesmiddelenbeleid het principe van de budgettering met recuperatie opgenomen, teneinde de stabiliteit van de sector te verbeteren.

4.2. Begripsafbakening

De enveloppe (= een gesloten budget met recuperatie) wordt vastgelegd voor vergoedbare specialiteiten. Dit betekent automatisch dat de andere rubrieken in de sector van farmaceutische verstrekkingen buiten deze enveloppe vallen. De enveloppe heeft dus enkel betrekking op:

- Vergoedbare specialiteiten afgeleverd door de officina's aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden
- Vergoedbare specialiteiten afgeleverd door de ziekenhuisofficina's aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden
- Vergoedbare specialiteiten afgeleverd door de ziekenhuisofficina's aan gehospitaliseerde rechthebbenden.

De enveloppe wordt berekend op de geboekte uitgaven van een kalenderjaar. Indien afwijkingen te verklaren zijn door versnelling of vertraging in de boekingen, zullen de uitgaven hiervoor gecorrigeerd worden.

4.3. Grootte van het budget

Het budget wordt jaarlijks vastgelegd bij een in de Ministerraad overlegd KB, na advies van de Algemene Raad, en het Verzekeringscomité.

Een realistisch budget dient uit te gaan van een trendanalyse op basis van uitgaven in het verleden, maar gecorrigeerd voor de budgettaire gevolgen van uitgevoerde en geplande beleidsmaatregelen, en rekening houdend met de budgettaire draagkracht.

Op termijn zullen in het budget ook overwegingen inzake transfers tussen de sectoren ingebouwd worden. Dit zal mogelijk gemaakt worden door de systematische toename van de individuele herzieningen en herzieningen van klassen, en de daarmee gepaard gaande opbouw van de evidentie.

De volgende redenering werd gevolgd voor het budget 2001:

Tabel 1 geeft de geboekte uitgaven van 1995 tot en met 1999, voor de drie groepen specialiteiten.

	1995	1996	1997	1998	1999
--	------	------	------	------	------

Officina	45373	50857	54109	58172	63742
Ziekenhuisofficina ambulante	3324	4080	4646	5286	5923
Ziekenhuisofficina	13907	15520	14505	16313	15924
totaal	62604	70457	73260	79771	85589
groei		12,54%	3,98%	8,89%	7,29%

Tabel 1: geboekte uitgaven van 1995 tot en met 1999, voor de drie groepen specialiteiten (in Miljoen BEF)

Tabel 2 toont de resultaten van de analyse van het RIZIV, volgens de methode van de kleinste kwadraten, en levert een inschatting op van de verwachte bedragen voor 2000 en 2001.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Officina	45373	50857	54109	58172	63742	67616	71684
Ziekenhuis-officina ambulante	3324	4080	4646	5286	5923	6539	7113
Ziekenhuis- officina	13907	15520	14505	16313	15924	16552	17015
totaal	62604	70457	73260	79771	85589	90707	95812
groei						5,98%	5,63%

Tabel 2: schatting van de uitgaven voor 2000 en 2001 volgens regressie analyse (in Miljoen BEF)

Het geschatte budget bedraagt volgens deze methode dus 95,81 Miljard BEF.

Het is weinig zinvol de evolutie van het Belgische budget af te stemmen op internationale gemiddelden. Deze omvatten immers cijfers van landen die traditioneel lage en hoge geneesmiddelen uitgaven per capita vertonen (België behoort tot de landen met hoge uitgaven per capita). Verder hebben deze landen ook verschillende systemen van gezondheidszorg, een verschillende penetratiegraad van generieken, verschillende niveaus van publieke uitgaven voor gezondheidszorg, enz... Ter indicatieve titel kan vermeld worden dat de gemiddelde groei in de ons omringende landen (NL; UK, FR, D) 5,7 % bedraagt. Indien we dit laatste percentage toepassen, vinden we een budget voor 2001 van 95,6 Miljard BEF.

Er wordt dus voorgesteld de toekomstige budgetinschattingen uit te voeren via de technische ramingen van het RIZIV. De Farmaceutische industrie zal ook jaarlijks betrokken worden bij de voorbereiding van het budget.

Op het bedrag van 95,81 Miljard BEF dienen nog een aantal aanpassingen te worden verrekend die een rechtstreeks gevolg zijn van op korte termijn beoogde maatregelen.

a. Invoeren van referentierugbetaling voor generieken.

- De details van deze maatregel staan beschreven in de paragraaf "correct voorschrijfgedrag". Hier worden enkel de budgettaire aspecten beschreven. Volgens de berekeningen van het RIZIV kan potentieel 1,6 Miljard BEF aan besparingen gerealiseerd worden indien de voorschriften van alle producten die momenteel "off-patent" zijn zouden vervangen worden door voorschriften voor hun respectievelijke goedkoopste generieke alternatieven en/of kopieën. In geval een daling van 16% wordt gerealiseerd, bedraagt de besparing 1,35 Miljard BEF. In andere landen waar gelijkaardige stimuli werden ingevoerd voor generieken bleek het effect groter en bovendien ook snel zichtbaar.
- Een dergelijke maatregel heeft een dubbel effect: niet alleen zal de gemiddelde prijs van de betrokken geneesmiddelen dalen, maar ook verhoogt de aantrekkingskracht voor nieuwe generieken. In België verwacht men in 2001 generieken voor een aantal belangrijke specialiteiten.
- Het is de ambitie van de regering om het systeem te laten in werking treden vanaf 1/5/2001. Dit zal voor 2001 leiden tot een besparing van 787 Miljoen BEF (7/12 van 1,35 Miljard). Rekening houdend met de bijkomende generieken wordt een totale besparing van 1,03 Miljard BEF beoogd.
- Indien deze maatregel niet tijdig of niet volledig wordt uitgevoerd, zal het niet gerealiseerd besparingseffect geneutraliseerd worden bij de recuperatie.
- Als het systeem van referentieprijzen in ziekenhuizen doorgang gevonden heeft, zal de maatregel die de ziekenhuizen oplegt om te tarifieren aan de werkelijk aangekochte prijs, opgeheven worden.

b. Aanpassing winstmarge apothekers

- In het kader van akkoord met de apothekers (zie par. 3.4) wordt een opwaartse aanpassing van de marges voorzien ten bedrage van 330 miljoen BEF (afhankelijk van het verslag van het RIZIV).

c. Zuurstofproducten

- Zuurstofproducten worden vanaf 2001 ondergebracht bij de farmaceutische specialiteiten en verdwijnen uit het budget van de magistrale bereidingen. Dit is een louter boekhoudkundige wijziging, maar betekent een stijging van 200 miljoen BEF in de hier besproken enveloppe.

d. Voorschrijven op basis van evidentie

- Recent hebben vergaderingen plaatsgevonden inzake de harmonisering van de medische praktijk, met name omtrent antihypertensiva, antidepressiva, antibiotica, en NSAIDs. Uit Farmanetgegevens blijkt dat de variatie in voorschrijfgedrag in deze domeinen aanzienlijk is. Toetsing aan medische praktijkrichtlijnen leert dat een deel van de variatie kan vermeden worden door betere opvolging van de richtlijnen. Of dit ook steeds tot besparingen zal leiden is niet zeker. Betere praktijk betekent immers niet altijd goedkopere praktijk. Er wordt daarom voorgesteld om concreet voor deze vier klassen de budget impact van de praktijkrichtlijnen te onderzoeken en deze op te nemen in het budget 2002.

e. Prijsvermindering voor oude specialiteiten (>15 jaar), of naar aanleiding van omschakeling van Hfst. IV naar Hfst. I.

- Volgens berekeningen van het RIZIV zal de maatregel die een prijsvermindering van oude (>15 jaar terugbetaald) specialiteiten oplegt, samen met de omschakeling van een aantal specialiteiten van Hfst. IV naar Hfst. I, resulteren in een besparing van 470 Miljoen BEF in het jaar 2001. De modaliteiten inzake neutralisatie voor niet uitgevoerde maatregelen, zoals beschreven onder a., zijn eveneens van toepassing.

f. Diverse aspecten

- Naast de bovenvermelde aspecten dient men in de toekomst ook rekening te houden met de budgettaire gevolgen van: de effectieve aflevering, de forfaitarisering in de ziekenhuizen, de herziening van het systeem van de distributiemarges, de herziening van therapeutische klassen, en de versnelde aanneming van nieuwe geneesmiddelen. Deze maatregelen zullen pas ten volle een effect hebben in 2002, en er wordt voorgesteld in 2001 een correcte inschatting te maken van hun effect.

g. Prijsblokkering

- De prijsblokkering voor de geneesmiddelen blijft gehandhaafd.

Het totale voorgestelde bedrag wordt met de bovenvermelde aanpassingen gelijk aan **94,842** Miljard BEF. Ter informatie betekent dit voor de totale Sector Farmacie (met inbegrip van magistrale bereidingen, wachthonoraria, bloedproducten, etc...) een bedrag van 94,842 Miljard BEF + 5,717 Miljard BEF = **100,559** Miljard BEF

Er wordt bovendien een additioneel bedrag van 70 Miljoen BEF voorzien in de administratiekosten van het RIZIV voor deskundigheidsondersteuning i.v.m. de vernieuwde procedure voor aanneming en herziening.

4.4. Recuperatiemechanismen

Bij overschrijding van het budget geneesmiddelen zal de farmaceutische industrie bijdragen tot de recuperatie van de overschrijding voor een % van de overschrijding. Dit bedrag wordt jaarlijks herberekend door het RIZIV en weerspiegelt het aandeel van de af-fabrieksprijs in de uitgaven van het RIZIV. Voor 2001 wordt dit % vastgesteld op 65%. Het bedrag van de overschrijding wordt verdeeld onder de bedrijven die elk bijdragen naar omzet.

De Verzekeringsinstellingen zullen bijdragen tot de globale overschrijding voor het bedrag dat wettelijk is vastgelegd binnen hun financiële verantwoordelijkheid.

In de toekomst kan een deel van de overschrijding gerecupereerd worden bij de apothekers. Dit hangt samen met de uitbreiding van de farmaceutische zorg (zie par. 3.4). Er zal tevens onderzocht worden in hoeverre andere actoren in de toekomst in dit systeem betrokken kunnen worden.

Het is de betrachting om in de toekomst te werken met volledig gesloten budget, hetgeen een recuperatie van 100% veronderstelt.

Voor de industrie gelden volgende modaliteiten.

- De bestaande vaste heffing van 4% dient om budgettaire redenen te worden verdergezet in 2001. In 2002 wordt deze heffing verminderd tot 3%.
- Daarnaast komt er vanaf 2002 een provisionele heffing op de omzet van 2%. Bij overschrijding van het budget, en na verdeling van de 65% over de verschillende bedrijven, zal per bedrijf nagegaan worden of de heffing volstaat. Indien niet dan wordt er voor de bedrijven in kwestie nog een bijkomende heffing opgelegd ten belope van het nog resterende tekort. Indien de heffing wel volstaat wordt het resterende gedeelte overgedragen naar een recuperatiefonds.
- Indien de globale begrotingsdoelstelling onderschreden wordt, zal 25% van die onderschrijding in mindering gebracht worden van de overschrijding voor geneesmiddelen. De recuperatie heeft dan betrekking op het resulterende netto bedrag.
- Op termijn zal er gestart worden met het geleidelijk invoeren van budgetten voor bepaalde therapeutische klassen, enkel voor die klassen waarvoor voldoende gegevens bestaan omtrent de epidemiologie van de aandoening, de gezondheidseffecten van de geneesmiddelen in kwestie en hun effecten op andere

sectoren, m.a.w. klassen die een herziening hebben ondergaan. Het zal daarbij de bedoeling zijn dat, bij het vastleggen van de budgetten, wordt rekening gehouden met deze effecten op andere sectoren.

- Er zal een aanvang genomen worden met een inventarisatie van de uitgaven voor promotie van geneesmiddelen, naar analogie van Frankrijk, en recent ook Nederland.

Bijlage:

Schema nieuwe procedure:

???collage 9 cm

ONDERSTEUNING EN STRUCTURERING VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

STANDPUNT KINDERARTSEN

De eerstelijnszorg voor kinderen – Juli 2000 **Belgische Academie voor Kindergeneeskunde**

INLEIDING : Wil men een gezondheidsbeleid voor kinderen uitstippelen dan moet men uitgaan van het kind in zijn totaliteit. De Kindergeneeskunde heeft zich steeds tot doel gesteld het kind in zijn geheel te benaderen.

Kindergeneeskunde is een specialisme apart, verschillend van vele andere specialismen in die zin dat het patiënten met een bepaalde leeftijd en niet met een bepaald orgaanlijden behandelt. Kinderen zijn individuen in wording met hun leeftijdsgebonden eigenheid.

In de leeftijdscategorie waarop de Kindergeneeskunde zich richt, zijn groei, maturatie en differentiatie fundamentele karakteristieken die centraal staan zowel bij de preventieve als de curatieve benadering. Daarom is het van vitaal belang dat artsen die voor kinderen zorgen een grondige kennis bezitten omtrent normen en variabiliteit van biologische en psychologische fenomenen. Bovendien is er bij zieke kinderen vaak géén verband tussen de ernst van de symptomen en die van de onderliggende aandoening.

De vijfjarige opleiding, de ervaring en permanente bijscholing van de kinderarts zijn ongewoon belangrijk om steeds het banale van het levensbedreigende te kunnen onderscheiden.

Die opleiding en bijscholing moeten de kinderen de garantie op een optimale behandeling bieden. Het oordeelkundig gebruik van geneesmiddelen staat hierbij centraal.

Bij de programmatie van een kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg voor kinderen is samenwerking tussen kinderartsen en huisartsen onontbeerlijk. Het kind heeft recht op een behandeling en verzorging door artsen en paramedici speciaal en specifiek opgeleid om kinderen te behandelen en te verzorgen. Dit moet gelden voor de zorg zowel in de eerste lijn als in de tweede en derde lijn.

HUIDIGE TOESTAND : Kinderartsen verzorgen kinderen zowel binnen als buiten het ziekenhuis. De zorg buiten het ziekenhuis behelst vooral de consultaties in de privé-praktijken en het werk in tehuizen voor kinderen en de instellingen voor preventieve geneeskunde. In de meeste streken van ons land en vooral daar waar de bevolkingsdichtheid groot is, kiezen de ouders vaak spontaan voor een kinderarts om hun kind te begeleiden.

Het aantal meldingen op de afdelingen spoedgevallen neemt in zijn totaliteit elk jaar toe. Het aandeel hierin van kinderen wordt verhoudingsgewijze groter. Op deze afdelingen bieden ouders met zieke kinderen zich vaak aan zonder verwijzing. Niet overal kunnen deze kinderen door de kinderarts opgevangen worden.

Teveel kinderen worden verder nog onderzocht, behandeld en gevolgd door specialisten die onvoldoende met de kindergeneeskunde vertrouwd zijn. In vele van deze gevallen zou een kinderarts efficiënter kunnen optreden.

PERSPECTIEVEN : Voor de eerstelijnszorg van hun kind moet de ouders de vrije keuze krijgen om voor hun kind een kinderarts te kiezen.

Zoals voor andere behandelende artsen moeten ook voor deze artsen-voor-kinderen dezelfde rechten en plichten gelden, zoals het beheren van het medisch dossier, het verwijzen naar subspecialistische collegae, bezoek aan gehospitaliseerde kinderen, continuïteit van de zorgen enz.

Kinderartsen hebben recht op een centrale rol in de verzorging van kinderen. Ze moeten derhalve samen met de huisartsen betrokken worden bij de organisatie van de eerstelijnszorg voor kinderen.

Elk kind dat zich op een urgentiedienst meldt, valt onder de bevoegdheid van de kinderarts. De organisatie van de opvang van acuut zieke kinderen moet onder verantwoordelijkheid van de kinderarts gebeuren in samenwerking met de bestaande structuren.

Dr Michel PLETINCX
Voorzitter van de
Belgische Academie voor
Kindergeneeskunde

Prof. Willem PROESMANS
Ondervoorzitter van de
Belgische Academie voor
Kindergeneeskunde

STANDPUNT OFTALMOLOGIE

Brief van de Belgische Vereniging voor Oogheelkundigen aan Mevrouw de Minister van Volksgezondheid, M. Aelvoet

Geachte Mevrouw de Minister,

In een rondschrĳven betreffende de "**Ondersteuning en structurering van de eerste lijnsgezondheidszorg**" vroeg U de verschillende Beroepsverenigingen uw voorstel kritisch te evalueren.

Wij zijn vereerd dat U naar onze mening vraagt alvorens beslissingen te treffen die een aanzienlijk impact kunnen hebben op de kwaliteit van de zorgen.

Onze beroepsvereniging is overtuigd dat de oogartsen altijd een eerste lijnsfunctie moeten bekleden en dit wegens de aard van hun specialisme.

Uit ervaring weten wij dat de huisartsen bij banale ongevallen met succes de eerste zorgen kunnen verlenen maar, uiteraard beschikken zij nòch over de kennis nòch over de apparatuur om bij de overige oogaandoeningen een differentiële diagnose te stellen en de adequate behandeling toe te passen.

Het is trouwens om deze reden dat een kandidaat oogarts na zijn volledige studies van geneeskunde nog 4 à 5 jaar moet specialiseren om de nodige kennis te verwerven.

Bijgevolg impliceert de behandeling van de oogaandoeningen door niet oogartsen, een medico-legale situatie waarbij de beoefenaar niet vrijuit kan gaan in geval van verkeerde diagnose en behandeling. Wij denken aan de regelmatige klachten die wij nù reeds van patiënten horen bij gemiste gevallen van Herpes van de cornea, iritis, glaucoom, virale ontstekingen, etc.

Een bijkomende beschouwing is louter van financiële aard : het feit van de verplichte systematische verwijzing door de huisarts van elk nieuw geval van oogklachten, zou een nutteloze extra uitgave voor het ziekenfonds van rond het half miljard betekenen.

In de hoop dat deze bemerkingsen kunnen bijdragen tot het in stand houden van de kwaliteit van de zorgen in België,

Hoogachtend,

STANDPUNT N.K.O.

Persbericht

Luik, 13 oktober 2000

Op 10/10/2000 zijn de bestuurscomités van de Beroepsvereniging NKO en de monospecialistische commissie NKO in vergadering bijeengekomen.

Zij hebben kennis genomen van de standpunten van de diverse groeperingen over de eerstelijnszorg.

Ze stellen vast dat de « eerstelijnszorg » wordt gedefinieerd als het eerste contact van de patiënt met een beroepsbeoefenaar van de gezondheidszorg (huisarts, tandarts, apotheker, verschillende geneesheren-specialisten (kinderartsen, oogartsen, neus-keel- en oorartsen, gynecologen, enz ...) zelfs met paramedici (kinesisten, logopedisten, psychologen, parallelle geneeskunde, ...) en dat velen trachten hun aandeel te valideren en zelfs een monopolie trachten te bekomen.

Zij stellen vast dat sommigen de essentiële belangrijke rol van de gespecialiseerde geneeskunde hierin betwisten.

Zij zijn van mening dat de patiënt centraal staat en hierbij bijgevolg als eerste betrokken is, en dat deze laatste uit hoofde van de wet, de deontologische plichtenleer en het algemeen belang, vrij de geneesheer kan kiezen die hij voor zijn probleem wil raadplegen

De maatschappelijke evolutie en de ervaring met de verschillende behandelingswijzen die de patiënt vandaag heeft, maken dat hij de best geplaatste persoon is om de juiste keuze te maken.

Elke reglementering, elke administratieve of financiële dwang met het oog op een belemmering van de vrije keuze is een sociale regressie : gezondheid is dermate belangrijk dat de patiënt het recht moet hebben om de meest bevoegde geneesheer te raadplegen voor zijn probleem.

Het sleutelement van deze vrije keuze is de kwaliteit van de dienstverlening.

Elke geneesheer die geraadpleegd wordt, huisarts of specialist, moet aan elke andere geneesheer die betrokken is bij de behandeling alle, voor deze behandeling nuttige elementen overmaken.

De samenwerking onder alle geneesheren is van essentieel belang.

De Voorzitter,
Dr Jean GELIN.

DE DUITSE BEVOLKING SPREEKT ZICH UIT OVER DE VRIJE KEUZE VAN GENEESHEER

Uittreksel uit een rondvraag die op verzoek van de Kamer der Geneesheren van Noord-Rijnland werd uitgevoerd - D. Cosler en L. Klaes (in samenwerking met U. Raven en R. Relche) - (Chirurg BDC, 38. Jg., N 6/1999).

Het artsenkorps, de ziekenfondsen en de verantwoordelijken voor het gezondheidsbeleid zijn het er fundamenteel over eens dat de vrije keuze van geneesheer een bijzonder waardevol recht is, doch menen terzelfdertijd dat er maatregelen moeten kunnen getroffen worden om het ongepast of overmatig raadplegen van een geneesheer te beperken of minstens te bemoeilijken, teneinde de patiënten kwaliteitszorgen te kunnen waarborgen die beantwoorden aan de behoefte en die financieel gedekt zijn. Als het evenwel aankomt op het bepalen van de meest geschikte maatregelen om hiertoe te komen, bestaat er geen consensus tussen de verschillende betrokken partijen, zelfs niet in de schoot van het artsenkorps, tussen bv. een groot aantal huisartsen enerzijds en de geneesheren-specialisten anderzijds. De standpunten variëren van een principiële weigering van enige beperking van de vrije keuze van geneesheer tot relatief strenge toegangsregels die kaderen in zogenaamde « huisarts- concepten ».

Terwijl de voorstanders van het eerste standpunt verder gaan in hun ijver om te beantwoorden aan de nood aan hervorming, door structurele verbeteringen voor te stellen op het vlak van de patiënt-informatie, de arts-patiënt relatie en de onderlinge communicatie tussen geneesheren, leggen de voorstanders van de « huisartsenmodellen » de klemtoon op de coördinatie- en verwijzfunctie van de huisarts.

Welke de meest geschikte weg is om de patiënt bij de uitoefening van zijn onbetwistbaar recht op vrije artskeuze te steunen of te leiden, zal tenslotte, over het uit eigenbelang geleide standpunt heen, ook om louter zakelijke redenen omstreden blijven zolang er geen objectieve gegevens voor een dergelijke beoordeling beschikbaar zijn.

Het feit dat er geen gefundeerde informatie beschikbaar is over het standpunt van de bevolking tenoverstaan van de vrije artskeuze, haar perceptie van die vrije keuze, het belang dat ze aan dit recht hecht, de opvattingen en oriënteringen die terzake gelden en de manier waarop dit wordt vertaald, is een zware lacune in het huidige debat.

Om hieraan te verhelpen heeft de Artsenkamer van Noord-Rijnland in de herfst 1998 het « Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands » (Wetenschappelijk instituut der Duitse artsen) de opdracht gegeven een representatieve rondvraag te organiseren bij de volwassen bevolking in de geografische zone die de Kamer vertegenwoordigt.

Hierna stellen wij de resultaten voor van de telefonische rondvraag die in november en december 1998 werd gerealiseerd. Nu deze gegevens gekend zijn, moet bij verdere besprekingen niet langer gespeculeerd worden over de (vermoedelijke) desiderata van de patiënten.

Een empirische analyse maakt het mogelijk de structuren van de gezondheidszorg en de hervorming ervan aan te passen aan de werkelijke standpunten, belangen en voorkeuren van de patiënten. Zich uitsprekend over de vrije artskeuze, geeft de bevolking ook impliciet aan of zij al dan niet voorstander is van ambulante zorgen, gebaseerd op het vrije statuut van de geneesheer, dan wel van een meer geïnstitutionaliseerde geneeskunde.

Opdat deze studie zou kunnen helpen de gemoederen te bedaren, die in dit debat over de vrije artskeuze vaak hoog opslaan, worden geen begrippen gehanteerd die mettertijd slagzinnen geworden zijn voor de ene of andere groep.

Zo hanteren de huisartsen erg uiteenlopende concepten, gaande van een meer uitgebreide raadpleging tot het toekennen van een relatief omvangrijke coördinatiefunctie aan de huisarts. Hierna zal over het algemeen het begrip « huisarts », of « huisartsen-model » of « huisartsenprincipe » gehanteerd worden. Behalve wanneer er uit de gebruikskontekst expliciet iets anders kan worden afgeleid, wordt dit begrip niet gebruikt in een extreme betekenis doch in een eerder gematigde begripsinhoud.

De 10 belangrijkste besluiten uit deze enquête, kunnen als volgt worden samengevat :

1. Wat de vrije artskeuze betreft, behaalt de vrije huisartskeuze een recordscore van 99 % die nauwelijks nog verbeterd kan worden. Vervolgens komt de keuzevrijheid van de specialist die bij verwijzing wordt geraadpleegd (96 %) en het recht om op gelijk welk ogenblik een tweede advies van een andere geneesheer in te winnen (95 %).
2. 91 % van de bevolking heeft een huisarts die tevens de geneesheer is die het vaakst wordt geraadpleegd. Een dergelijke houding tenoverstaan van de artskeuze sluit perfect aan bij de wettelijke bepalingen van § 73 (3) van het Sozialgesetzbuch (sociale wetgeving) V (vrije keuze van de arts) die stellen dat de sociale verzekerde zich een huisarts moet kiezen.
3. Het frequent veranderen van geneesheer is slechts een marginaal fenomeen. 93 % van de ondervraagden meldden dat ze tijdens de voorbije 12 maanden voor hun behandeling noch van huisarts noch van specialist waren veranderd.
4. De persoonlijke verhouding tussen patiënt en geneesheer scoort hoog. 92 % van de ondervraagden vindt persoonlijk contact met de geneesheer belangrijk om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Slechts een minderheid (18 %) overweegt om in de toekomst een persoonlijke relatie met de geneesheer op te bouwen via een beeldscherm bij hen thuis. Deze mogelijkheid geniet over het algemeen de voorkeur van jongeren, mannen en de hogere bevolgingsklasse.
5. De twee derden van de ondervraagden richten zich, met hun gezondheids-problemen, eerst tot de huisarts als « festen Ansprechpartner ». Niettegenstaande de huisarts algemeen aanvaard wordt als eerste contactpersoon, reikt het vertrouwen niet zover dat men hem een exclusieve coördinatiefunctie wenst toe te vertrouwen. Tijdens het voorbije jaar, heeft immers 73 % van de ondervraagden met een vaste huisarts, rechtstreeks, m.a.w. zonder verwijzing, een geneesheer-specialist geraadpleegd. Slechts 13 % raadpleegt meestal na verwijzing een geneesheer-specialist.
6. De meesten vinden het onaanvaardbaar dat ze om financiële redenen van de vrije artskeuze moeten afzien. Daarenboven weigert nagenoeg 60 % maatregelen tot vermindering van de gezondheidsuitgaven of tot toekenning van persoonlijke financiële voordelen. Slechts een kwart van de bevolking stemt hiermee in . De meerderheid van de ondervraagden is het in principe eens met beperkingen op voorwaarde dat deze gepaard gaan met een kwaliteitstoename.
7. Indien een systeem wordt ingesteld met de huisarts als coördinator, zal de meerderheid van de bevolking (61 %) niet aanvaarden dat dit leidt toe een beperking van de toegang tot gespecialiseerde zorgverlening.

8. De ondervraagden van minder dan 30 jaar hechten belang aan de vrije artskenkeuze, doch in mindere mate dan de ouderen. De jongeren zijn ook eerder bereid om beperkingen inzake vrije artskenkeuze te aanvaarden en hechten relatief meer belang aan persoonlijke financiële voordelen. De jongeren zijn eerder voorstander van een sterkere rol van de huisarts. Ze zijn ook voorstander van een relatief hoog huisartsenquotum.
9. Er wordt belangrijk voorbehoud gemaakt tegen een systeem waarin de behandelende geneesheren-specialisten onderling verwisselbaar zijn, waardoor deze laatste niet langer gezien kan worden als een individu waarmee de persoonlijke vertrouwensrelatie patiënt-geneesheer kan tot stand komen. 78 % van de bevolking verwerpt een dergelijk systeem. Deze score kan aanzien worden als een veto tegen geïnstitutionaliseerde geneeskunde.
10. De patiënt wil een beroep kunnen doen op een begrijpende geneesheer die zijn behoeften au serieux neemt en zich niet beperkt tot het geven van uitleg over zijn bevindingen en zijn voorschriften maar die de patiënt actief betreft in het beslissingsproces. De patiënt wenst in ruil voor het vertrouwen dat hij in de geneesheer stelt, begrip voor zijn eigen bevoegdheden, ervaring, angsten en onzekerheidsgevoel.

Dr L. Klaes
D. Cosler.

Wissenschaftliches Institut des Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V. Godesberger Allee 54 - D-53175 Bonn

DE JAARLIJKSE STATISTISCHE BEVRAGING VAN DE ZIEKENHUIZEN: TE PAS EN TE ONPAS?

(Omzendbrief aan de Medische Raden)

De ziekenhuizen ontvingen enkele weken geleden een bijzonder uitvoerige bevraging over de medische activiteiten in de instellingen, op basis van de vragenlijst van het federale ministerie van Volksgezondheid (bijlage M.B. van 24.07.2000 - B.S. van 7.09.2000). Deze vragenlijst heeft al heel wat bedenkingen en reacties uitgelokt, o.m. ook vanwege sommige ziekenhuisorganisaties, die het niet namen dat men hen een onredelijk korte bedenktijd liet om erop te antwoorden. Maar vooral van medische zijde lijken sommige vragen inhoudelijk zeer bedenkelijk.

Men kan zich immers niet ontdoen van de indruk dat de vragenlijst werd opgesteld om een aantal effecten te veroorzaken die niet noodzakelijk gezonde en keurige beleidsopties in de hand werken. Zo worden, gespreid over de verschillende medische geledingen van het ziekenhuis, maar liefst een veertigtal nieuwe benamingen van disciplines, bijzondere bekwaamheden en opdelingen van specialismen ingelast, alsof onze overheid plots de Italiaanse toer op wil: anesthesisten met bijzondere bekwaamheid in de hartchirurgie, radiologen met bijzondere bekwaamheid in de pediatische radiologie, artsen met bijzondere bekwaming in de andrologie, enz... Wie gaat die titulatuur toekennen? De universiteiten? Het ligt er inderdaad vingerdik op dat deze vragenlijsten opgesteld werden vanuit een universitaire denkcel, vermoedelijk op zoektocht naar een nieuwe opleidingsdynamiek, nu de « numerus programmatus » het aantal opleidings-plaatsen doet inkrimpen. Maar als men zo voortgaat, zitten we nog vóór 2010 met een alles overweldigende balkanisering van de geneeskunde!

Vermits de vragenlijst nu ook moet beantwoord worden ten behoeve van de overheid die bevoegd is voor de erkenning van diensten, nl. de Gemeenschappen, zal een ziekenhuisbeheerder logischerwijze niet nalaten om zorgvuldig alle vakjes in te vullen. Dergelijke werkwijze heeft dan ook een weliswaar subtiel, doch onvermijdelijk effect van maximalisatie van het medisch aanbod. En gelijkaardige impulsen zullen ook op het vlak van de technische infrastructuur een gelijksoortig effect veroorzaken. Is zoiets echt wenselijk ? Precies op het ogenblik dat de federale overheid opties formuleert die tegen die tendensen wensen in te gaan. Eerlijk gezegd, we begrijpen de ratio niet.

Op het ogenblik dat de overheid aanstalten maakt om in haar nieuw financierings-beleid van de ziekenhuizen, de specifieke functies van de universiteiten, nl. opleiding en research, via afzonderlijke bronnen te financieren -iets dat al jaren werkelijkheid had moeten zijn- is het zeker ongepast om een globale doorlichting van het ziekenhuiswezen te organiseren vanuit het torenhoog zorgaanbod van de universitaire instellingen.

Verder stellen zich ook een reeks vragen over de wijze waarop de bevraging wordt georganiseerd. Enerzijds de onrealistische tijdsdruk, die een ondoordachte beantwoording in de hand werkt en redelijk overleg binnen de medisch staf zo goed als onmogelijk maakt. Want het gaat hier essentieel over de interne organisatie van het medisch departement, elementen die structureel en wettelijk de raadpleging van de medische raad vergen. De vragenlijst gaat immers uit van een bepaalde visie over organisatiestructuren, waarbij toekomstgericht medisch-organisatorische functies in leven worden geroepen, waarvoor zelfs niet ééns erkenningsnormen bestaan, maar die men impliciet kan begrijpen als anticiperend op toekomstig normatief ingrijpen. Wie is bvb. de medisch-verantwoordelijke voor de oncologische zorg in het ziekenhuis? Werd de medische raad daarover geraadpleegd? Werd de medische staf die werkzaam is in de oncologische zorg daarbij betrokken? Werden de medische raad en de betrokken artsen zelfs ingelicht over het antwoord dat een de overheid werd bezorgd? Werden in de fusieziekenhuizen de artsen van de verschillende vestigingsplaatsen bij de beantwoording betrokken?

Volgens de toelichtende nota wordt ervan uitgegaan dat de gevraagde inlichtingen betrekking hebben op de bestaande toestand van het voorgaande jaar, nl. op 31.12.99. Een nogal zonderlinge werkwijze om retroactief gerichte vragen te stellen omtrent norm-anticiperende materies. Mag men verwachten dat de normen zullen bepaald worden in functie deze subtiele gegevensinzameling over een recent verleden? Een elegante manier om problemen van « voorkennis » uit te schakelen: ze inbouwen in het te normeren profiel...

De Franse versie van de toelichting zegt dat, na deze eerste bevraging « alleen de bijwerking van de gegevens zal nodig zijn », in de zin van: « als jullie nadien nog iets willen veranderen, deel het dan maar mee! ». In de Nederlandse versie geen woord daarover. Wij menen dan ook dat de medische Raden van de ziekenhuizen in kennis moeten gesteld worden van de antwoorden die door de ziekenhuisbeheerder werden gegeven zodat, waar nodig, een passend overleg met de betrokken medische staf wordt georganiseerd om eventuele wijzigingen of aanpassingen aan te brengen.

In bijlage bezorgen wij een overzicht van de vragen die gesteld worden m.b.t. de specifiek medische organisatie en activiteit. Alle bemerkingen en suggesties zijn uiteraard welkom en zullen ten gepasten tijde opgenomen worden in een globaal lastenkohier gericht aan de overheid.

Tenslotte stellen zich een ganse reeks vragen betreffende de confidentialiteit van de persoonsgegevens die via de beantwoording van de vragenlijst verwerkt worden. Luidens art 156 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, mag de Technische Cel van de Overlegstructuur binnen het departement Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu geen gegevens ter beschikking stellen waarbij een natuurlijke persoon is geïdentificeerd. De opgevraagde namen en identificatie-nummers van de betrokken geneesheren beantwoorden dus niet aan dat veiligheids criterium. Men ziet niet in waarom die vereisten inzake bescherming van de privacy anders zouden liggen voor het Ministerie van Volksgezondheid, hetzij op federaal, hetzij op gemeenschapsniveau. Die artsen worden trouwens niet vergoed door de verpleegdagprijs en zijn in geen enkel opzicht verantwoordelijk voor hetgeen de ziekenhuisbeheerder hen betreffend mededeelt aan het Ministerie.

N.B. De volledige vragenlijst kan geraadpleegd worden de website van het VBS ([http:// www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org)) Wij bezorgen uiteraard een volledige gedrukt exemplaar op eenvoudige vraag bij ons secretariaat.

Beknopte vragenlijst aan de Medische Raden

Naam ziekenhuis..... Vestigingsplaats:.....
Medische Raad: Voorzitter: Dr.....
Secretaris: Dr.....
Tel..... Fax.....
e-mail:.....

1. Werd de Medische Raad geraadpleegd over de invulling van de vragenlijst van het Ministerie van Volksgezondheid : JA / NEEN
-volledig? JA / NEEN
-gedeeltelijk? JA / NEEN
-over deel I (algemene gegevens) JA / NEEN
-over deel II(zorgprogramma's, medische en medisch-technische diensten, functies en afdelingen) JA / NEEN
-over deel III (ambulante functie) JA / NEEN
-over deel IV (kwaliteitsbeleid) JA / NEEN

2. Werd uitsluitend rechtstreeks overleg gepleegd met de verantwoordelijken van de diensten, functies, afdelingen, enz...) JA / NEEN

Zo ja, welke diensten, functies afdelingen:.....
.....
.....
.....

3. Werd de Medische Raad ingelicht over de antwoorden bezorgd aan het Ministerie van Volksgezondheid? JA / NEEN
-volledig? JA / NEEN
-gedeeltelijk? JA / NEEN

Zo ja, welke delen.....
.....
.....
.....

4. Heeft uw Medische Raad het voornemen voormelde inlichtingen op te vragen en te bespreken? JA / NEEN

5. Bemerkingen en/of voorstellen m.b.t. de vragenlijst van het Ministerie van Volksgezondheid:.....
.....
.....
.....

Datum:

Handtekening:

ONTWERP GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN GERECHTELIJKE GENEESKUNDE

(Ontwerp van) Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van gerechtelijke geneeskunde.

[...]

HOOFDSTUK 1 - *Algemene bepalingen*

Artikel 1. Dit besluit bepaalt:

- a) de bijzondere criteria voor de opleiding en de erkenning van de geneesheren die de titel van wetsgeneesheer wensen te bekomen;
- b) de bijzondere erkenningscriteria voor de stagemeeesters in de gerechtelijke geneeskunde;
- c) de bijzondere erkenningscriteria voor de stagediensten in de gerechtelijke geneeskunde.

HOOFDSTUK 2 - *Criteria voor de opleiding en de erkenning van wetsgeneesheren*

Art. 2. De kandidaat-specialist die wenst erkend te worden om de bijzondere beroepstitel van wetsgeneesheer te mogen voeren, moet aan de volgende criteria voor de opleiding, de erkenning en het behoud van de erkenning van geneesheren-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde beantwoorden:

1. De kandidaat-specialist moet aan de algemene criteria voor de opleiding en de erkenning van de geneesheren-specialisten beantwoorden.
2. De duur van de opleiding bedraagt ten minste vijf jaar.
3. Structuur van de opleiding:

– minstens 12 maanden theoretische opleiding in de expertisegeneeskunde in de schoot van een door de kandidaat gekozen universitaire faculteit, die o.a. een opleiding omvat tot het aansprakelijkheidsrecht, de expertiseprocedure, de medische evaluatie van de menselijke schade in de verschillende medische specialiteiten, alsook tot het evalueren van lichamelijke schade;

- minstens 18 maanden stage in pathologische anatomie in één of meerdere erkende stagediensten volgens een coherent stageplan dat vooraf aan de goedkeuring van de erkenningscommissie werd voorgelegd;

- 30 maanden stage in de gerechtelijke geneeskunde in één of meerdere erkende diensten volgens een coherent stageplan dat vooraf aan de goedkeuring van de erkenningscommissie werd voorgelegd ; de kandidaat zal gedurende deze stages een specifieke opleiding moeten volgen o.a. in de klinische gerechtelijke geneeskunde, thanatologie, toxicologie, criminalistiek, strafrecht en technieken ter analyse van biologische sporen.

4. De kandidaat-specialist zal een stageboekje bijhouden, waarin hij over alle activiteiten rapporteert. Dit stageboekje zal elk jaar door de coördinator en de andere betrokken stagemeeesters getekend worden.

5. De kandidaat-specialist zal geleidelijk in zijn werkzaamheden een grotere verantwoordelijkheid op zich nemen. Hij zal in zijn stageboekje de lijst bijhouden van de handelingen die hij persoonlijk heeft uitgevoerd of waaraan hij heeft deelgenomen. Tevens zal hij erin de seminaria, leergangen of andere didactische activiteiten noteren die hij in de loop van zijn opleiding heeft bijgewoond.

6. Ieder jaar zullen de stagemeeester en de kandidaat-specialist een evaluatie van de stage aan de bevoegde erkenningscommissie zenden.

7. De kandidaat-specialist moet ten minste éénmaal in de loop van zijn opleiding een mededeling doen in een door de erkenningscommissie erkende wetenschappelijke vergadering en een artikel publiceren over een wetenschappelijk onderwerp in verband met de gerechtelijke geneeskunde in een door de erkenningscommissie aanvaard tijdschrift.

8. Op het einde van de opleiding evalueert de bevoegde kamer van de erkenningscommissie of de kandidaat aan alle wettelijke voorwaarden beantwoordt om als specialist in de gerechtelijke geneeskunde erkend te worden. Daarvoor gebruikt zij o.a.:

- a) De informatie in het stageboekje;
- b) De jaarlijks uitgebrachte evaluaties en commentaren van de stagemeester

HOOFDSTUK 3 - *Criteria voor de erkenning van de stagemeesters in de gerechtelijke geneeskunde*

Art. 3. De kandidaat-stagemeester die wenst erkend te worden om de opleiding van kandidaat-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde te verzekeren, moet aan de volgende erkenningscriteria beantwoorden:

1. De stagemeester moet aan de algemene criteria voor de erkenning van de stagemeesters beantwoorden.
2. De stagemeester dient een volle dagtaak (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in zijn dienst werkzaam te zijn en er het grootste deel van zijn tijd te besteden aan activiteiten van zijn specialisme.
3. De stagemeester moet beschikken over ten minste één medewerker-specialist in de gerechtelijke geneeskunde of in de pathologische anatomie.
4. De stagemeester moet ervoor zorgen dat de kandidaat-specialist in contact blijft met de volgende medische disciplines : pathologische anatomie, orthopedie, psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, tandheelkunde, plastische en reconstructieve heelkunde, fysische geneeskunde en revalidatie.

HOOFDSTUK 4 - *Criteria voor de erkenning van de stagediensten*

Art. 4.

1. De dienst moet aan de algemene criteria voor de erkenning van de stagediensten beantwoorden.
2. De dienst moet deel uitmaken van een universiteit of van een interuniversitair netwerk voor gerechtelijke geneeskunde.

HOOFDSTUK 5 - *Overgangsbepalingen*

Art. 5. In afwijking van artikel 2 kan als wetsgeneesheer erkend worden, de geneesheer-specialist die algemeen bekend staat als bekwaam in de gerechtelijke geneeskunde of die het bewijs levert dat hij, sedert ten minste tien jaar na zijn erkenning als huisarts, deze discipline op een substantiële en belangrijke manier uitoefent, met een voldoende kennis terzake. Hij dient daartoe binnen twee jaar na de datum van inwerkingtreding van dit besluit een aanvraag in te dienen.

Het bewijs dat hij algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam kan geleverd worden o.a. door persoonlijke publicaties, zijn deelname aan nationale en internationale congressen, aan wetenschappelijke vergaderingen m.b.t. gerechtelijke of expertisegeneeskunde en aan gerechtelijke expertises.

PNEUMOLOGIE-PRIJS N.F.W.O. - MADELEINE TOUSSAINT 2001

- Art. 1. Ten einde het onderzoek inzake thoracale aandoeningen en in het bijzonder de chronische cardio-respiratoire insufficiëntie aan te moedigen, stelt de Studiegroep voor Chronische Broncho-pulmonale Aandoeningen bij het N.F.W.O. een Prijs in ter nagedachtenis van Dr. Madeleine TOUSSAINT (1894-1961), lid van de Belgische Vereniging voor Pneumologie die haar ganse leven wijdde aan de strijd tegen tuberculose en ademhalingsstoornissen.
- Art. 2. Deze Prijs, genaamd "Pneumologie-Prijs N.F.W.O. - Madeleine Toussaint", is voorbehouden aan een individueel of aan een groepswerk ingediend door één of meerdere onderzoekers (max. 3 voor eenzelfde werk).
- Art. 3. De Prijs bedraagt **1.000.000 BEF** (25.000 EUR) en zal voor de derde maal toegekend worden in 2001.
- Art. 4. De Prijs zal voor de helft dienen als beloning van de laureaat of laureaten; de andere helft is bestemd voor het onderzoek doorgevoerd in het laboratorium van de begunstigde(n).
- Art. 5. De Prijs zal **een originele of een diepgaande wetenschappelijke bijdrage op klinische basis, in het domein van de broncho-pulmonale aandoeningen uitgebreid tot de samenhang hart-long, bekronen.** Werken in verband met kanker zijn uitgesloten.

- Art. 6. Het voorgestelde werk mag reeds gedeeltelijk gepubliceerd zijn, maar mag nog niet eerder in zijn geheel zijn voorgesteld of gepubliceerd. Het memorandum zal in het Engels opgesteld worden en dient een in dezelfde taal gestelde substantiële samenvatting te omvatten.
- Art. 7. De kandidaten dienen houder te zijn van een diploma van Arts, onderdaan te zijn van een lidstaat uit de Europese Unie en jonger dan 45 jaar.
- Art. 8. De kandidaturen dienen in het Engels op de daartoe bestemde formulieren ingediend te worden. Voor de eerstvolgende periode dienen ze **vóór 1 februari 2001** onder vertrouwelijke omslag op het secretariaat-generaal van het N.F.W.O., Egmontstraat 5 te 1000 Brussel, ingediend te worden, vergezeld van onderstaande documenten :
- 1) een curriculum vitae van de kandidaat of van elk der kandidaten,
 - 2) een exemplaar van zijn of hun werk, getikt en opgesteld in het Engels,
 - 3) een publicatielijst over de laatste vijf jaar,
 - 4) twee foto's (13 x 18) van de kandidaat of kandidaten.
- Art. 9. De Prijs zal door de Raad van Bestuur van het N.F.W.O. worden toegekend op voorstel van de bevoegde Wetenschappelijke Commissie en volgens de in het Nationaal Fonds geldende reglementen en jurisprudentie.
- Art. 10. In deze Jury zullen eveneens twee leden uit het Bureau van de Belgische Vereniging voor Pneumologie en twee leden uit de Studiegroep voor Chronische Broncho-pulmonale Aandoeningen, zetelen.
- Art. 11. In geen geval mag er een familiale band of een regelmatige wetenschappelijke samenwerking bestaan tussen een effectief lid van de Jury en een kandidaat.
- Art. 12. In geval de Jury oordeelt dat geen enkel voorgedragen werk een voldoende wetenschappelijke waarde heeft, zal de Prijs niet toegekend worden, maar naar een later jaar verdaagd worden.
- Art. 13. In geval van publicatie van het bekroonde werk dient de "Prijs N.F.W.O. - Madeleine Toussaint - 2001" er in vermeld te worden.
- Art. 14. Alle eventuele problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen, alsook deze omtrent de toekenning van de Prijs zelf, worden, zonder mogelijkheid van verhaal, door het N.F.W.O. beslecht.
- Art. 15. De kandidaten mogen nog geen prijs ontvangen hebben ter bekroning van hetzelfde werk.

UITREIKING WETENSCHAPPELIJKE PRIJZEN THERABEL N.V. – 19.10.2000

- **De Wetenschappelijke Prijs Therabel n.v. - Divisie Therabel Pharma n.v.** is toegekend aan :
Dhr Julian DONCKIER, "Docteur en Médecine", "Agrégé de l'Enseignement Supérieur", "Chef de service, Professeur clinique, Chargé de cours P.T." aan de "Cliniques Universitaires Mont-Godinne, Université Catholique de Louvain" voor zijn werk :
"Antagonisme van endotheline en activering van stikstofmonoxide door beta-3-andrenerge stimulatie : nieuwe therapeutische paden voor de arteriële hypertensie".
- **De Wetenschappelijke Prijs Bio-Therabel/AstraZeneca** is toegekend aan :
Dhr Jan TACK, Doctor in de Geneeskunde, Geaggregeerde voor het Hoger Onderwijs, Fundamenteel Klinisch Mandaat F.W.O. - K.U. Leuven, Deeltijds hoofddocent en Adjunct-kliniekhoofd aan de Katholieke Universiteit Leuven voor zijn werk :
"De rol van serotonine receptoren in de controle en farmacotherapie van gastrointestinale functies".

AANKONDIGINGEN

- 00071 **BRUSSEL** : Privé medisch centrum (1080 Brussel - Jubelfeestlaan) zoekt : een **CARDIOLOOG**. Tel. 02/425.18.94.
- 00086 **FRANCE** : A 1h½ de Bruxelles, **RADIOLOGUE** installé cherche collaborateur pour exercice en cabinet privé (RX général, vacation scanner et IRM) et pour service RX en clinique privée. Tél. : 00.33.3.24.55.59.97 / GSM : 075.48.87.78.
- 00087 **BRUSSEL** : **OOGHEELKUNDIGE** gezocht door Brussels ziekenhuis voor operatoire assistenties, fluoangios en eventueel raadplegingen. Tel. : 02/649.73.31.

- 00090 **BRUSSEL** : Privé medisch centrum (1080 Brussel) zoekt : een **REUMATOLOOG OF FYSIOTHERAPEUT** en een **KINDERARTS**. Tel. : 02/425.66.19.
- 00091 **TE KOOP** : volledige RX zaal in goede toestand. Télévix II met Télémax generator. Een Mammografie toestel Instrumentarium. Een Echotoestel Hitachi EUB 415 met 3 sondes waaronder endoluminale sonde (zeer goede kwaliteit echo). Verkoop wegens stopzetting privaat praktijk. Regio Brussel. Alles aan zeer redelijke prijs. Info: 075/27.00.28.
- 00092 **KNOKKE/BLANKENBERGE** : Gezondheidszorg Oostkust (A.Z. O.L. Vrouw Ter Linden te Knokke-Heist – A.Z. Koningin Fabiola te Blankenberge) is een middelgroot regionaal ziekenhuis met twee campussen met 321 bedden. Deze v.z.w. biedt werk aan ongeveer 700 werknemers en 60 geneesheren. In uitbreiding van het medisch korps hebben wij een vacature voor **SPECIALIST IN DE PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE HEELKUNDE** met bijzondere interesse voor esthetische heelkunde. Sollicitaties richten aan de Directie van de v.z.w. Gezondheidszorg Oostkust, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist. Inlichtingen bij Dr L. DEMAERTELAERE, Hoofdgeneesheer, of bij Heer D. DEMEULEMEESTER, Algemeen Directeur 050/633.111.
- 00093 **TE HUUR** : Consultatieruimte met garage en met bijkomend appartement te Mechelen. Te bevragen IMO Bruul 108 Mechelen. Tel. : 015/20.25.25.
- 00096 **DEURNE** : Het fusieziekenhuis Monica, Florent Pauwelslei 1 te 2100 Deurne, bestaande uit campus Ziekenhuis O.L. Vrouw Middelaars en campus Eeuwfeestkliniek, heeft een vacature voor een **GENEESHEER-INTERNIST-REUMATOLOOG**. Schriftelijke sollicitatie en curriculum vitae worden verwacht bij dhr. J. Van den Eede, voorzitter van de Raad van Beheer, dr. Ph. Gutwirth, voorzitter van de Medische Raad en dr. F. Van Camp, hoofdgeneesheer. Voor inlichtingen kan u contact opnemen met dr. F. Van Camp, hoofdgeneesheer, tel. 03/320.56.01, Florent Pauwelslei 1 te 2100 Deurne.
- 00097 Geneesheer-specialist stelt **MEDISCHE SECRETARESSE** deeltijds ter beschikking. Levert dactylowerk van onberispelijke kwaliteit. Zich wenden : 054/412.687 of 0476/74.99.30.
- 00100 **TE KOOP** : Onderzoeksstoel Maquet in perfecte staat geschikt voor gynaecologie en urologie, met spoelbak en verplaatsbare rug. Manueel omvormbaar tot een onderzoekstafel en met verplaatsbare rug. Bevragen : 's avonds tel. 03/353.30.12.

Inhoudstafel

• « Deadline » spoedgevallen – Wordt 1 december a.s. « Attestendag »?.....	1
• Het sociaal statuut 2000 : het exacte bedrag 100.022 BEF.....	3
• Oncologische zorgprogramma's.....	3
• Vernieuwd geneesmiddelenbeleid : Doelstellingen en beleidslijnen	7
• Ondersteuning en structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg.....	17
• De Duitse bevolking spreekt zich uit over de vrije keuze van geneesheer	20
• De jaarlijkse statistische bevraging van de ziekenhuizen: te pas en te onpas?.....	22
• Ontwerp - Geneesheren-specialisten in gerechtelijke geneeskunde	25
• Pneumologie-prijs N.F.W.O. - Madeleine Toussaint 2001.....	26
• Uitreiking Wetenschappelijke Prijzen Therabel n.v. – 19.10.2000.....	27
• Aankondigingen	27