

---

# 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° 9/ DECEMBER 2000**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## SPOEDGEVALLENZORG – OVERGANGSBEPALINGEN MET EEN JAAR VERLENGD

**Erkenningsnormen functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" - einde overgangstermijn op 1.12.2000 – Schrijven van Minister M.Aelvoet aan Prof. J. Gruwez (dd.1.12.2000)**

Het is inderdaad correct dat de overgangsbepaling, bedoeld in artikel 13, § 2, eerste lid, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden, gewijzigd bij koninklijk besluit van 26 maart 1999, in principe op 1 december 2000 verstrijkt. Deze overgangsbepaling voorziet dat de geneesheren-specialisten in één van de dertien basisdisciplines die de toegang verlenen tot de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, de minimale permanentie (tenminste één geneesheer) in hoger vermelde functie kunnen waarnemen.

Intussen kan ik u echter melden dat mijn collega van Sociale Zaken en ikzelf de nodige initiatieven nemen om bij toepassing van artikel 13, § 4, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om te worden erkend, alle overgangstermijnen uit hetzelfde artikel (§§ 1, 2 en 3) bij ministerieel besluit met één jaar te verlengen.

### **Belangrijke Bemerkingen:**

- 1. De maatregelen tot uitstel zijn er nog steeds niet. De attesten blijven noodzakelijk.**
- 2. Wie vóór 1 maart zijn attest niet heeft ingediend verliest definitief zijn gelijkschakeling met het "brevet acute geneeskunde". De aangekondigde verlenging van de overgangsbepalingen verandert daaraan niets!**

## NIEUWE IMPASSEN IN DE MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID?

***De aansprakelijkheidsproblematiek. In een interkabinetten-werkgroep was men er actief mee bezig. Tot voor kort, want inmiddels zitten de besprekingen alweer vast. Daarbuiten zijn er wel al nieuwe wetsvoorstellen komen opdagen, zoals een initiatief van Mevr. Anne-Marie LIZIN over de vergoeding van therapeutische ongevallen. Maar meer en meer groeit de interferentie met andere wetgevende initiatieven, zoals m.b.t. de patiëntenrechten en de euthanasie. Waar er enkele jaren geleden nog hoop was voor een redelijke oplossing, krijgt men vandaag meer en meer de indruk van een alles afsluitende impasse rond de aansprakelijkheid in het kader van de medische beroepsuitoefening.***

Alsof “alles weten” een evidentie is, “alles kunnen zeggen” een absolute verwachting, en “alles feilloos kunnen verrichten” een wezenlijk technische eigenschap van elk “ervaren specialist”. Ondanks het weinig dankbare verwijt dat hij “niet als God de Vader mag handelen”, wordt het zorgvuldigheidsprincipe, ingekleed in een modernistisch betoog, opgetrokken tot een resultaatsverbintenis, helaas in een bijna naïeve, negentiende eeuwse opvatting van het begrip “wetenschap”. Als mathematisch exact en onfeilbaar. Een abstractie die niet bestaat. Want van de “ervaren specialist” wordt volledige zekerheid verwacht, over heden, verleden en toekomst van de patiënt die voor hem staat, en volledige zekerheid over alles wat hij kan of zal ondernemen of wat een ander arts kan of zou kunnen ondernemen. Een abstract, steeds feilloos begrip “ervaren specialist”. En er is niemand, maar dan ook niemand die wil beseffen dat tegenover zo’n abstractie niet alleen de patiënt, maar ook de menselijke gedaante van die “ervaren specialist” volledig in haar blootje staat, zelfs bij de banaalste zorgvraag, want ook daarvoor kan hij zich op elk ogenblik aan de koudste douche verwachten.

Hoe zelfzeker kan dan nog die “ervaren specialist” zijn? Kan hij ooit nog beantwoorden aan die medico-legale abstractie die in de verwachtingen van de patiënt wordt gepompt?

Dat zoiets niet anders kan dan ontaarden in defensieve geneeskunde enerzijds en ellenlange horrorlijsten voor een “informed consent”-verklaringen anderzijds, ligt voor de hand. De medico-legale vraag naar een abstractie van de arts-patiënt relatie kan alleen beantwoord worden met andere abstracties, die van de meest volledig zekere zorgvuldigheid...op papier, of van de maximale dekking met woorden.

Is enig patiënt daarmee gediend? Wordt de zorgverlening daarmee iets beter in kwaliteit? In het dagelijks leven bestaan geen abstracties of hersenschimmen, en levende computers zijn er ook nog niet.

Maar elke defensieve abstractie wordt dan weer botweg verworpen, met een plots opstijgende, verbluffende zin voor realisme. In Duitsland werd een arts veroordeeld omdat hij een te lange lijst van mogelijke risico’s en complicaties had bezorgd aan zijn patiënt. Die had zich dus niet laten verzorgen.

## Abstracties bij de vleet

Dat is de kern van de huidige, zich ontwikkelende impasse: abstracties bij de vleet om mee te slaan, en de absolute onmacht om zich nog met enige abstractie te verdedigen. Want van de arts wordt gevraagd: bewijs nu zelf eens hoe die pure realiteit van uw menselijke zwakheden nog kan inpassen in de abstracte verwachtingen omtrent uw alvermogen en uw grenzeloze wetenschap. En niemand die inziet dat zo iets onzin is. Geen mens, zelfs de grootste held die de medische wetenschap gekend heeft, kan in al zijn eigenschappen beantwoorden aan de criteria van zo'n "opperwezen".

Hoe schizofreen wordt de medico-legale denkwereld? De volledige schaam- en schuldlast ligt bij de "ervaren magiër". Op geen enkel ander niveau van zorgverlening bestaat zo'n absolute abstractie. Integendeel, daar hanteert men per definitie de abstracte onvolmaaktheid, en blijft de schuldvraag, vol begrip voor ieders tekortkomingen, geformuleerd in termen van redelijke zorgvuldigheid. Hoe kan men iemand onzorgvuldigheid verwijten voor iets dat hij niet kan weten?

Is er een duidelijker - doch hoe waanzinnig lapidair - voorbeeld van abstractie dan deze die als referentie geldt in artikel 73 van de Wet Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen, om misbruiken inclusief de zgn. defensieve geneeskunde te beteugelen? *"Het onnodig dure karakter van onderzoeken en behandelingen en het overbodig karakter van verstrekkingen dienen geëvalueerd te worden in vergelijking met... (n.v.d.r.: en dan komt het!) ...de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen die een zorgverlener voorschrijft, verricht of laat verrichten in gelijkaardige omstandigheden"*.

Daar zit je dan gekneld met het alles overdonderende slagwoord "EBM". De achterliggende werkelijkheid is weliswaar dat de overheid geen centiem wil besteden aan defensieve geneeskunde, want elke meeruitgave komt automatisch in mindering verrekend van het daaropvolgende begrotingsjaar. Wie gisteren nog dacht dat in het kader van de ziekteverzekering een oplossing zou geboden worden voor de problematiek van de medische aansprakelijkheid, mag daar dus een kruis over trekken.

Maar in de medico-legale context evolueert duidelijk de rechtspraak in de richting van een omkering van de bewijslast. Het komt erop neer dat de arts zelf moet aantonen dat zijn daadwerkelijk handelen overeenstemt met de abstractie waaraan hij verwacht wordt te beantwoorden. Weliswaar niet die van het modaal sociaal-economische criterium (dat wat een zorgverlener doet in gelijkaardige omstandigheden), neen, die van de onfeilbare "ervaren specialist".

De gewezen en reeds voorliggende nieuwe ontwerpen inzake patiëntenrechten gaan gewoon uit van hetzelfde abstracte concept: de alleswetende, onfeilbare "ervaren specialist". Hij wordt verondersteld een feilloze diagnose mede te delen en exact alle kansen van alle mogelijke behandelingen, inclusief prognoses en resultaten te voorspellen. En op papier, alsjeblief, want hij moet ook kunnen aantonen dat alle informatie wel degelijk verstrekt werd, dat de patiënt die begrepen heeft en dat hij zijn instemming voor de behandeling of de onderzoeken heeft gegeven.

"Ervaren" impliceert nochtans ook de langdurige confrontatie met de werkelijkheid. De arts moet kunnen wikken en wegen. Hij mag niet overdrijven en de patiënt niet voor de volledige eventualiteiten van het abstracte risico-begrip plaatsen. Neen, dát moet realistisch blijven. Wie dus denkt aan het vastleggen van "informed consent"-lijsten via medisch consensus-model, moet zich nog éérs de moeite getroosten die lijsten volgens

wetenschappelijke methode uit te testen op hun psychologische verteerbaarheid, hun al dan niet dissuasief karakter, en op het begripsvermogen van elk type van patiënt. En dan nog zal de rechter vermoedelijk meer begrip opbrengen voor het onbegrip van de patiënt, dan voor de zorgvuldigheid van de mededeling van de geneesheer.

## **Nieuwe juridische logica**

De interkabinetten-werkgroep werkt aan een voorontwerp van wet waarin medische schade wordt behandeld volgens een Scandinavisch model en dat berust op drie pijlers:

-een systeem van “no-fault” vergoeding. Het wordt een beperkte vergoeding weliswaar, want - dixit een ervaren specialist in medisch aansprakelijkheidsrecht – anders is het systeem “onbetaalbaar”. Waaruit hij –en ook wij- meteen afleiden dat de vergoeding (van het onbetaalbare!) niet anders kan dan van een andere “pijler” komen, want hij meende wel dat de patiënt recht moet hebben op “volledige vergoeding”. Eerste dogma in de “logica” van het onbetaalbare: er moet toch iemand betalen!

-een systeem van verplichte Burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering. Als de patiënt niet tevreden is met de toegekende “no-fault”- vergoeding, moet hij de mogelijkheid hebben om op grond van een medische fout vergoeding te bekomen langs gerechtelijke weg. Dat diezelfde patiënt met de no-fault vergoeding meteen de middelen verwerft om toch zijn kans te wagen in een gerechtelijke procedure, zodat het aantal procedures onvermijdelijk zal toenemen, wordt in dit stadium minder belangrijk geacht. Logischerwijze bekijkt dezelfde “ervaren specialist” in medisch aansprakelijkheidsrecht die bemerking met enig Engels flegma: “I see the situation, but I don’t see the problem.” Van “no-fault” kunnen advocaten niet leven. Tweede dogma in de “logica” van het onbetaalbare: de “ervaren specialist” kan het wel! (Opdraaien voor het onbetaalbare, bedoelen we)

Weliswaar is er rond deze stelling een meningsverschil ontstaan in de interkabinetten-werkgroep. Een ander, zeker even “ervaren specialist” in medisch aansprakelijkheidsrecht blijft nog vasthouden aan de klassieke logica, en meent dat vordering van vergoeding langs gerechtelijke weg in dit geval slechts mogelijk mag zijn voor een zware fout.

-een systeem van ongevallenpreventie. Het is ongetwijfeld een bron van kwaliteitsverbetering dat een meer systematische opvolging van schadegegevens wordt georganiseerd, waaruit praktische beveiligingsregels worden uitgestippeld om mogelijke schadegevallen te voorkomen. Doch ook dit lokt enkele bedenkingen uit. Ten eerste zou het kortzichtig zijn te stellen dat er tot nog toe geen schadepreventie wordt toegepast. Ten tweede, is het inpassen van concrete preventierichtlijnen in het medisch functioneren niet altijd zo eenvoudig, en zeker niet in alle situaties. Bij spoedgevallen bijvoorbeeld. Ten derde, impliceert het instellen van preventierichtlijnen verzwaring van de appreciatie van de fout, in geval van niet-naleving, en bijgevolg verzwaring van de aansprakelijkheidskost. Men heeft ten andere geen “no-fault”-systeem nodig om aan ongevallenpreventie te doen. Wel is het duidelijk dat een zuiver “no fault”-systeem zoiets vergt (en in die context zou je wel enigszins de logica van koppeling aan een beperkte fout-aansprakelijkheid kunnen volgen). En tenslotte –daar gaat het ons in hoofdzaak om! - brengt ongevallenpreventie niet de minste oplossing voor de kostverzwarende juridische vitterij binnenin de huidige gehanteerde abstracte aansprakelijkheidsconcepten.

Het systeem van “no fault”- vergoeding neemt als criterium “de vermijdbare schade” veroorzaakt door het handelen (of niet handelen) van een “ervaren specialist”. Weer een absolute abstractie. Men vertrekt meteen van een uitgangspunt waar een onderscheid

wordt gemaakt tussen “onvermijdbare” en “vermijdbare” schade. Vermits het “schadefonds” deze kwalificatie van de schade bepaalt, zal het voor het slachtoffer meteen duidelijk zijn dat hij ook langs gerechtelijke weg vergoeding kan bekomen. Schade die per definitie vermijdbaar is, zal immers altijd wel aan iemand toe te schrijven zijn. Aan de “ervaren magiër” om aan te tonen dat het niet zijn fout was. Moderne juridische logica.

Maar –het was onvermijdelijk en ook logisch – er gaan al stemmen op om ook “onvermijdbare” schade in het vergoedingspakket op te nemen. Waarom zou men het slachtoffer van “vermijdbare schade” vergoeden, en het slachtoffer van tegenslag niet? Ook al wordt het systeem dan helemaal onbetaalbaar. Het gevolg van het toegepaste criterium (“vermijdbare schade) zal dan vermoedelijk ook zijn dat het “schadefonds” om humanitaire redenen met de tijd ook de neiging zal hebben om “onvermijdbare” schadegevallen in het vergoedingsstelsel op te nemen, net zoals het inmiddels verliep met de aansprakelijkheidsrechtspraak. Maar het gevolg zal dan zijn dat “onvermijdbare schade” als “vermijdbaar” wordt gekwalificeerd, zodat ook dáárvóór de “ervaren magiër” zich zal moeten verantwoorden. Ondanks het oorspronkelijke uitgangspunt: “no-fault” systeem! Toekomstige moderne logica.

### **En de aansprakelijkheidsverzekeringen?.**

Het ligt er vingerdik op dat er in die omstandigheden geen verbetering zal komen in de evolutie van de aansprakelijkheidspremies. Je moet geen “ervaren specialist” zijn om zoiets te voorspellen. De patiëntenrechten, die op hun beurt de professionele abstractie van de onfeilbare “ervaren specialist” in juridische termen en in een verruimd beeld zullen vastleggen, met bovendien de schizofrene “vermijdbare” “no-fault”-theorie die men alleen wil laten uitdraaien op een vergoeding van alles en een rechtsverhaal tegen alles waar een “ervaren specialist” bij betrokken is, kunnen niet anders dan de spiraal nog aanzwengelen tot in het oneindige.

In de interkabinetten-werkgroep wordt zelfs overwogen dat de artsen naast hun klassieke B.A.-verzekering ook nog een ongevallenverzekering zouden moeten afsluiten, om de schade van hun patiënten bij medische ongevallen te vergoeden. Nog eens een vergoeding voor het onbetaalbare. En de verzekeraars bekijken die nieuwe denkpiste met een stilzwijgend glimlachje, waarbij ze binnensmonds de woorden herhalen van de “ervaren specialist” in aansprakelijkheidsrecht: “I see the situation, but I don’t see the problem”. Uiteraard, want met dat probleem zitten alleen wij.

---

## **WETSVOORSTEL EUTHANASIE / AMENDEMENTEN**

Het VBS nam kennis van de recentste amendementen die voorgesteld werden door de senatoren Mahoux, Leduc, Monfils, Vanlerberghe, De Roeck en Vankrunkelsven. Wij geven ons rekenschap van de kwaliteit van het denkwerk dat hierbij geleverd werd t.a.v. deze uiterst moeilijke, quasi onoplosbare medisch-ethische vraagstelling. De geamendeerde tekst tracht

een antwoord te geven op een aantal vragen en bezwaren die in het debat naar voren kwamen. Desondanks blijft over het geheel een schaduw hangen. De schaduw van onbeantwoorde vragen zowel wat de bescherming van de lijdende mens betreft, als m.b.t. meer procedurele aspecten. De schaduw van onvoldoende beleidsimpulsen om de euthanasievraag van het lijdend individu in eerste instantie als een vraag naar hulp te behandelen, en hem doorheen zijn uitzichtloze levensstrijd te begeleiden in een passend professioneel ondersteund zorgcontinuüm. En, als men daaraan blijft tekortschieten: de quasi voorspelbaarheid dat men euthanasie dreigt toe te passen, om het even hoe en om het even waar, in een zich als maar veralgemenende normvervaging, maar wel onder de formeel strikte en zorgvuldige naleving van de wettelijke procedurevereisten.

In de amendementen wordt geen enkel fundamenteel –en in feite vooral formeel of procedureel- onderscheid gemaakt tussen:

1.- de begeleiding van de stervende of “terminale” patiënt, en de hulp bij “zelfdoding” van de patiënt waarvan “le décès n’interviendra manifestement pas à brève échéance”.

2.- het stellen van medische handelingen die het overlijden tot gevolg hebben, en medisch niet-handelen of verregaande pijnbestrijding.

3.- de wilsbekwame en de niet-wilsbekwame patiënt.

Het feit dat geen onderscheid gemaakt wordt tussen terminale en niet-terminale patiënt, levert een fundamenteel bezwaar tegen de geamendeerde tekst, niet alleen om principiële redenen, maar ook omdat dit tot gevolg heeft dat een aantal belangrijke problemen onopgelost blijven. In het geval van de terminale patiënt bestaat er ongetwijfeld voldoende duidelijkheid over de fatale afloop van de situatie, en kunnen de artsen hun handelen afstellen op het algemeen kader van een medisch-professioneel consensusmodel. Bij niet-terminale patiënten –en zeker als men dit in een ruim gedefinieerd veld van subjectief ongeneesbare situaties stelt– ligt dit volledig anders.

### **1<sup>e</sup> onopgelost probleem**

« Situation médicale sans issue” / “décès à longue échéance “:

Dergelijke situatie zal steeds een mogelijkheid tot controversen inhouden, naargelang het medisch standpunt, het inzicht in de evolutie van de medische wetenschap, de beschikbare middelen, een mogelijk alternatief antwoord op de hulpvraag, enz...

Wie kan oordelen in die gevallen waarvoor de medische opvattingen even uiteenlopend zijn als over het begrip « euthanasie » zelf ? De redenering berust op een sofisme: stellen dat het advies van 2 geneesheren altijd beter is dan 1, en 3 nog beter dan 2. Als er onder de échte vaklui van een bepaalde pathologie geen consensus bestaat, kan men zich inderdaad afvragen of zoiets zin heeft. Wordt het dan geen loting?

Wat niet wegneemt dat de tussenkomst van een psychiater, liefst deskundige in de levenseinde-problematiek, van fundamenteel belang zal zijn, helaas niet –en zeker niet alleen - als (bijna gerechtelijk) expert (“Ik ondergetekende, stel vast dat het de patiënt menens is”), maar vooral curatief en palliatief.

Waar men hier de niet-terminale patiënten bedoelt, kan het hoogstens gaan over zeer uitzonderlijke gevallen. Hoe kan een medische consensus bestaan over uitzonderlijke gevallen ?

Zelfs de 16 (vaste) leden van de evaluatiecommissie kunnen hier geen redelijke a posteriori evaluatie geven. De 8 artsen behoren vermoedelijk tot verschillende specialismen ; de vier juristen zijn uit de aard der zaak onbevoegd ; de vier leden « afkomstig uit de middens... » kunnen ook niet bevoegd zijn voor alle ongeneeslijke aandoeningen. Het a posteriori advies zal dus vermoedelijk niet meer dan een tweede loting zijn. Het systeem alleen al vertrekt van het (misschien onbewuste) vermoeden van de auteurs dat er mogelijks geen consensus bestaat (2/3 meerderheid).

Kan men medisch handelen funderen op iets anders dan (minstens) een consensus ? Zeker als het gaat om medisch handelen met een irreversibele afloop ?

In de definitie moet minstens ingelast worden dat de « situation médicale sans issue et... » wordt aangevuld met « Il s'agit de cas exceptionnels, au sujet desquels il existe un consensus médico-scientifique confirmé par la Commission d'Evaluation quant au caractère grave et incurable de la pathologie, entraînant une souffrance et une détresse constantes et insupportables pour le patient, et pour lesquels la médecine ou les soins palliatifs ne peuvent plus lui offrir aucun espoir de rémission. »

Het is immers wenselijk dat dergelijke medisch-wetenschappelijke consensussen minstens aan het voorafgaand advies van de Evaluatie-commissie worden voorgelegd zodat, op evolutieve wijze, het pathologisch referentiekader kan worden bepaald, waarbinnen euthanasieverzoeken volgens de wettelijke procedure behandeld kunnen worden. Euthanasie kan niet in het wettelijk "luchtledige" uitgevoerd worden!

## **2<sup>e</sup> onopgelost probleem**

(Steeds in het geval van een niet-terminale patiënt)

Vermoedelijk zal de patiënt eerst mondeling de vraag formuleren t.a.v. iemand die betrokken is bij zijn behandeling. De behandelende arts zal bijgevolg zelf – wat in feite al zijn stilzwijgende instemming impliceert – vragen een schriftelijk verzoek op te stellen, en er desnoods een getuige bijhalen (of ervoor zorgen dat die erbij wordt gehaald). De arts is immers de enige persoon in het geheel, op wie de verplichting weegt de procedure na te leven.

Vraag 1 : Kan men dan nadien niet betwisten dat het echt de wilsbeschikking is van de patiënt ? Of schreef men het op verzoek van de geneesheer ? Heden ten dage hechten de rechtbanken ook al geen vertrouwen aan schriftelijke verklaringen waaruit moet blijken dat de arts zijn informatieplicht heeft nageleefd (informed consent). Hetzelfde geldt voor de 2de en desgevallend 3de arts. Het psychiatrisch verslag is uiteraard niets anders dan een expertise-verslag

Vraag 2: is de getuige wel alleen maar « getuige » ? Zonder hem kan immers de procedure niet doorgaan. Is hij niet een « medeplichtige » wanneer a posteriori betwistingen komen vanwege familieleden , of gewoon wanneer de evaluatiecommissie haar 2/3 meerderheid niet haalt.

Als de patiënt is opgenomen in ziekenhuismilieu zal hij alleen zo'n getuige vinden onder de personen die betrokken zijn bij zijn behandeling. Wie gaat zich trouwens voldoende betrokken voelen om op zo'n vraag in te gaan? Tenzij hij aan een familielid vraagt iemand mee te brengen. Is die dan noodzakelijkerwijze betrouwbaarder dan een familielid zelf?.

## **3<sup>e</sup> onopgelost probleem**

(Nog steeds in geval van de niet-terminale patiënt)

Als patiënt niet kan tekenen moet het vermeld worden, met de redenen. Vermits alleen een a posteriori evaluatie wordt voorzien, is de kroongetuige over de rechtsgeldigheid van het schriftelijk verzoek van de niet-handschrift-bekwame patiënt, nl. zichzelf, al overleden.

De elementen van probleem 2<sup>o</sup> hierboven wegen in dit geval uiteraard nog zwaarder.

Beschikt de arts wel over de middelen om na te gaan of de rechtsgeldigheid van het verzoek onbetwistbaar is? Zou het niet wenselijk zijn dat het verzoek (zeker als het ongetekend is) preventief wordt voorgelegd aan de evaluatiecommissie? Of dat een onafhankelijke vertegenwoordiger van de overheid (bvb. Ambtenaar van de burgerlijke stand) de stervenswil 'in dit stadium' ondubbelzinnig moet verifiëren ( zoals ook andere levensbepalende gebeurtenissen tegenover/door de overheid moeten aangegeven/geacteerd worden; zo er betwistingen ontstaan na de euthanasie, zal het wellicht vaak een twijfel omtrent de stervenswil betreffen; een derde kan immers steeds aanvoeren dat die niet permanent of indubbelzinnig door de patiënt uitgesproken was.

## **4<sup>e</sup> onopgelost probleem**

(Wat betreft de niet-terminale patiënt)

Als de men de toestand van de patiënt als vertrekpunt neemt, gelet op de definitie die in §1 wordt gegeven, dan bevindt de arts zich ongetwijfeld in een van de gevallen waar hij het recht moet hebben om niet noodzakelijk de (volledige) toedracht van de situatie aan de patiënt mede

te delen. « Hoop doet leven » (en omgekeerd). De arts beseft in dat geval dat zijn informatie over de situatie van de patiënt een vraag naar euthanasie kan (zal ? Zeker als hij weet heeft van een vooraf getekende wilsverklaring van de patiënt) induceren. Onafgezien van het feit dat de arts met die beslissing op zijn geweten zal moeten blijven leven, stelt zich de vraag of dit niet a posteriori aan de arts kan verweten worden (aansprakelijkheid) door naastbestaanden van de patiënt.

Bovendien gaat men, wat de “waarheidsmededeling” betreft tenonrechte uit van een bijna 19<sup>e</sup> eeuwse opvatting van “overdracht van kennis van de geneesheer naar de patiënt”. Betreffende dat laatste zijn de voorwaarden voor “correcte kennis” (een begrip uit de 19<sup>e</sup> eeuw; weet de geneesheer het toekomstig verloop exact te voorspellen?), even zeer als voor het “correct begrip” (is de patiënt in staat het feit van zijn uitzichtloos lijden in al zijn consequenties en de onzekerheid daarrond te begrijpen) in veel situaties niet vervuld.

In het algemeen zouden patiëntenrechten in “recht op communicatie” eerder dan in “recht op kennisoverdracht” moeten geformuleerd worden; “kennisoverdracht” ( de geneesheer weet alles, de patiënt weet niets en zal na kennisoverdracht alles weten én kunnen beslissen) is bij emotioneelgebonden materies zoals levensbedreigende aandoeningen, meestal een onoplosbaar probleem, al wordt dit vandaag telkens als een voor de hand liggend uitgangspunt geformuleerd, hoe simplistisch ook, voor de meest zwaarwichtige juridische vraagstellingen. Simplistisch, want tegelijkertijd verwijt men dan aan de artsen hun “beter-weten” als een voorbijgestreefde paternalistische houding.

### **5<sup>e</sup> onopgelost probleem**

Als men zonder een duidelijk referentiekader te scheppen, ook de niet-terminale patiënt in aanmerking neemt, dreigt er dan niet onvermijdelijk een verwarrend kluwen rond het begrip euthanasie te ontstaan, waardoor de redenering van euthanasiërend ingrijpen gaat overslaan op ander medisch handelen dan wat hier stricto sensu wordt bedoeld. Dreigt er geen schemerzone te ontstaan waarbij, in geval van zwaarlijdende patiënten of personen die zich in een uitzichtloze toestand bevinden en die aan een natuurlijke doodsoorzaak overlijden, elk medisch handelen (of niet-handelen) dat eraan voorafging, als niet rechtsgeldige euthanasie, m.a.w. als een misdrijf of een misdaad dreigen gekwalificeerd te worden, tenzij de arts het tegenovergestelde kan bewijzen. Want de handelingen werden verricht zonder enig verzoek van de patiënt en zonder de toepassing van de procedure, met daarenboven nog het bezwarend feit dat geen aangifte werd gedaan.

### **6<sup>e</sup> onopgelost probleem**

Een gelijkaardige omkering van de bewijslast ontstaat automatisch zodra er iets gebeurt met de patiënt in de tijdspanne die verloopt in de tussentijdse periode (meer dan een maand).

Vanaf het ogenblik dat het bewijs bestaat dat een verzoek van de patiënt geformuleerd werd (schriftelijk of mondeling) dreigt ook ander medisch handelen (of niet handelen) dat gevolgd wordt door het overlijden van de patiënt als euthanasie gekwalificeerd te worden. Wanneer de patiënt overlijdt vóór de voleindiging van de procedure, zal men ervan uitgaan dat de behandelende geneesheer –weliswaar wegens overmacht- een inbreuk heeft gepleegd op de wettelijke voorschriften. Maar de volledige bewijslast van die overmacht ligt duidelijk bij hem.

### **7<sup>e</sup> onopgelost probleem**

(zonder duidelijk referentiekader en bij niet-terminale patiënt)

Art 3,§1 van het voorstel zegt: “...ne commet pas d’infraction”. Een “inbreuk” dus: misdrijf of misdaad?

Door het ontbreken van een « duidelijk » medisch-wetenschappelijk referentiekader voor de situaties in de zin van de definitie die in het wetsvoorstel wordt gegeven, ligt het volledige gewicht van die beslissing in de formele aspecten.

Aan de artsen zou minstens de rechtszekerheid moeten geboden worden dat dit referentiekader aanvaard wordt door de evaluatiecommissie. Immers het bewijs dat patiënt zich in een van die gevallen bevindt, ligt bij de artsen die bij de procedure betrokken worden.

## 8<sup>e</sup> onopgelost probleem

Aansluitend bij het voorgaande: burgerlijk blijven de geneesheren die betrokken zijn bij de procedure steeds aansprakelijk bij de minste formele tekortkoming t.o.v. de formele procedurevereisten

## 9<sup>e</sup> onopgelost probleem

De wilsverklaring. Tijdelijke wilsonbekwaamheid: wie gaat kunnen weten dat er een herstel is geweest als de patiënt nadien opnieuw wilsonbekwaam is geworden? Wie kan nog uitklaren of de patiënt tijdens zijn herstelperiode bewust aan zijn wilsverklaring van bvb. het jaar voordien heeft gedacht?

Het vertrekpunt is dat een wilsverklaring steeds kan herroepen worden. Ook hier berust de redenering op een sofisme. De persoon die inmiddels niet langer wilsbekwaam is, kan zijn eigen doodswens niet meer herroepen. Kan men dan uitvoering geven aan een wilsverklaring die de persoon ooit opstelde, misschien in een zwaarmoedige bui, doch om welke reden ook, weze het onachtzaamheid, vergetelheid, niet tijdig heeft kunnen herroepen? Bij de toelichting wordt gesteld dat de wilsverklaring slechts een indicatieve waarde heeft. Uiteraard, vermits ze steeds wordt opgesteld in abstracto, evenzeer als een gemandateerde zijn rol slechts kan aanvaarden in abstracto.

O.i. kan met een wilsverklaring geen rekening gehouden worden bij een niet-terminale patiënt. Misschien kan in een extreem geval de evaluatiecommissie rechtstreeks bij de beoordeling betrokken worden, alvorens euthanasie gepleegd zou kunnen worden, uitgaande van een verzoek van de naastbestaanden (of gemandateerden) en de behandelende en geraadpleegde artsen.

## 10<sup>e</sup> onopgelost probleem: art 7

Art 7 voorziet dat euthanasie gelijkgesteld wordt met natuurlijke dood voor wat de uitvoering van o.m. verzekeringscontracten betreft die werden aangegaan minstens één jaar vóór het overlijden. Voor de niet-terminale patiënt stelt zich dezelfde vraag al lijkt het probleem zich gans anders voor te doen. De oorzaak van de toestand waarin hij zich bevindt, kan een ziekte zijn, een ongeval of zelfs een mislukte poging tot zelfmoord. Is het dan niet logisch, voor wat de juridische consequenties betreft, diezelfde oorzaak tevens als deze van het levenseinde te beschouwen, wanneer euthanasie wordt toegepast volgens de wettelijke voorschriften?

In geval patiënt zich in een situatie van uitzichtloos (al of niet terminaal) lijden bevindt als gevolg van onopzettelijke of opzettelijke slagen en verwondingen: wordt de dood na euthanasie dan ook gelijkgesteld met natuurlijke dood, dan wel met onopzettelijke resp. opzettelijke doodslag door de degene die voor slagen en verwondingen verantwoordelijk wordt geacht?

Verlicht of verzwaard m.a.w. de euthanasie het delict van degene die bvb. voor een auto-ongeval verantwoordelijk was? Geen van beide mogelijkheden lijkt wenselijk. Idem als de uitzichtloos lijdende het slachtoffer was van een “therapeutisch ongeval”.

Waarom “natuurlijke dood” en juist “minstens twaalf maanden”? Principieel is het uitgangspunt dat niemand enig voor- of nadeel hoeft te kunnen binden aan de euthanasieprocedure.

Het verzekeringsaspect blijkt alleen onderzocht vanuit de problematiek van de levensverzekering (uitsluiting zelfmoord), zonder evenwel rekening te houden met de situatie die kan ontstaan uit een mislukte zelfmoordpoging. Er zijn evenwel nog heel wat andere verzekeringspolissen. Voor een verzekeraar zal het een aanzienlijk verschil uitmaken wanneer bij een overlijdens-vergoeding dan wel een jarenlange invaliditeitsvergoeding moet uitkeren (polis gewaarborgd inkomen, groepsverzekering, individuele ongevallen-verzekering).

Belangrijk zou o.i. zijn de patiënt de wettelijke bescherming te geven dat elk beding m.b.t. euthanasie wettelijk verboden is.

Tenslotte betreuren wij dat de amendementen slechts in één enkele taal beschikbaar zijn. Het ligt voor de hand dat in deze ingewikkelde materie het woordgebruik een bijzonder belangrijke rol speelt.

---

## UIT DE BELEIDSNOTA VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

dd. 13-11-2000

### 4.2 Strategische prioriteiten voor de gezondheidszorg

Om de zorgdoelstellingen op duurzame wijze te kunnen realiseren moeten drie strategische prioriteiten als leidmotief voor hervormingen worden vooropgesteld. Deze zijn:

- gelijke toegang: het waarborgen van het gelijkheidsprincipe in de toegang tot gezondheidszorg
- meer menselijkheid: via een geïntegreerde zorg op basis van de behoeften van patiënten en via een correct omgaan met en waarderen van de zorgarbeid
- betere kwaliteit: door het inbrengen van meer doelmatigheid in de organisatie en werking van het gezondheidszorgsysteem. Een bijzondere uitdaging daarbij is het verstandig omgaan met innovaties.

#### 4.2.1 Gelijke toegang

##### 4.2.1.1 Vaststellingen, knelpunten en mogelijke oplossingen

Uit het recente rapport 'Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België' van het WIV (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid) blijken nog steeds aanzienlijke verschillen naargelang van het opleidingsniveau, en dit zowel wat betreft levensverwachting als wat betreft het aantal te verwachten jaren in goede dan wel slechte gezondheid. Zo blijkt bij voorbeeld dat op de leeftijd van 25 jaar de 20% mannen met laagste scholingsgraad 27,4 levensjaren in goed ervaren gezondheid en 15,8 levensjaren in slecht ervaren gezondheid mogen verwachten terwijl dit voor de 20% mannen met de hoogste scholingsgraad respectievelijk 42,5 en 3,9 bedraagt. Voor vrouwen worden gelijkaardige verschillen vastgesteld.

Deze gegevens moeten worden geconfronteerd met andere vaststellingen zoals de bevindingen uit de gezondheidsenquête (ongeveer 8% van de huishoudens heeft in 1999 gezondheidszorg omwille van financiële redenen uitgesteld; voor éénoudergezinnen liep dit zelfs op tot 28%) en de bevindingen van het recente onderzoek van de studiedienst van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (bij ledengezinnen met inkomens lager dan 900.000 fr. per jaar werden moeilijkheden vastgesteld zoals het voorschieten van geld voor de contante betaling van zorgen; de te hoge kost van de tandzorg en van sommige geneesmiddelen en een precair gezinsbudget dat gemakkelijk uit evenwicht wordt gebracht door onvoorziene medische kosten).

Anderzijds gaat chronisch ziek zijn gepaard met hoge persoonlijke bijdragen die het gevolg zijn van remgelden en persoonlijke bijdragen op de prestaties maar ook van inkomensverlies en niet gedekte uitgaven, zoals voor hulp- en verzorgingsmateriaal. De toegankelijkheidsproblematiek situeert zich dus bij lage inkomensgroepen én bij chronisch zieken: de maatregelen moeten bijgevolg toegespitst worden op deze twee doelgroepen.

Hierbij mag niet uit het oog worden verloren dat het verminderen van de ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg op zich een onvoldoende voorwaarde is voor gelijke kansen op gezondheid, en wel omdat voor heel wat leefstijlindicatoren en gezondheidsdeterminanten socio-economische gradiënten bestaan. De impact van de gezondheidszorg op gezondheid mag dus niet worden overschat en een adequaat gezondheidszorgbeleid kan niet ontkoppeld worden van een 'gezond' maatschappelijk beleid.

Omdat de ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg de ongelijkheid van kansen op gezondheid nog verder versterkt vormt het wegwerken van deze ongelijkheid een absolute prioriteit voor de minister als noodzakelijk element in het streven naar een actieve welvaartstaat.

Reeds in augustus 1999 is gestart met een grondige evaluatie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het onderzoek zal tijdens de hele legislatuur worden voortgezet en in de gezondheidsenquête 2001 worden meer gerichte vragen opgenomen voor het evalueren van toegankelijkheidsproblemen.

De verwachte resultaten situeren zich op drie domeinen: het identificeren van materiële en immateriële knelpunten inzake toegang tot zorg; het ontwikkelen van voorstellen om concrete knelpunten op te ruimen; het ontwikkelen van een permanent monitoringsysteem voor het vaststellen van ongelijkheden.

Zo kon reeds worden vastgesteld dat de problematiek veel ruimer is dan alleen financiële belemmeringen. Weigeringen van hulp aan niet-verzekerden of aan onvermogenen; het inhouden van de identiteitskaart of de SIS-kaart tot men betaling heeft bekomen van zorgen; het aanleggen van 'zwarte lijsten' van slechte betalers; zeer wisselende performantie van OCMW's in het doen openen van rechten op gezondheidszorg en zeer wisselende aanvullende hulp vormen voorbeelden van drempels en ongelijkheden die soms tot desastreuze gevolgen kunnen leiden.

Het bevorderen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt geconcretiseerd rond drie assen:

- een algemene maatregel via de Maximale Gezondheidsfactuur die de waarborg biedt dat de persoonlijke kosten voor verzekerde prestaties nooit uitstijgen boven een drempel die vastgelegd wordt in functie van het inkomen,
- specifieke maatregelen voor chronisch zieken gericht op maatzorg en op adequate terugbetaling van dure prestaties,
- een specifieke maatregel voor lage inkomensgroepen, namelijk het promoten van de regeling 'derde betalende' waardoor voor alle zorgen (dus ook bij de dokter bij voorbeeld) alleen maar het remgeld moet betaald worden

#### **4.2.1.2. De Maximale Gezondheidsfactuur als algemene maatregel om de toegankelijkheid tot gezondheidszorg te waarborgen**

##### 1. Bestaande maatregelen

Sinds 1995 bestaat in de ziekteverzekering het systeem van de fiscale en van de sociale franchise als correctie op de cumulatie van sommige persoonlijke bijdragen.

De sociale franchise biedt een volledige en onmiddellijke terugbetaling van de daarvoor in aanmerking komende remgelden van zodra het plafond van 15.000 fr./jaar is bereikt aan: WIGW's met voorkeurregeling, bestaansminimumtrekkers en gelijkgestelden, rechthebbenden op gewaarborgd pensioen, gehandicapten met recht op tegemoetkomingen, rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag en langdurig werklozen (meer dan 6 maand). De remgelden voor geneesmiddelen, voor ziekenhuisopname vanaf de 91<sup>e</sup> dag (366<sup>e</sup> dag bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis) en allerhande materiaalsupplementen worden echter niet meegeteld.

De fiscale franchise geldt voor alle personen die buiten de sociale franchise vallen. In dit systeem tellen dezelfde remgelden, evenwel met uitzondering van alle ziekenhuiskosten. De verrekening gebeurt via de fiscale aanslag en dus met twee jaar vertraging. Hoe hoger het netto belastbaar inkomen, hoe hoger het plafond van de eigen bijdragen.

Beide franchisesystemen vertonen belangrijke knelpunten: niet alle lage inkomensgroepen hebben recht op de sociale franchise (vooral mensen die moeten leven met een arbeidsinkomen dat even laag is als bepaalde uitkeringen of deeltijds gaan werken vallen buiten dit stelsel); met bepaalde substantiële kosten wordt onvoldoende (ziekenhuisopname) of helemaal geen (geneesmiddelen, materiaalsupplementen) rekening gehouden in de sociale franchise; de terugbetaling bij de fiscale franchise verloopt (ook voor de laagste inkomens) met belangrijke vertraging; de ziekenhuisopname valt bij de fiscale franchise volledig buiten beschouwing. Bovendien is de reglementering van beide stelsels ingewikkeld.

##### 2. De Maximale Gezondheidsfactuur

Een eerste doelstelling is het ombuigen van de sociale bescherming in functie van sociale categorieën naar een evenwaardige en efficiëntere sociale bescherming in functie van inkomenscategorieën. Voorbeelden: een langdurig werkloze met recht op sociale franchise verliest dit recht wanneer hij gaat werken, zelfs wanneer hij maar evenveel of iets meer verdient. Hij komt per definitie terecht in de fiscale franchise.

Ten tweede moet de Maximale Gezondheidsfactuur de lacunes van de huidige sociale en fiscale franchise dichten, namelijk het niet in rekening brengen van nochtans substantiële kosten binnen de gezondheidszorg zoals de kosten voor medicamenten, de kosten bij ziekenhuisopname en allerhande supplementen voor medische producten.

De Maximale Gezondheidsfactuur zal aan iedere verzekerde de waarborg bieden dat de persoonlijke bijdragen voor verzekerde prestaties niet uitstijgen boven een plafond in functie van het inkomen. De realisatie van deze ambitieuze doelstelling zal in fasen verlopen.

De invoering in 2001 van het unieke spoor in Farmanet levert de verzekeringsinstellingen de gegevens die nodig zijn om voor iedere rechthebbende de remgelden op terugbetaalbare geneesmiddelen te tellen. Daardoor kunnen vanaf 2001 deze remgelden opgenomen worden in de franchiseregelingen. Op basis van simulaties die momenteel worden uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen het RIZIV en verzekeringsinstellingen wordt nagegaan of deze maatregel voor het geheel van de terugbetaalbare geneesmiddelen kan worden toegepast dan wel voor de groep B-geneesmiddelen (dit komt meestal overeen met geneesmiddelen gebruikt voor langdurige en essentiële therapieën).

Daarnaast wordt nagegaan op welke manier verzekeringsinstellingen de informatie kunnen krijgen die hen moet toelaten de inkomenscategorie te bepalen waartoe hun leden behoren. De bedoeling daarbij is reeds vanaf 2001 de regeling van de sociale franchise uit te breiden tot de laagste inkomenscategorieën die nu onder de fiscale franchise vallen.

Ten derde wordt ook nagegaan wat de weerslag is van het opnemen van de remgelden voor ziekenhuisopname en voor bepaalde supplementen.

De keuzes voor 2001 kunnen pas worden gemaakt nadat voldoende betrouwbare simulaties zijn uitgevoerd. De budgettaire ruimte bedraagt 1,4 miljard frank voor de sociale franchise. De effecten van de maatregelen i.v.m. de fiscale franchise doen zich pas voor in het jaar 2003.

#### ***4.2.1.3 Zorg op maat en een meer adequate terugbetaling van dure prestaties als specifieke maatregelen voor chronisch zieken***

De voorbije jaren was de meest opvallende maatregel in het chronisch ziekenbeleid het invoeren van twee forfaits: een forfait chronisch zieken van 10.000 fr. per jaar (voor wie gedurende twee opeenvolgende jaren méér dan 10.000 fr. remgelden heeft betaald én zich in een afhankelijke situatie bevindt of herhaaldelijk of langdurig gehospitaliseerd werd, ook als het om daghospitalisatie gaat) en een incontinentieforfait van 15.000 fr. (toegekend via bestaande criteria in de thuisverpleging). Deze maatregelen vormden binnen de beperkte budgettaire marge een belangrijk signaal voor de chronisch zieken, maar bieden geen antwoord op de specifieke zorgbehoeften en de variabiliteit aan kosten. Wat de kostenvariabiliteit betreft, biedt de Maximale Gezondheidsfactuur de noodzakelijke waarborgen op het vlak van de verzekerde prestaties.

Gezien de realisatie van de Maximale Gezondheidsfactuur meerdere jaren zal vergen en ook omdat chronisch ziek zijn gepaard gaat met kosten waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt, zou het voorbarig zijn om op dit moment een einde te stellen aan deze forfaitaire tegemoetkomingen.

Het specifieke beleid voor chronisch zieken wordt gericht op twee knelpunten. Aan de ene kant is er een duidelijke behoefte aan zorg op maat voor een aantal specifieke aandoeningen (verderop besproken). Anderzijds worden sommige, met chronische aandoeningen samenhangende, prestaties onvoldoende terugbetaald vooral omdat de ziekteverzekering onvoldoende rekening heeft gehouden met de technologische evolutie en de er mee samenhangende prijsstijging. Voorbeelden hiervan vormen de gewrichtsprothesen, de stents, de gehoorapparaten, de neurostimulatoren en nieuwe implantaten in de cardiologie. De begroting 2001 voorziet op dat vlak in een belangrijke investering ten bedrage van ruim vijfhonderd miljoen frank.

#### ***4.2.1.3 Een betere toepassing van de regeling derde betalende in de ambulante zorgverstrekking: een specifieke maatregel voor de laagste inkomensgroepen.***

De regeling 'derde betalende' laat de zorgverstrekker toe het terugbetaalbaar gedeelte van honoraria rechtstreeks te innen bij de verzekeringsinstelling. Het door de patiënt contant te betalen bedrag daalt daardoor aanzienlijk. De regeling mag worden toegepast op alle patiënten die recht hebben op de sociale franchise, een recht dat vermeld staat op de sociale identiteitskaart, de zgn. SIS-kaart. Ze is voor een aantal prestaties, o.m. raadplegingen en bezoeken, verboden voor de andere categorieën van rechthebbenden.

Omdat het de bedoeling is het gebruik van de SIS-kaart uit te breiden tot andere zorgverstrekkers dan ziekenhuizen en apothekers wordt het dus mogelijk ook buiten deze sectoren (waar de regeling 'derde betalende' verplicht is) meer systematisch gebruik te maken van de regeling. De minister heeft daarom op 14 juli 2000 aan het Verzekeringscomité van het RIZIV gevraagd een sensibiliseringscampagne omtrent de toepassing van de regeling derde betalende te starten gericht op zorgverstrekkers, rechthebbenden, verzekeringsinstellingen, OCMW's en sociale diensten. Aan de zorgverstrekkers moeten uiteraard de nodige waarborgen worden gegeven inzake betalingstermijnen en administratieve eenvoud.

## **4.2.2 Meer menselijkheid in de zorg**

### **4.2.2.1 Geïntegreerde zorg op basis van de behoeften van patiënten en zorgvernieuwing**

Het toenemend aandeel van chronische aandoeningen doet de behoefte toenemen aan een zorgcontinuüm. Immers, patiënten met meerdere, chronische aandoeningen hebben behoefte aan zorg op zowel de eerste als de tweede lijn; de kortere verblijfsduur vereist een naadloos aansluiten van de thuiszorg.; de ontwikkeling van specialisaties in de verpleegkunde en de kinesitherapie opent mogelijkheden tot zorg waar andere sectoren zouden moeten op inspelen.

Met zorgcontinuüm wordt de zorg bedoeld verleend door verschillende verstrekkers en instellingen, doorheen de tijd geïntegreerd en in functie van de behoeften van de patiënt. Door de opdeling van de ziekteverzekering in een aantal 'sectoren' ontbreekt soms de complementariteit om aan de globale zorgvraag tegemoet te komen.

Het doorbreken van deze compartimentering vergt een zorgvernieuwend aanpak. De Afdeling Chronisch Zieken van de Wetenschappelijke Raad heeft de opdracht gekregen om, op basis van transparante criteria, een lijst van aandoeningen vast te leggen waarvoor een zorgvernieuwend aanpak van prioritair belang is. Een eerste advies werd intussen overgemaakt. Het betreft chronische pijn. Op basis van de adviezen zullen de ministers, bevoegd voor volksgezondheid en sociale zaken een zorgvernieuwend beleid starten voor chronische pijn en autisme en een zorgvernieuwend aanpak voor te bereiden bij astma en chronisch obstructieve longaandoeningen, incontinentie, cerebrovasculaire accidenten en diabetes type 2. Voor elk van de weerhouden aandoeningen zal de Afdeling Chronisch Zieken, in samenspraak met de organisaties van patiënten, een analyse maken van het huidig zorgaanbod en voorstellen formuleren die leiden tot een effectieve zorgvernieuwing voor de betrokken patiënten. De Afdeling Chronisch Zieken wordt ook gevraagd om een advies uit te brengen over een globale zorgvernieuwend aanpak van geriatrische zorg, met onder meer bijzondere aandacht voor dementie.

Daarnaast zal de Afdeling Chronisch Zieken nagaan welke punctuele verbeteringen kunnen worden aangebracht voor tal van andere chronische aandoeningen, met bijzondere aandacht voor de problemen van patiënten die lijden aan zeldzame aandoeningen.

Het Verzekeringscomité van het RIZIV zal daarnaast de bevoegdheid krijgen om overeenkomsten te sluiten betreffende experimenten met geïntegreerde zorgprojecten voor bepaalde chronische aandoeningen, zoals diabetes type 2. De verantwoordelijkheid voor deze zorg wordt toegewezen aan de huisarts. De experimenten moeten toelaten om een volledig pakket van zorg op eerstelijnsniveau aan te bieden aan de patiënt.

Zorgvernieuwing staat ook voorop in het geestelijk gezondheidsbeleid. Er worden specifieke middelen voorzien voor psychiatrische thuiszorg, voor crisisinterventie, voor sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten, voor forensische psychiatrie en een duidelijke inspanning zal worden geleverd op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Bijzondere aandacht zal gaan naar het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS).

### **4.2.2.2 Respect en waardering voor patiënten, zorgverstrekkers en zorgarbeid**

#### **1. De uitvoering van het sociaal akkoord van 1 maart 2000**

Het akkoord voorziet vooreerst een harmonisering van de barema's (te realiseren via een collectieve arbeidsovereenkomst) in de federale gezondheidszorgvoorzieningen. De lonen voor alle personeel in de rustoorden, in de rust-en verzorgingstehuizen en in de thuiszorg moeten worden opgetrokken tot op het niveau van de ziekenhuisbarema's.

Met het oog op het aantrekkelijker maken van de eindloopbaan, wordt een arbeidsduurvermindering ingevoerd met behoud van loon voor alle verpleegkundigen, verzorgenden en gelijkgestelden in de federale verzorgingsvoorzieningen. Vanaf 45 jaar 2 uur minder werken, vanaf 50 jaar 4 uur minder werken en vanaf 55 jaar een arbeidsduurvermindering met 6 uur. Het betrokken personeel kan ook opteren voor het behoud van het huidig uurrooster met een compenserende premie overeenstemmend met 2, 4 of 6 urenlonen. De maatregel moet ertoe bijdragen dat het verpleegkundig en verzorgend personeel opteert voor langere loopbanen zodat het probleem van schaarste aan gekwalificeerd personeel althans voor een deel kan worden ondervangen.

Vanuit dezelfde bekommernis voorziet het akkoord ook een specifiek opleidingsproject waarbij 600 minder gekwalificeerden (zoals verzorgenden) via de fondsen van de sociale maribel de kans krijgen om met behoud van loon een driejarige opleiding te volgen tot verpleegkundige.

Het akkoord voorziet daarenboven ook maatregelen voor een betere begeleiding van intreders en herintreders in de ziekenhuizen: in elk ziekenhuis zal één FTE personeelslid worden gefinancierd zodat ruimte vrijkomt om een ervaren personeelslid aan te duiden voor de betere begeleiding van jonge intreders en van herintreders.

Ook wat betreft de opleiding van verpleegkundigen bevat het akkoord enkele maatregelen. Zo werd beslist om de huidige twee opleidingen van gegradueerde (A1) en gebrevetteerde (A2) te behouden maar wordt een brug voorzien: A2 verpleegkundigen kunnen na enkele jaren ervaring en mits bijkomende scholing doorgroeien naar A1 verpleegkundigen. De huidige wildgroei van bijzondere beroepstitels wordt stopgezet en de beroepstitel wordt omgezet in een 'bijzondere beroepsbekwaamheid'.

## 2. Patiëntenrechten.

Tot nu toe ontbreekt in ons land een geordende codificatie van de rechten van de patiënt: binnen de Belgische wetgeving zijn alleen een aantal specifieke bepalingen betreffende patiëntenrechten terug te vinden. Patiëntenrechten zullen niet alleen worden gebundeld, ook zullen lacunes worden opgevuld, expliciteringen aangebracht om te komen tot een evenwichtige verhouding tussen zorgverstrekker, instelling en patiënt.

Patiëntenrechten die centraal staan bij de wettelijke initiatieven zijn: het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening; het recht op vrije keuze van zorgverstrekker, het recht op informatie over de gezondheidstoestand, het recht op toestemming, rechten i.v.m. het patiëntendossier, het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op klachtenbemiddeling.

Er werd voor geopteerd de patiëntenrechten te bundelen in een afzonderlijke wet, gebaseerd op de bevoegdheden waarover de federale overheid op het vlak van het gezondheidsbeleid en op het vlak van het consumentenrecht beschikt. Het doel is de patiëntenrechten als algemene grondrechten te formuleren die vervolgens van toepassing worden voor het gehele gezondheidszorgsysteem.

## 3. Medische aansprakelijkheid.

Alle actoren op het domein van gezondheidszorg worden met problemen op dit gebied geconfronteerd: patiënten weten vaak niet wie aanspreken in geval van schade; zorgverstrekkers en verzorgingsinstellingen worden geconfronteerd met een stijging van schadeclaims en de nadelige gevolgen ervan op het vlak van verzekeringspolissen; verzekeraars worden geconfronteerd met een stijging van de risico's en zijn genooddaakt om - op een voor zorgverleners en verzorgingsinstellingen nadelige wijze - in te grijpen in de verzekeringspolissen.

Momenteel wordt een voorstel van wettelijke regeling uitgewerkt, waarbij de bevindingen van de enquêtes georganiseerd bij alle betrokken partijen (ziekenhuizen, artsen, mutualiteiten, verzekeraars) door de werkgroep 'Aansprakelijkheid en medische ongevallen' binnen het Ministerie voor Volksgezondheid als vertrekpunt dienden.

De doelstelling van de wettelijke regeling moet tweeledig zijn: het ontwikkelen van een aangepast vergoedingssysteem en de preventie van schadegevallen. Hiertoe behoort de risicoanalyse die ingebed moet worden in een bredere kwaliteitspolitiek. Patiënteninformatie, klachtenopvang- en -bemiddeling en een verplichte verzekering vormen eveneens elementen van een globale aanpak. Over een collectieve verzekering in de ziekenhuizen lopen de meningen uiteen. Het invoeren van een no-faultsysteem wordt door velen als een mogelijke oplossing voor de ervaren problemen gezien, ook al heeft dit systeem zijn beperkingen. Een mogelijke optie bestaat erin het faultsysteem naast een in te voeren no-faultsysteem te laten voortbestaan. Wat het beheer van het no-faultsysteem betreft, wordt de voorkeur uitgesproken voor de oprichting van een Fonds.

Over al deze opties moeten keuzes worden gemaakt die zullen uitmonden in een wetsontwerp dat aan het parlement zal worden voorgelegd.

### 4.2.3 Betere kwaliteit van gezondheidszorg door meer doelmatigheid

#### 4.2.3.1 Meer doelmatigheid in de organisatie en werking van het gezondheidszorgsysteem (macroniveau)

## 1. Beleidsvoorbereiding

### Beleidsvoorbereidend en -ondersteunend onderzoek

Inzake het beleidsvoorbereidend en -ondersteunend onderzoek op het niveau van het ministerie van Volksgezondheid zal in de toekomst een andere werkwijze worden gevolgd. In de eerste plaats zal de opdrachtgevende overheid meer sturend optreden door duidelijk bepalen de prioritaire onderzoeksdomeinen te bepalen. Hierbij kan het gaan over het verwerven van bijkomende kennis over het gevoerde gezondheidszorgbeleid, het onderbouwen van het beleid en de evaluatie van de impact van het gevoerde beleid. Deze prioritaire onderzoeksdomeinen zullen aan verzorgingsinstellingen, universiteiten en andere onderzoekscentra of -instellingen kenbaar worden gemaakt. Zoals steeds zal de beoordeling van de ingediende voorstellen gebeuren met input van externe experts met specifieke domeinexpertise. Bijkomende aandacht zal ook gaan naar de valorisatie van de onderzoeksresultaten.

Het grondig onderzoeken door het RIZIV van de - veranderende - behoeften is eveneens dringend aangewezen. Een adequaat zorgaanbod waarborgen dat rekening houdt met de evolutie van de behoeften in al zijn aspecten en dat zich situeert in een context van gewaarborgde kwaliteit en van budgetbeheersing vereist een permanente evaluatie die binnen of in nauwe samenhang met het RIZIV moet worden georganiseerd.

Concreet moet een grondige, systematische en objectieve studie uitgevoerd worden van de evolutie van de uitgaven en de verklarende factoren voor deze evolutie, in de eerste plaats voor wat de zorgbehoeften van ouderen betreft. Zo staat het effect van de vergrijzing op de uitgavengroei van talrijke sectoren, zoals onder meer thuisverpleging, rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen onomstotelijk vast. Toch blijft het wachten op een nauwkeurig antwoord op vragen i.v.m. een aantal vastgestelde evoluties, zoals waarom het aantal residenten in de ouderenzorg tussen 1995 en 1999 met 6% is gestegen daar waar het budget van de sector verdubbeld is. Met de informatie van vandaag kan geen uitsluitsel gegeven worden over het aandeel van verschillende verklarende factoren, zoals het aantal residenten/consumenten; de toename van de afhankelijkheidsgraad; de nieuwe aanbodstructuren; de financieringstechnieken... Een dergelijke opdracht wordt op het gebied van ouderenzorg - omwille van het belang van de vergrijzing en de nood aan een geïntegreerd ouderenbeleid - als eerste prioriteit vooropgesteld maar moet op termijn kunnen worden uitgebreid tot alle sectoren van de gezondheidszorg.

### Beleidsvoorbereiding door de administraties

Om tot een degelijker beleidsvoorbereiding te kunnen komen is een betere samenwerking tussen de administratie van Volksgezondheid en het RIZIV noodzakelijk. Met het oog op deze beleidsondersteuning wordt, via de ontwikkeling van functionele cellen, de samenwerking tussen beide administraties verder versterkt en de pro-actieve en beleidsvoorbereidende rol van de administraties beter ondersteund.

Naast de reeds bestaande Technische Cel werd in 2000 de aanzet gegeven tot een Geneesmiddelencel (met een coördinerende en ondersteunende rol t.a.v. de verschillende instanties die betrokken zijn bij het geneesmiddelenbeleid) en tot een Informatiecel ter ondersteuning van de accreditering, in het bijzonder de 'peer review' in het kader van de ambulante praktijk (de ondersteuning van de 'peer review' in de ziekenhuizen gebeurt door de Dienst Kwaliteit in het Ministerie van Volksgezondheid).

In 2001 wordt bij het RIZIV de Cel voor permanente doorlichting van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen opgericht. Dit comité zal voor de bevoegde organen en de minister adviezen formuleren ter vereenvoudiging van de nomenclatuur door het aanpassen of hergroeperen van verstrekkingen - en dit ook met het oog op de ontwikkeling van zorgprogramma's-; de herziening van de waarde van de verstrekking rekening houdend met de kost ervan, met de voorhanden zijnde wetenschappelijke evidentie en met andere factoren die de objectieve waarde bepalen zoals de intellectuele inspanning, de (technische) deskundigheid en de tijdsbesteding; de invoering van nieuwe verstrekkingen op basis van een grondige evaluatie van de betrokken technologieën en de financiële weerslag ervan. Het comité zal een beroep kunnen doen op wetenschappelijke en administratieve medewerkers die binnen het RIZIV worden aangesteld.

Het beleid op het vlak van organisatie, kwaliteit en financiering van de gezondheidszorg heeft hoe langer hoe meer noodzaak aan een geïntegreerde benadering. Op diverse terreinen wordt vastgesteld dat de werkzaamheden op het gebied van beleidsadvisering en beleidsondersteuning versnipperd zijn of onvoldoende gecoördineerd worden binnen de bestaande administratieve structuren. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het ziekenhuisbeleid, waar nochtans meer dan de helft van de uitgaven van de ziekteverzekering naar toe gaan, en waar een beter overlegd optreden op het vlak van de informatieverzameling, het financieel overzicht, de doelmatigheid en de kwaliteitsevaluatie moet worden uitgebouwd.

Door de creatie van beleidsondersteunende cellen worden een aantal bruggen geslagen tussen de administraties van het RIZIV en van het Ministerie van Volksgezondheid. Later moet onderzocht worden of dit

systeem van cellen het meest geëigende instrument is voor een adequate en professioneel uitgebouwde beleidsvoorbereiding, of dat men op een aantal terreinen niet moet evolueren naar een permanente overkoepelende beleidsvoorbereidende structuur.

## 2. Doelmatigheid op bestuurlijk niveau

### Institutionele samenwerking

Sedert de aanvang van deze legislatuur vond reeds twee keer een Interministeriële Conferentie (IMC) voor Volksgezondheid plaats (maart 2000 en oktober 2000). Deze zesmaandelijks frequentie zal ook in de toekomst worden aangehouden. Deze IMC is immers het aangewezen forum om - met alle ministers die bevoegd zijn voor het gezondheidszorgbeleid - te overleggen over bevoegdheidsoverschrijdende thema's die alleen met de inbreng van alle bevoegde autoriteiten adequaat kunnen worden aangepakt, om beleidsaanbevelingen of -bijsturingen voor te stellen en de uitvoer ervan mogelijk te maken. De op de IMC aangegane engagementen, die al dan niet de vorm van een protocolakkoord kunnen aannemen, moeten hiervoor garant staan. Als resultaat van beide voorgaande conferenties werd belangrijke vooruitgang geboekt op het gebied van de Gezondheidsenquête, werd het opstarten van een nationaal georganiseerde campagne voor borstkankerscreening mogelijk en werd het engagement inzake het palliatief beleid onderschreven. Bepaalde thema's worden momenteel in interkabinettenwerkgroepen verder behandeld en de voorgestelde beleidsalternatieven zullen op toekomstige conferenties worden voorgesteld. Het betreft hier o.a. gegevensuitwisseling, bepaalde vaccinaties en infectieziekten, drugbeleid, bepaalde aspecten van ziekenhuiszorg en gezondheid en gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

### Responsabilisering en hervorming van het RIZIV

De regering heeft zich er toe verbonden om het Belgisch overheidsapparaat dusdanig te hervormen dat de overheidsdiensten werkelijk ten dienste staan van de burger. Gezien zijn bij uitstek sociale opdracht is het van essentieel belang dat ook in het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de menselijke capaciteiten functioneel worden gebruikt en de toegewezen budgetten rationeel worden besteed. De wet van 26 juli 1996 houdende de modernisering van de Sociale Zekerheid en de vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels en het uitvoeringsbesluit van 3 april 1997 vormen de basis voor een nieuw werkkader. De instellingen van de Sociale Zekerheid krijgen de mogelijkheid om een dienstverlening te verzekeren op basis van een grotere autonomie en verantwoordelijkheid inzake organisatie en beheer van de werkingsmiddelen. Het beheerscontract vormt het werkinstrument van deze hervorming.

In de overeenkomst tussen de Staat en de instelling wordt het 'product' gedefinieerd, meer bepaald de kwaliteit van de te leveren dienst, en worden de beschikbare middelen vastgelegd.

#### **4.2.3.2 Kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening (microniveau)**

##### 1. Op evidentie gebaseerde medische zorgverlening

Evidence-based medicine (EBM) is het nauwgezet, expliciet en oordeelkundig gebruik van de actueel beste wetenschappelijke evidentie in het maken van beslissingen over de zorg van een individuele patiënt. Binnen de budgettaire grenzen heeft iedere patiënt immers recht op de beste, meest adequate en meest kosteneffectieve zorg.

In diverse ons omringende landen (o.a. het Verenigd Koninkrijk met het National Institute for Clinical Excellence (NICE); Nederland met zijn Gezondheidsraad; Zweden met het Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en Frankrijk met L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) zijn het afgelopen decennium, meestal met aanzienlijke overheidssteun, uitgebreide initiatieven genomen om de ontwikkeling van EBM te bevorderen en te verspreiden. De individuele zorgverstrekkers kunnen, o.a. door het toepassen van evidence-based richtlijnen, ertoe aangezet worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar bovendien kunnen de bovenvermelde organisaties uitgroeien tot cruciale instrumenten bij het - uitstippelen van - het gezondheids(zorg)beleid.

België heeft op het vlak van EBM een belangrijke achterstand in te halen. Daarom zal, in nauw contact met een belangrijke internationale organisatie zoals de Cochrane Collaboration, een Belgisch onafhankelijk Centrum van EBM worden opgestart.

Dit Centrum zal het begrip EBM ingang doen vinden in België; het maken van hoogwaardige actuele rapporten door Belgische reviewers over het hele gezondheidsdomein stimuleren en promoten; de toegang tot en het gebruik van o.a. Cochrane reviews door klinici, onderzoekers, beleidsmakers en andere doelgroepen ondersteunen en stimuleren en EBM-activiteiten in het werkgebied stimuleren. In eerste instantie zal dit centrum de opleiding in EBM bespoedigen, o.a. voor de medewerkers van de Informatiecel, de Geneesmiddelencommissie en de Cel voor de doorlichting en dynamisering van de nomenclatuur.

Ook het toenemend aantal initiatieven vanuit de accrediteringsorganen en de verenigingen van zowel huisartsen als specialisten om klinische richtlijnen voor hun vakgebied te ontwerpen en te verspreiden is hierbij van belang.

## 2. Verstandig omgaan met innovaties

Keuzes moeten worden gemaakt: de behoeften zijn per definitie onbeperkt, de middelen en de groei van de middelen zijn dat niet. Omdat niet alle innovatieve behandelingen en technieken dezelfde prijs-kwaliteitverhouding hebben moet men prioritair die innovaties (behandelingen, ingrepen, zorgprogramma's, geneesmiddelen) met de beste prijs-kwaliteitverhouding (met de beste kosteneffectiviteit) in het vergoedingspakket opnemen.

Slechts op die manier kan met de beschikbare middelen een optimale gezondheidswinst worden gerealiseerd. Aanbieders van nieuwe technologieën zullen daarom niet alleen het bewijs van werkzaamheid moeten leveren, maar ook van een aanvaardbare verhouding tussen kosten en effecten. Dit kan aan de hand van gezondheidseconomische evaluaties. De nieuwe technologie wordt met het meest relevante, bestaande alternatief vergeleken waarbij zowel klinisch/medische effecten (vb. langer leven en aan een betere kwaliteit) als economische aspecten (vb. mogelijke besparingen) aan bod komen.

Beslissingen i.v.m. nieuwe technologieën zullen ook het voorwerp kunnen uitmaken van een herziening (vb. na 1,5 tot 3 jaar), waarbij het bewijs van kosteneffectiviteit in de dagelijkse praktijk, m.a.w. in een reële medische situatie zal moeten worden geleverd. Op die manier wordt verstandig omgegaan met innovatie.

### **4.2.3.3 Instrumenten bij het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid op niveau van de zorgverlening**

De overheid heeft een bijzonder belang bij deze ontwikkelingen, in het kader van haar opdracht om aan de bevolking gezondheidszorg van hoge kwaliteit te waarborgen en van haar verantwoordelijkheid voor een doelmatig beheer van de gezondheidszorg. Deze opdracht kan zij het best uitvoeren door t.a.v. de zorgverstrekkers en de instellingen een beleid te voeren dat kwaliteitsbevordering stimuleert. Het bestaat uit drie componenten: het ter beschikking stellen van gegevens die toelaten zich te positioneren ten opzichte van kwaliteitsindicatoren; het ontwikkelen en ondersteunen van structuren voor kwaliteitsbevordering met daarbij het aanmoedigen via financiële stimuli van kwaliteitsinspanningen; het voeren van campagnes rond concrete thema's van kwaliteitsverbetering.

#### 1. Van gegevensverzameling naar kwaliteitsinformatie: de bestaande databanken

De MKG-MFG gegevensbank koppelt de minimale klinische gegevens en de minimale financiële gegevens m.b.t. de ziekenhuisopnames. Een Technische Cel met experts uit het RIZIV en het Ministerie van Volksgezondheid is bevoegd voor de validering en de koppeling van de gegevens en het ter beschikking stellen ervan aan administraties en derden. De nieuwe databank laat toe per homogene pathologiegroep (in totaal een 600-tal) een overzicht te geven van omvang en spreiding van de medische consumptie op het vlak van klinische biologie, medische beeldvorming, technische prestaties, verblijfsduur, geneesmiddelen. Hieruit worden de verschillen in medische praktijk afgeleid die op de diverse terreinen tussen de ziekenhuizen bestaan. Deze geaggregeerde cijfers worden gevolgd door een feedback naar de individuele instellingen. De instellingen worden met andere woorden geïnformeerd over hoe hun medische consumptie voor een gelijke pathologie zich verhoudt tot de consumptie in de andere ziekenhuizen.

Een tweede belangrijke databank is Farmanet, waarin op gedetailleerde wijze het voorschrijfgedrag van artsen in kaart wordt gebracht. Deze databank werd reeds gebruikt tijdens informatiecampagnes voor de voorschrijvende artsen. Om daadwerkelijk te kunnen gebruikt worden op het vlak van kwaliteitsevaluatie en analyse van het voorschrijfgedrag moet deze gegevensbank verfijnd worden. Meer bepaald moet de informatie betreffende de voorgeschreven geneesmiddelen gekoppeld worden aan de patiëntenkarakteristieken van de betreffende arts. Daartoe moeten beide gegevens via een uniek spoor aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt zodat op het niveau van de individuele patiënt de koppeling kan plaatsvinden. Deze overdracht via uniek spoor zal toelaten dat naar praktijkevaluatie vanaf 2001 deze informatie operationeel zal zijn.

Voor beide databanken wordt verder werk gemaakt van een actualisatie van de beschikbare gegevens en van een transparante verspreiding.

Het is evident dat een programma van informatiebeheer, informatieverspreiding en kwaliteitsevaluatie op een eenduidige en transparante wijze moet bestuurd worden. Voor wat betreft de ziekenhuispraktijken wordt de coördinatie verzekerd door de multipartite overlegstructuur die gemeenschappelijk wordt georganiseerd vanuit het RIZIV en het Ministerie van Volksgezondheid. Wat betreft de ambulante praktijk - in casu het

voorschrijfgedrag door huisartsen - is de coördinatie toevertrouwd aan het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk, opgericht binnen de Wetenschappelijke Raad. Deze werkzaamheden worden ondersteund door de hoger vermelde expertencellen.

Het in kaart brengen van verschillen in medische praktijk en het aanwenden van deze informatie om de doelmatigheid van de praktijkvoering te verhogen, is een belangrijk element in de discussie en de jaarlijkse rapportering aangaande de uniforme toepassing van de wetgeving (betreffende de verplichte ziekteverzekering) in heel het land.

In veel sectoren worden er belangrijke verschillen vastgesteld op het vlak van de medische praktijken, en dus ook op het vlak van het beslag dat gelegd wordt op de middelen voor de gezondheidszorg. Deze verschillen doen zich voor tussen de regio's van het land, maar eveneens tussen de sub-regio's, (arrondissementen, provincies...), en eveneens, binnen dezelfde regio of sub-regio tussen artsen en verzorgingsinstellingen. Men moet in feite concluderen dat verschillen tussen de grote regio's van het land een afgeleide zijn van hardnekkige en systematische praktijkverschillen tussen individuele verstrekkers.

De verschillen in medische praktijken zijn op hun beurt het gevolg van een aantal factoren: het gebrek aan consensus of aan een formulering van consensus betreffende goed medisch handelen; een gebrek aan evaluatie en confrontatie van praktijkverschillen; een verschil in aangeleerde methodes op diagnostisch en therapeutisch vlak (bv. naargelang de universiteit van opleiding); een aanbod aan voorzieningen dat in een aantal sectoren te groot is of ongelijk gespreid is over het land; financiële motieven die in de hand gewerkt worden door een sterk ontwikkeld systeem van betaling per prestatie; een gebrek aan financiële en andere stimuli ter ondersteuning van een doelmatige medische praktijk.

In dat kader kan verwezen worden naar bijlage 3: 'Doorgedreven en transparante aanpak van verschillen inzake medische praktijk' (naar aanleiding van het vierde rapport – Jadot – over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land).

## 2. Accreditering en 'peer-review'

Eenmaal de ziekenhuizen en hun artsen de gegevens ter beschikking hebben moet de discussie over de variabiliteit en de kwaliteit van het medisch handelen starten. 'Peer review' biedt de mogelijkheid om door praktijkvergelijking en door toetsing aan wetenschappelijke standaarden permanente verbetering van de medische praktijk na te streven. Hiertoe bestaan er twee belangrijke kanalen: het systeem van accreditering van de artsen en de 'peer review' in de ziekenhuizen.

De accreditering is tot stand gekomen in het kader van het overleg artsen-ziekenfondsen. Via dit systeem wordt het merendeel van de artsen betrokken bij activiteiten gericht op kwaliteitsbevordering in het kader van lokale kwaliteitsgroepen of LOK's. Om de dubbele regelgeving - die bestond bij het Ministerie van Volksgezondheid enerzijds en het RIZIV anderzijds - op te heffen werd een akkoord gesloten tussen de ministers, bevoegd voor volksgezondheid en sociale zaken en de artsen en ziekenfondsen. Op basis van dit akkoord worden de accrediteringsorganen hervormd en krijgen zij, via uitvoering van Artikel 36bis een wettelijke basis. De belangrijkste aanpassing vormt de oprichting van een Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie waarin ook de overheid betrokken partij wordt. Deze raad wordt bevoegd voor de 'peer review' en voor de aanbevelingen inzake het correct gebruik van het Globaal Medisch Dossier, de bevordering van het teamwerk en van diverse samenwerkingsverbanden.

De ziekenhuiswet bepaalt dat de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteit moet worden getoetst, zowel binnen het ziekenhuis als door externe instanties. Voor de medische activiteit werd hieraan uitvoering gegeven door het Koninklijk Besluit van 15 februari 1999 dat een kaderregeling bevat voor de toetsing van de medische activiteit voor die diensten of zorgprogramma's die door de Koning worden aangewezen. Totnogtoe werden negen domeinen aangeduid waar deze toetsing moet gebeuren, waaronder de diensten voor radiotherapie, de centra voor behandeling van chronische nierinsufficiëntie, het cardiale zorgprogramma, de functies voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorg.

De hoofdgeneesheer moet, op basis van een interne registratie, voor elke aangeduide dienst, functie of programma een rapport maken over de kwaliteit van de medische activiteit. De toetsing moet gebeuren aan de hand van indicatoren die in consensus zijn opgesteld door een college van "gelijken". Deze indicatoren hebben onder meer betrekking op de infrastructuur, de mankracht en de medische praktijkvoering. Het college van geneesheren moet op basis van de rapportage van de ziekenhuizen een nationaal rapport opstellen met relevante gegevens.

Een overkoepelend orgaan binnen de Overlegstructuur van ziekenhuizen, bestaande uit ziekenhuisbeheerders, verzekeringsinstellingen en artsen, heeft tot opdracht de werking van de verschillende

colleges te harmoniseren en conclusies te trekken uit de rapporten van de colleges ten aanzien van de bevoegde overheden.

### 3. Thematische campagnes voor de verbetering van de kwaliteit

Om de discussies op een efficiënte wijze te organiseren zullen een aantal thema's van medische praktijk omschreven worden zodat op gerichte wijze campagnes kunnen gevoerd worden. Het zal daarbij gaan om pathologieën die belangrijke aantallen patiënten aangaan en waar manifeste verschillen worden vastgesteld die medisch gezien niet direct verklaarbaar zijn.

De eerste thema's hebben betrekking op het antibioticagebruik in de ziekenhuizen en - in het kader van de accreditering - het gebruik van niet-steroidale anti-inflammatoire geneesmiddelen, het voorschrijfgedrag inzake antibiotica en de behandeling van astma. Ook andere thema's zullen worden uitgewerkt.

#### **4.2.3.4 (De herwaardering van) de centrale rol van de huisarts en het Globaal Medisch Dossier**

Het *Globaal Medisch Dossier* is een belangrijk instrument in het kader van de herwaardering van de centrale rol van de huisarts met het oog op een optimaal gebruik van gezondheidszorg. Om de gewenste uitbreiding tot het geheel van de bevolking mogelijk te maken, worden op gefaseerde wijze bijkomende middelen ter beschikking gesteld, voor het verminderen van het remgeld op de raadpleging voor patiënten met een globaal medisch dossier en voor het honoreren van de huisartsen voor het beheer van het dossier. Deze bijkomende middelen worden beschikbaar gesteld mits het realiseren van een aantal doelstellingen die te maken hebben met het efficiënt beheer van het dossier en het goed gebruik ervan, meer bepaald op het vlak van informatie-uitwisseling met specialisten..

De centrale rol van de huisarts zal verder ook worden benadrukt in het kader van de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

#### **4.2.3.5 Informatie- en communicatietechnologie**

Adequaat informatiebeheer en -uitwisseling is essentieel voor een goede gezondheidszorg. De ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologie openen tal van nieuwe perspectieven. Alleen bij wijze van voorbeeld kunnen vernoemd worden: de elektronische transmissie en opslag van beeldmateriaal, tele-geneeskunde, on-line toegang tot medische databanken, gesystematiseerde aanmaak van verwijfsbrieven, geneesmiddelenbewaking, codering van diagnoses en toegepaste procedures, extractie van gegevens voor kwaliteitsbewaking en voor epidemiologisch onderzoek. Reeds heel wat voorbereidend werk werd geleverd via de Commissie telematica en het elektronisch medisch dossier. Het proces van standaardisering zit in de fase van het haalbaarheidsonderzoek.

Vanaf 2002 kan worden overgegaan tot de invoering van gestandaardiseerde toepassingen in de courante praktijkvoering. Er zullen middelen worden voorzien om de investeringskost in performante softwaresystemen te dekken. Dit is meteen een signaal voor softwareontwikkelaars om de huidige aarzelingen omtrent verdere investeringen in het elektronisch medisch dossier van met name de huisarts achterwege te laten.

#### **4.2.3.6 Samenwerking tussen diverse zorgverstrekkers**

In het Ministerieel Besluit voor de financiering van de ziekenhuizen voor het jaar 2000 werd voorzien dat het budget van financiële middelen van een ziekenhuis wordt verhoogd met een bedrag van 200.000 fr. voor die ziekenhuizen die een protocol afsluiten met de huisartsen binnen de attractiezone van het ziekenhuis. Deze vergoeding beoogt aan te zetten tot innoverende projecten die kunnen bijdragen tot een betere samenwerking tussen de ziekenhuizen en de huisartsen. De projecten moeten vooral de communicatie verbeteren met het oog op complementariteit en continuïteit in de zorgverlening.

Bij de administratie werden inmiddels 67 protocollen tussen huisartsen en ziekenhuizen neergelegd. Het betreft in totaal 88 ziekenhuizen en 171 organisaties van huisartsen. Dit betekent dat ruim de helft van de ziekenhuizen een project heeft ingediend. Bij nadere analyse van de protocollen blijkt dat 46% ervan handelen over opnamebrieven en dat 58% betrekking hebben op ontslagbrieven. Ongeveer een derde van alle protocollen worden uitgevoerd onder een telematicavorm.

Het is dus duidelijk dat de doelstelling, met name vooral inzake opname en ontslag uit het ziekenhuis een doelmatige politiek te voeren, in ruime mate wordt bereikt. Een kwalitatief opnamebeleid veronderstelt dat de eerste lijn de zieke efficiënt doorverwijst, maar ook dat de gegevens in zijn of haar dossier correct worden bijgehouden en doorgestuurd naar het betrokken ziekenhuis. Na het ontslag uit het ziekenhuis heeft de zieke ook meestal een medische follow-up nodig. Opdat de opvang door de eerste lijn goed zou verlopen, is het

essentieel dat het ziekenhuis de gegevens over het ziekenhuisverblijf doorstuurt naar de huisarts evenals richtlijnen voor de verdere opvolging.

#### **4.2.4 Aanbodbeheersing**

Aanbodbeheersing moet zich op diverse, complementaire domeinen uitstrekken: zorgverstrekkers, instellingen en diensten.

Op het gebied van zorgverstrekkers moet het planningsbeleid voor wat betreft artsen, tandartsen en kinesitherapeuten voortgezet worden en verfijnd worden voor wat de specialisten betreft.

Voor wat de instellingen en diensten aangaat moet het aanbod, zowel voor wat de basisdiensten betreft als voor wat dure, hoogtechnologische zorg aangaat, beantwoorden aan noden en behoeften. Dit is momenteel niet het geval omdat de noden en behoeften onvoldoende bekend zijn of omdat de kennis van noden en behoeften onvoldoende vertaling vindt in beleidsmaatregelen enerzijds en gedrag van actoren anderzijds. Ook het bestaan van diverse netten draagt bij tot een overaanbod aan diensten en instellingen. De huidige, aanbodgestuurde gezondheidszorg kan leiden tot onterechte consumptie en tot dreigende onbetaalbaarheid op macroniveau.

Aanbodbeheersing sluit aan op de hierboven aangehaalde doelstelling om optimale kwaliteit van zorg te bereiken en te behouden, aangezien het minimale activiteitsniveau - zeker in het geval van sterk gespecialiseerde zorg een belangrijke determinant van de kwaliteit van zorg - gemakkelijker wordt bereikt in het geval van een beperkt aanbod.

Voor bepaalde diensten en functies is programmatie nodig: het is voldoende gebleken dat het onmogelijk is een beperking te bereiken via het invoeren van strengere normen alleen. De minister rekent op de verantwoordelijkheidszin en expertise van de betrokken actoren om de noden en behoeften zo juist mogelijk in te schatten en zo te komen tot een adequate programmatie.

Anderzijds zal meer nadruk gelegd worden op samenwerking en zal die ook daadwerkelijk gestimuleerd worden. Meer samenwerking moet ertoe kunnen leiden dat diensten en instellingen een complementair aanbod kunnen uitbouwen. Zo moet een einde worden gemaakt aan de onterechte invulling die nog al te vaak aan de fusie- en associatiebesluiten wordt gegeven.

In een aantal dossiers wordt aan dergelijke aanbodbeheersing concreet gestalte gegeven: diensten voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg, zorgprogramma's cardiale pathologie, oncologische zorgverlening –met inbegrip van radiotherapie -, kindergeneeskundige zorg, PET-scan, ...

### **4.3 Specifieke domeinen waar een sterk vernieuwd beleid wordt gevoerd**

#### **4.3.1 Een vernieuwd geneesmiddelenbeleid**

Het vernieuwd geneesmiddelenbeleid situeert zich binnen het globaal beleid inzake gezondheid en gezondheidszorg en streeft dezelfde doelstellingen van doelmatigheid en toegankelijkheid na.

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. In de mate dat dergelijke uitgavenstijging gepaard gaat met een stijging van de kwaliteit van de zorg en met mogelijke besparingen in andere sectoren van de zorg is deze toename aanvaardbaar. De groei van de uitgaven voor geneesmiddelen blijkt echter vaak moeilijk beheersbaar en verklaarbaar. Dit kan leiden tot onzekerheid voor alle actoren, tengevolge van korte termijnreacties en ad hoc maatregelen. Om dit te vermijden dient het beleid in alle geledingen van de sector de nadruk meer te leggen op het bevorderen van de kwaliteit en de prijs/kwaliteit van de huidige en toekomstige farmaceutische zorg.

Het vernieuwd geneesmiddelenbeleid (bijlage 2) voldoet daarom aan de volgende krachtlijnen:

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. De aannemingsprocedure wordt vereenvoudigd en legt meer de nadruk op evidentie, zodat men die nieuwe geneesmiddelen met de beste prijs/kwaliteit verhouding prioritair zal aannemen.
2. Het waarborgen van het aanbod aan farmacotherapeutische innovaties. De aannemingsprocedure wordt beperkt tot 180 dagen. Via ingebouwde mijlpalen [ijkpunten??], waarbij een dossier

automatisch vordert als adviezen of beslissingen niet binnen de vereiste tijd genomen worden, wordt het respecteren van de opgelegde timing gewaarborgd.

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. Met regelmaat zullen bestaande klassen van geneesmiddelen in bepaalde indicaties het voorwerp vormen van een herziening van de evidentie. Ook zullen de zorgverstrekkers aangemoedigd worden om binnen de lokale kwaliteitskringen het voorschrift van geneesmiddelen ter discussie te stellen op basis van kwaliteitscriteria. Tenslotte zal het beleid, wanneer meerdere specialiteiten met een zelfde werkzaam bestanddeel en toedieningsvorm beschikbaar zijn, sterk het gebruik van de goedkoopste specialiteit sterk aanmoedigen.. Dit gebeurt aan de hand van een referentierugbetalingsstelsel, waarbij de duurdere specialiteit een relatief minder gunstige tegemoetkoming geniet.
4. Realistische en op objectieve beleidskeuzen gestoelde budgettaire doelstellingen en met invoering van recuperatiemechanismen in geval van overschrijding. In akkoord met de farmaceutische industrie werd een budget vastgelegd voor de farmaceutische specialiteiten, dat rekening houdt met de werkelijke groei van de behoeften. Indien dit budget toch nog wordt overschreden zullen de bedrijven, elk in verhouding tot hun respectieve omzet, bijdragen tot de recuperatie van de overschrijding.
5. Het waarborgen van de betaalbaarheid voor de patiënt. Door de middelen te alloceren naar die geneesmiddelen met een betere prijs/kwaliteit zullen de patiënten kunnen beschikken over de meest kosteneffectieve geneesmiddelen en zullen deze voor hen betaalbaar zijn. Ook zullen de remgelden voor bepaalde categorieën geneesmiddelen opgenomen worden in het stelsel van de Maximale Gezondheidsfactuur, zodat ook hier de betaalbaarheid gegarandeerd wordt.

### **4.3.2 Het ziekenhuisbeleid en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering**

#### **4.3.2.1 Het ziekenhuisbeleid**

De conceptnota over het ziekenhuisbeleid dat de komende jaren zal worden gevoerd is terug te vinden in bijlage 4. Belangrijke hervormingen (palliatieve zorg, ouderenzorg, ..) die ook op het ziekenhuisbeleid hun weerslag zullen hebben komen elders aan bod en worden hier niet hernomen.

Het gebrek aan ordening in het ziekenhuislandschap heeft geleid tot een "overaanbod" voor een aantal diensten. Omwille van kwaliteits- en financiële redenen is taakverdeling tussen de ziekenhuizen onontbeerlijk: samenwerking (als fusie, associatie, groepering of onder de vorm van netwerken of andere, duurzame samenwerkingsverbanden) blijft verder van het grootste belang.

Het nieuw ziekenhuisconcept vertrekt vanuit de gedachte dat er nood is aan een zorgcontinuüm voor, tijdens en na het ziekenhuisverblijf. Het concept is ook dienstoverschrijdend zowel op het medisch-technische vlak als naar de klinische zorg toe, waar interdisciplinariteit essentieel is, met inbegrip van de psychosociale dimensie. In het nieuw ziekenhuisconcept worden de activiteiten omschreven als programma's. Het programma omvat zowel de diagnostische als de therapeutische mogelijkheden die zich voor een bepaalde pathologie aandienen. Er kunnen binnen een programma verschillende modules worden voorzien, gaande van basisprogramma's tot meer gespecialiseerde programma's. Tot op heden werden twee zorgprogramma's uitgewerkt: het betreft de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde en cardiale pathologie. De besluiten m.b.t. de intensieve neonatologie en de perinatale zorg (de zgn. MIC-NIC-besluiten) kunnen als een zorgprogramma "avant la lettre" worden beschouwd. Ook de besluiten inzake de functies MUG, spoedgevallen en intensieve zorgen kunnen als een zorgprogramma worden beschouwd, ook al is nog verdere bijsturing nodig. In het kader van het nieuw ziekenhuisconcept is het wenselijk om de komende jaren het concept van het basisziekenhuis te herformuleren, evenals enkele specifieke zorgprogramma's te realiseren.

Het basisziekenhuis dient een geheel van basiszorgen te verlenen. Belangrijk is dat het basisziekenhuis zich situeert in een netwerk van voorzieningen waar het samenwerkt met andere ziekenhuizen.

In het kader van een reorganisatie van de spoedgevallenzorg werden totnogtoe een reeks van initiatieven genomen. De functie op het eerste niveau tot op vandaag 'de eerste opvang' genoemd, zal worden omgevormd tot de functie 'spoedgevallenzorg'. Wat het tweede niveau betreft, werden tot op vandaag zowat 150 gespecialiseerde spoedgevallentfuncties erkend. Dit is een veel groter aantal dan aanvankelijk werd vooropgesteld. Omdat dit overaanbod een doelmatige organisatie van de spoedgevallenzorg in de weg staat, wordt daarom een bijsturing van het beleid voorbereid in de richting van een samenhang tussen de organisatie van een functie voor gespecialiseerde zorg en andere functies van het ziekenhuis, zoals

intensieve zorgen. Binnen de beleidsbijsturing wordt verwacht dat de huisartsen een plaats verwerven in de lokale spoedgevallen zorg.

Oncologie is bij uitstek een multidisciplinaire aangelegenheid. De globale benadering van de patiënt met kanker (preventie, diagnose, curatie, palliatie) vergt niet enkel een multidisciplinaire aanpak, maar ook een transmurale benadering, waar de samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen een noodzaak is. Er wordt uitgegaan van twee soorten van programma's voor oncologie. Het eerste programma is een programma dat in elk ziekenhuis kan worden aangeboden. Het veronderstelt dat alle artsen die in het ziekenhuis kankerpatiënten behandelen, samenwerken onder de leiding van een oncoloog. Uiteraard moet dit programma in nauwe samenwerking worden gezien met het tweede type van programma dat een aantal doorgedreven diagnostische exploratiemogelijkheden moet kunnen aanbieden en moet kunnen beschikken over behandelingsmogelijkheden voor zeldzame tumoren en specifieke doelgroepen. Het oncologisch beleid zal begin 2001 tot uitvoering worden gebracht. In afwachting van het ontwikkelen van een zorgprogramma voor oncologie werd beslist om het aantal radiotherapiediensten en hun satellieten te blokkeren.

Een kwalitatief ziekenhuisbeleid veronderstelt dat er een voldoende aandacht uitgaat naar de specifieke behoeften van kinderen. Luidens het interimrapport kunnen hospitalisaties voor kinderen slechts worden toegestaan in ziekenhuizen met een voldoende activiteit aan ziekenhuiszorg voor kinderen. De ziekenhuizen dienen te beantwoorden aan alle vereisten van een degelijk zorgprogramma voor kinderen. Naast dit basisprogramma zijn één of meerdere gespecialiseerde zorgprogramma's voor kinderen.

Op het domein van de geestelijke gezondheidszorg zal, na de omvorming van 1990 en de reconversieoperatie van 2000, de aandacht zich toespitsen op de meest kwetsbare groepen. Het betreft met name een uitbreiding van het aantal K-bedden; projecten voor vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg; verwezenlijking van proefprojecten die moeten leiden tot het vaststellen van normen voor de behandeling van agressieve en sterk gedragsgestoorde patiënten en eveneens voor geïnterneerde personen, de functie zorgbemiddelaar en tot slot de ontwikkeling en ondersteuning van dagcentra in het kader van het beschut wonen.

Ook andere functies zijn betrokken bij de organisatie van de patiëntenzorg. Het gaat erom de verschillende functies die met de patiëntenzorg (vb. het voorbereiden van het ontslag) te maken hebben te stroomlijnen. De opdracht en plaats van de sociale dienst is hierbij van groot belang.

#### **4.3.2.2 De hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering**

De conceptnota over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is terug te vinden in bijlage 5. Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering dient aan te sluiten bij de algemene beginselen van het ziekenhuisbeleid vandaag zoals de patiëntgerichte organisatie van de ziekenhuissector; de integrale benadering van de behandeling, zowel binnen de instelling als in relatie tot de extramurale sector; een op evidentie gestoelde medische praktijkvoering; de stimulering van taakverdeling, complementariteit en samenwerking tussen de ziekenhuizen.

De nieuwe ziekenhuisfinanciering die in 1990/1991 werd ingevoerd, had als voornaamste oogmerk de budgetten van de ziekenhuizen niet langer vast te leggen op historische basis, maar aan de hand van vergelijkingen tussen ziekenhuizen en van criteria die een zo goed mogelijke uitdrukking zijn van de financiële behoeften. De aanpassing van historisch naar doelbudget is in 2000 voor 100% uitgevoerd.

De financiering van de ziekenhuizen zal progressief verder worden hervormd. Bedoeling hierbij is niet langer te steunen op de bedden en andere structurele kenmerken, maar op de reële activiteiten; de parameters verder te verfijnen; de daghospitalisatie gedeeltelijk te integreren in het verpleegdagbudget; een specifieke financiering te voorzien voor de universitaire ziekenhuizen; een stap te zetten naar een meer globale financiering voor geneesmiddelen en medische prestaties; een tijdige en zo definitief mogelijke vaststelling van de budgetten te garanderen; een vereenvoudigd systeem van uitbetaling in te voeren; de budgettaire middelen over de instellingen te verdelen binnen een gesloten en gegarandeerd landelijk globaal budget.

De hervorming sluit ook aan bij de beginselen van het nieuw ziekenhuisconcept: een meer globale en minder gefractioneerde financiering; een financiering die meer gebaseerd is op de activiteiten omtrent de patiënt dan op de vergoeding van het aanbod.

#### **4.3.3 Doelgroepenbeleid**

##### **4.3.3.1 Het palliatief beleid**

De conceptnota over het palliatief beleid is terug te vinden in bijlage 6. Gezondheidszorg moet menswaardig zijn en dus ook aandacht hebben voor het meeleven met en het

begeleiden van de stervende mens. De basisnoden van stervende patiënten - nood aan genegenheid, veiligheid, waardigheid en fysiek comfort - moeten centraal staan en ook de noden van de nabestaanden moeten aandacht krijgen. Het gaat over het bevorderen van de palliatieve cultuur. Omdat het respect voor de keuze van de patiënt belangrijk is, is een sterkere thuiszorg van belang, waarbij deze zorg niet duurder mag zijn dan deze die verstrekt wordt aan patiënten in ziekenhuizen. Daarnaast ligt de nadruk eerder op de versterking van bestaande voorzieningen, structuren en initiatieven, o.a. in thuisvervangende situaties. De palliatieve zorg wordt ingezet op verzoek van de patiënt en verloopt met zijn instemming.

In de thuisomgeving betreft het maatregelen die tot doel hebben het bestaande zorgaanbod te verbreden en toegankelijker te maken (thuisverplegingsforfaits openstellen voor palliatieve patiënten; annuleren van remgelden) én maatregelen die beogen de bestaande samenwerkingsverbanden verder te ondersteunen en uit te bouwen.

In de thuis- en ziekenhuisvervangende omgeving is zowel ruimte voor pilootprojecten met gespecialiseerde dagcentra als voor een aanpassing inzake het functioneren van de palliatieve zorgeenheden (personeelsomkadering, toezichtshonoraria, rol van de huisarts). Dat hierbij ook ruime aandacht zal gaan naar de ondersteuning (middels forfaitaire financiering) van de palliatieve opdracht in de RVT en ROB is evident.

In het ziekenhuis tenslotte zal de palliatieve opdracht eveneens worden versterkt.

Voor het palliatief beleid dat gerealiseerd wordt via het RIZIV, wordt voor 2001 een extra budget van 900 miljoen fr. voorzien. De kostprijs van deze maatregelen bedraagt op kruissnelheid 1.615 miljoen fr.. Met de maatregelen die worden gerealiseerd via het budget van Volksgezondheid komt het totaal bijkomend budget voor het palliatief beleid op 1.730 miljoen fr.

## PARLEMENTAIRE VRAGEN EN ANTWOORDEN

### Vraag nr. 182 van de heer Claude Eerdekens van 20 september 2000 (Fr.) : *Generische geneesmiddelen. — Verkoop. — Substitutie.*

Sinds september 1999 promoot de Franse regering actief het gebruik van generische geneesmiddelen door de apothekers toe te staan een specialiteit te vervangen door een goedkoper maar gelijkwaardig middel. De apotheker moet zich daarbij baseren op een officiële lijst van bio-equivalente producten, wat concreet wil zeggen dat zijn beroepsaansprakelijkheid niet in het geding kan komen.

De invoering van dat substitutierecht heeft de verkoop van generische geneesmiddelen in Frankrijk doen verdrievoudigen, wat op langere termijn een besparing van 24,5 miljard frank moet opleveren.

In België staat het substitutierecht niet op de politieke agenda, omdat ons land sowieso achterligt wat de behandeling van deze problematiek betreft : er zijn maar weinig generische geneesmiddelen op de markt en de voorwaarden voor onderlinge inwisselbaarheid zouden niet strikt genoeg zijn. Er moet dus een globale aanpak komen om de bio-equivalente alternatieven te promoten en in een latere fase het substitutierecht in ons land in te voeren.

1.

a) Welke maatregelen werden of worden er genomen om generische geneesmiddelen sneller op de Belgische markt te brengen ?

b) Zou dit niet bereikt kunnen worden als de administratieve procedure (registratie, prijszetting, terugbetalingsaanvraag) ingesteld en afgerond zou kunnen worden vóór het octrooi op de moedermolecule vervalt ?

2.

a) Bestaat er momenteel een gehomologeerde lijst van originele specialiteiten en hun generische tegenhanger die door de arts als alternatief kan worden voorgeschreven?

b) Zo neen, waarom niet?

c) Zo ja, wordt die lijst onder de artsen verspreid en zo ja, hoe ?

**Antwoord:** Ik heb de eer het geachte lid het volgende mede te delen.

1.

a) Er wordt een serieuze inspanning geleverd om binnen de Farmaceutische Inspectie bijkomend personeel aan te werven. Dit resulteert reeds in een gevoelige uitbreiding van het aantal mensen in deze dienst. Op dit moment wordt bovendien een reorganisatie doorgevoerd binnen de Farmaceutische Inspectie. Dit zal onder meer leiden tot de oprichting van een cel die zich enkel gaat bezighouden met de aanvraag tot registratie van generische geneesmiddelen. Uit de laatste cijfers blijkt dat de termijn nodig voor het toekennen van de

registratie aan het verminderen is. Ik ben ervan overtuigd dat in de nabije toekomst deze evolutie zich gaat doorzetten.

b) Ik wijs erop dat de materie van de octrooibeschermtng niet behoort tot mijn bevoegdheid maar tot deze van mijn collega van Economische Zaken. Inzake het verloop van de procedure registratie-prijsbepaling-terugbetaling zijn gesprekken aan de gang met mijn collega's van Economische Zaken en Sociale Zaken om de procedure te vereenvoudigen en te bespoedigen.

2.

a) Op dit moment bestaat er geen lijst van originele geneesmiddelen met hun eventuele generieken.

b) Zoals reeds aangekondigd in mijn verklaring in de commissie Sociale Zaken en Volksgezondheid op 22 februari 2000 werd een werkgroep opgericht om enerzijds een inventaris op te maken van de bestaande generica en anderzijds om hun administratieve en technische gegevens na te trekken en zo nodig aan te passen.

c) De informatie bekomen volgens punt 2.b) zal dan ook op regelmatige tijdstippen gepubliceerd en verspreid worden onder het medisch-farmaceutisch korps.

**Vraag nr. 179 van mevrouw Michèle Gilkinet van 31 juli 2000 (Fr.) :**  
*Aanwending van RIZIV-statistieken.*

Naar verluidt worden artsen door handelsvertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven over hun voorschrijfgedrag ondervraagd.

De artsenbezoekers zouden daarbij gebruik maken van precieze verkoopcijfers van bepaalde soorten geneesmiddelen, en geven daarmee aan dat ze vrij goed op de hoogte zijn van het voorschrijfgedrag per sector.

Er kunnen inderdaad verkoopstatistieken worden opgemaakt en het RIZIV heeft tot taak de evolutie van het voorschrijfgedrag te controleren en te registreren, maar er rijzen vragen omtrent de verspreiding van die gegevens onder farmaceutische bedrijven die nu over dermate precieze gegevens beschikken dat het voor hen kinderspel is de door een bepaalde arts afgegeven voorschriften in kaart te brengen.

1. Zijn uw diensten hiervan op de hoogte ?

2. Klopt het dat artsenbezoekers toegang hebben tot de meest gedetailleerde informatie over de door artsen uitgereikte voorschriften ?

3. Wie kan, meer algemeen, dit soort informatie raadplegen, en hoe gedetailleerd is de beschikbare informatie (lokalisatie) ?

**Antwoord:** Alvorens de vragen te beantwoorden die betrekking hebben op eventuele inzamelingen die voortvloeien uit privé-initiatieven, moet ik het geachte lid eraan herinneren dat een systeem van inzameling van de voorschrijfgegevens in een ambulante omgeving (systeem Farmanet) sinds 1996 functioneert en dat het RIZIV daardoor kan beschikken over gedetailleerde en volledige informatie over de geneesmiddelen die in het raam van de verplichte verzekering voor elke voorschrijver worden vergoed.

Die gegevens, die per voorschrijver in de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV worden opgesteld, worden vanzelfsprekend nooit aan iemand buiten die dienst bezorgd, met uitzondering van de voorschrijver zelf in het raam van de individuele informatiecampagnes.

Op de drie door het geachte lid gestelde vragen kan ik volgende elementen van antwoord verstrekken.

1. Mijn diensten zijn op de hoogte van het bestaan van systemen van parallelle gegevensinzameling die voortvloeien uit privé-initiatieven, maar beschikken niet over precieze informatie over de wijze waarop de gegevens worden verzameld. Het gaat waarschijnlijk om inzamelingen via steekproef. Technisch zijn gegevensinzamelingen denkbaar op verschillende niveaus : bij een groep geneesheren (die de pathologie kennen), bij een groep apotheken, bij tarifieringsdiensten of bij verzekeringsinstellingen. De groothandelaars zouden ook gegevens kunnen verstrekken over de verkoop van geneesmiddelen, maar kunnen niet het verband leggen met de voorschrijvers.

2. Als er dergelijke systemen bestaan, kan gedetailleerde informatie over de voorschriften van een geneesheer worden verzameld (het geneesmiddelenvoorschrift vermeldt tegelijk het geneesmiddel en het nummer van de voorschrijver). Die gegevens dekken evenwel niet de volledige activiteit van een voorschrijver. Om volledig te zijn zou de inzameling moeten worden uitgebreid tot alle apotheken, tot alle tarifieringsdiensten of tot alle verzekeringsinstellingen.

3. Wat betreft het systeem Farmanet, wordt momenteel de overdracht van de gegevens geregeld in het koninklijk besluit van 29 februari 1996 tot vaststelling van de gegevens inzake te tarifieren verstrekkingen die de tarifieringsdiensten aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten meedelen en tot regeling van de daaraan verbonden kosten.

De tarifieringsdiensten verzamelen de gegevens wat betreft de verstrekkingen verricht door de bij hen aangesloten apothekers. Zij beschikken dus over alle gegevens met betrekking tot een beperkt aantal verstrekkingen. Zij zijn verplicht deze gegevens over te maken aan de verzekeringsinstellingen. Die beschikken dan op hun beurt over al deze gegevens wat betreft de verstrekkingen die verricht werden met betrekking tot hun aangesloten leden.

Tenslotte maken de verzekeringsinstellingen deze gegevens geanonimiseerd over aan het RIZIV, dat beschikt over de totaliteit van deze gegevens. Op het vlak van het RIZIV worden deze gegevens gecontroleerd en verwerkt in samenwerking met de SMALS-MvM.

Bij de uitwerking van het project « Farmanet-uniek spoor» zal in de reglementering duidelijker bepaald worden wie toegang heeft tot welke informatie en voor welke doeleinden, met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

**Vraag nr. 191 van de heer Filip Anthuenis van 13 september 2000 (N.):**

*Ziekenhuizen. — Bijhouden van medische gegevens. — Beheer van grootschalige archieven door firma's.*

Volgens het koninklijk besluit van 3 mei 1999, houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, dienen de medische gegevens 30 jaar te worden bijgehouden. Voor firma's die gespecialiseerd zijn in het beheer van grootschalige archieven rijzen een aantal vragen met betrekking tot de toepassing van dit koninklijk besluit.

1. Mogen in het kader van het bovengenoemde koninklijk besluit van 3 mei 1999 de medische dossiers van een ziekenhuis door een firma worden gestockeerd op cd die wordt overhandigd aan het ziekenhuis?

2. Mogen de desbetreffende dossiers eenmaal ingescand buiten het ziekenhuis worden gestockeerd?

3.

a) Mogen de medische dossiers van overleden patiënten extern worden gestockeerd?

b) Hoelang moeten die gegevens worden bijgehouden?

**Antwoord:** Ik heb de eer het geachte lid het volgende te antwoorden.

1. Geen enkele bepaling van het koninklijk besluit van 3 mei 1999, houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen verzet zich tegen het stockeren van medische dossiers van het ziekenhuis op cd door een gespecialiseerde firma die dan naderhand worden overhandigd aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis blijft evenwel steeds verantwoordelijk voor het naleven van de bepalingen van hogergenoemd koninklijk besluit en voor het respecteren van de privacyreglementering. Zo bepaalt de privacywet (wet van 8 december 1992) bijvoorbeeld in artikel 7, § 2, j), dat de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, verboden is behoudens wanneer de verwerking noodzakelijk is voor doeleinden van preventieve geneeskunde of medische diagnose, het verstrekken van zorg of behandelingen aan de betrokkene of een verwant, of het beheer van de gezondheidsdiensten handelend in het belang van de betrokkene en de gegevens worden verwerkt onder het toezicht van de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

2. Artikel 1, § 3, van hogergenoemd koninklijk besluit bepaalt dat het medisch dossier gedurende minstens 30 jaar in het ziekenhuis dient te worden bewaard. Het stockeren van medische dossiers buiten het ziekenhuis is dus niet toegelaten.

3.

a) Het medische dossier dient overeenkomstig artikel 1, § 3, van hogergenoemd koninklijk besluit in het ziekenhuis te worden bewaard zonder dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen dossiers van levende en overleden patiënten. Het stockeren van medische dossiers van overleden patiënten buiten het ziekenhuis wordt dus niet voorzien zodat men ook moet aannemen dat deze in het ziekenhuis moeten worden bewaard.

b) Deze gegevens dienen overeenkomstig artikel 1, § 3, van hogergenoemd koninklijk besluit gedurende 30 jaar in het ziekenhuis te worden bewaard.

**Vraag nr. 157 van de heer Alfons Borginon van 22 juni 2000 (N.) :**  
*Opname van patiënten in ziekenhuizen. — Kosten van vervoer bij dagopname.*

Men signaleert mij uit de sector het volgende probleem.

Wanneer een patiënt tijdens een opname in een ziekenhuis wordt vervoerd heen en weer naar een ander ziekenhuis (bijvoorbeeld om aldaar een onderzoek te ondergaan), dan betaalt het ziekenhuis van opname de vervoerskosten.

Wat nu indien de opname een dagopname betreft?

Volgens sommige ziekenhuizen moet de mutualiteit betalen vermits een dagopname niet als opname wordt aanzien. Volgens sommige mutualiteiten moet het ziekenhuis betalen vermits een dagopname wel degelijk een opname is. In het kader van het toezicht op de ziekenhuizen wordt een dagopname gelijkgesteld met een opname.

In het kader van de verstrekkingen tijdens een dagopname worden die aanzien als ambulante verstrekkingen en is er dus geen gelijkstelling tussen dagopname en opname. In het kader van de bespreking van artikel 121 van het wetsontwerp dat artikel 50*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wijzigde omtrent de ereloonsupplementen kwam deze discussie ook reeds aan bod. De toen afgelegde interpretatieve verklaring van de heer Jan Lenssens wordt in de discussie als argument gebruikt (*Handelingen*, Kamer, plenaire vergadering, 2 december 1998, blz. 10294-10295).

Wie moet de kosten van vervoer betalen bij dagopname?

**Antwoord:** In de huidige stand van zaken is het antwoord op de vraag van het geachte lid duidelijk : de kosten van vervoer bij dagopname in een ziekenhuis zijn ten laste van de patiënt. Desgevallend kan deze kost (of een deel ervan) worden terugbetaald in het kader van een aanvullende ziekenfondsverzekering van de betrokkene.

Het is enkel in de volgende gevallen dat de kost van het vervoer begrepen is in de ligdagprijs van het ziekenhuis:

— als het gaat om een transfer van het ene ziekenhuis naar een ander, om daar een medisch onderzoek te laten plaatsvinden en dat in het eerste ziekenhuis niet mogelijk is; de patiënt moet nog dezelfde dag terugkeren naar het eerste ziekenhuis;

— als het gaat om een vervoer tussen twee campus van hetzelfde ziekenhuis.

In het kader van de plannen voor een verregaande hervorming van de financiering van de ziekenhuizen, kan deze problematiek met betrekking tot het chirurgisch dagziekenhuis aan bod komen.

**Vraag nr. 173 van de heer Yves Leterme van 8 september 2000 (N.) :**  
*Erkenning van geneesheren. — Specialisten, stagemeeesters en stagediensten. — Nieuwe algemene criteria. — Controle.*

Op 30 april 1999 werd een ministerieel besluit uitgevaardigd door de toenmalige minister van Volksgezondheid met nieuwe algemene criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten.

Er werden in het bijzonder onder meer een aantal regels uitgevaardigd met betrekking tot de wachtdiensten, de verlofdagen en de vergoeding van de geneesheren-specialisten in opleiding.

De nieuwe regels hielden een verbetering in van het statuut van de specialisten in opleiding. Nieuwe regels stellen echter weinig voor indien er geen controle is.

1. Door welke diensten wordt er toezicht uitgeoefend op de naleving van het bovengenoemde ministerieel besluit van 30 april 1999 ?
2. Gaan die diensten ter plaatse in de stagediensten op controle ?
3. Hoeveel controles werden er tot op heden uitgevoerd?
4. Welke overtredingen worden er desgevallend in orde van belangrijkheid vastgesteld ?

5. Hoe wordt de nieuwe regeling door de erkenningscommissie geëvalueerd ?

**Antwoord:**

1. Het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, valt onder de bevoegdheid van de dienst geneeskundepraktijk van het bestuur der Gezondheidszorgen van het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen, die opgericht is bij het ministerie van Volksgezondheid, is bevoegd voor de kwaliteitsbewaking van stagemeeesters en stagediensten, en dit in samenwerking met de dienst geneeskundepraktijk.

Het instrument ter controle op de naleving van « een aantal regels uitgevaardigd met betrekking tot de wachtdiensten, de verlofdagen en de vergoeding van de geneesheren-specialisten in opleiding » wordt aangebracht door artikel 3, § 2, van bovengenoemd ministerieel besluit van 30 april 1999 dat stelt : « Daarenboven brengt de kandidaat-specialist jaarlijks een vertrouwelijk verslag uit aan de geneesheer leidend ambtenaar van de directie geneeskundepraktijk betreffende de kwalitatieve en de kwantitatieve aspecten van zijn stage volgens het model bepaald door deze administratie. Deze verslagen zullen dienen als een van de elementen om de stagemeeester en de stagedienst regelmatig te herevalueren. »

Momenteel moet het model van het jaarlijks vertrouwelijk verslag nog door de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen worden goedgekeurd.

2. Door middel van visitatiecommissies naar aanleiding van aanvragen tot erkenning als stagemeeesters en stagediensten worden er ter plaatse controles uitgevoerd.

3. Het aantal visitatiecommissies dat tussen mei 1999 en oktober 2000 door de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen of in opdracht van deze laatste, door de erkenningscommissies zijn uitgevoerd, bedraagt 23.

4. Ondanks geruchten van lange arbeidsdagen zijn er momenteel nog geen overtredingen naar feiten en naar recht kunnen vastgesteld worden. Zolang de vraag van kandidaten naar een stageplaats, het aanbod van stageplaatsen overtreft, zullen er steeds geruchten zijn van overtredingen.

5. De kwaliteitsbewaking van stagemeeesters en stagediensten gebeurt door de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen, niet door de erkenningscommissies.

---

**01 Mondelinge vraag van mevrouw Greta D'Hondt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de patiënten met chronische ziekten" (nr. 2615)**

**01.01 Greta D'Hondt (CVP):** Op basis van een onderzoek naar de toekenning van het zorgforfait aan chronisch zieken, schuiven de Christelijke Mutualiteiten (CM) een aantal prioriteiten naar voren. In het licht van de beleidsvoorstellen van de minister werd gepeild naar wat chronisch zieken belangrijk vinden. Financiële maatregelen – een hoger inkomen – genieten de hoogste prioriteit. Ook de verdere uitbouw van de hulpverlening aan huis vinden de zieken belangrijk.

Wat denkt de minister over de resultaten van het onderzoek van de CM en over hun voorstellen in verband met de chronisch zieken?

Wanneer zullen die voorstellen in wetgeving worden omgezet?

Voor wanneer mag de uitbreiding van het zorgforfait voor chronisch zieken die niet zorgafhankelijk zijn, maar hoge gezondheidsuitgaven hebben, worden verwacht?

Voor welke initiatieven zal het 1,5 miljard worden aangewend waarin de begroting 2001 voor de chronisch zieken voorziet? Ik heb er geen moeite mee als de minister voor zijn antwoord op sommige vragen naar zijn beleidsbrief, die later vanmiddag besproken wordt, zou verwijzen.

**01.02 Minister Frank Vandenbroucke :** Ik heb het deel betreffende het inkomen van chronisch zieken in het onderzoek van de CM reeds ingekeken, maar heb dit nog niet grondig genoeg kunnen doen. Er zijn nog verschillende andere studies over het inkomen van langdurig zieken. Ook die studies zullen worden onderzocht.

Er is een aantal maatregelen genomen die in het beleidsplan zijn opgenomen, wat later wordt besproken.

Eén maatregel is het systeem van de maximumfactuur. Een eerste onderdeel daarvan is de inbreng van geneesmiddelen. Dit zal door middel van een KB gebeuren voor de sociale franchise; inzake de fiscale franchise moet dit gebeuren door een wijziging van de wetgeving.

Ik wens de maximumfactuur niet in een programmawet te stoppen, maar wil daarvoor een apart wetsontwerp opstellen en een grondig debat daaromtrent voeren in het Parlement.

Het zorgforfait bereikt vandaag 45.000 zieken. Een aantal mensen valt daarbuiten. Daarom willen wij een criterium toevoegen. Als men de voorbije twee jaar 120 dagen in het ziekenhuis verbleef of zesmaal werd opgenomen, komt men in aanmerking voor het zorgforfait. Natuurlijk gelden ook nog de financiële voorwaarden. Op die manier zullen 100.000 zieken in aanmerking komen voor het forfait.

Ik verhoog het incontinentieforfait van 10.000 naar 15.000 frank.

Ik heb op 12 oktober een advies over deze maatregelen gevraagd aan de Raad van State.

Voor de maximumfactuur heb ik een bedrag van 1,4 miljard in de begroting van 2001 ingeschreven. Voor specifieke terugbetalingen is dat 1,5 miljard.

*Het incident is gesloten.*

---

**05 Mondelinge vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de schaalvergroting in Belgische ziekenhuizen" (nr. 2651)**

**05.01 Trees Pieters (CVP):** De overheid gaat er de laatste decennia van uit dat schaalvergroting in de ziekenhuizen voor schaalvoordelen zorgt. Ze heeft via allerlei normen en wetten ingegrepen in de schaalgrootte. Het minimumconcept van het einde van de jaren tachtig zorgde ervoor dat heel wat ziekenhuizen moesten fuseren of sluiten.

Onlangs werd een nieuw onderzoek afgerond omtrent de vraag of grotere ziekenhuizen effectief goedkoper werken dan kleinere. Bestaan al dan niet die schaalvoordelen die als verantwoording voor het beleid van de overheid worden gehanteerd? Volgens deze studie is er geen causaal verband tussen de grootte van de ziekenhuizen enerzijds en het bedrag van de verpleegdagprijs anderzijds en zijn grotere ziekenhuizen qua ligdagprijs niet goedkoper.

Er kan dus niet worden beweerd dat grotere ziekenhuizen goedkoper zouden zijn voor de overheid of rendabeler zouden werken dan de kleinere. De kleinste ziekenhuizen scoren hier vaak het slechtst, maar hetzelfde geldt voor de grootste ziekenhuizen.

Is het resultaat van deze studie realistisch en moet de overheid een nieuw ziekenhuisconcept qua omvang voordragen?

**05.02 Minister Frank Vandenbroucke :** Ik ben niet op de hoogte van de betrokken studie maar heb er zeer veel interesse voor. Op basis van de budgetten B1, waarvan de laatste dateren van 1994, kan onmogelijk worden vastgesteld of door de fusies schaaffecten zijn opgetreden. Het verband tussen de grootte van het budget B1 en de reële kost zal verminderen vanaf 2001 aangezien dan een nieuwe berekeningswijze wordt gehanteerd, die het beschikbare budget op een totaal andere manier zal verdelen.

In het KB van 31 mei 1989 is bepaald dat de maximale grootte van een fusie de 1000 bedden niet mag overschrijden. Vanaf 1 januari 2002 zal elke fusie buiten de grote agglomeraties trouwens maximaal over 700 bedden mogen beschikken. Door deze vermindering willen we vermijden dat in de toekomst nog te omvangrijke ziekenhuizen tot stand zouden komen.

Ik ben ervan overtuigd dat ziekenhuizen van 400 à 500 bedden zeer performant zijn. Er is geen enkel argument om naar ziekenhuizen van 800 tot 900 te streven.

**05.03 Trees Pieters (CVP):** Ik heb met de auteur van betrokken studie een gesprek gehad. Het is een studie van de EHSAL. Hij werkt zelf in een gefuseerd ziekenhuis met een vierhonderdtal bedden en weet dus waarover hij spreekt.

Ik stel vast dat er momenteel op heel wat plaatsen ziekenhuizen zinnens zijn te fuseren. Het gaat dus om een problematiek waarvan we het belang zeker niet mogen onderschatten.

*Het incident is gesloten.*

---

## **"NUMERUS CLAUSUS" – K.B. 7.11.2000 (B.S. 8.12.2000)**

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

### **7 NOVEMBER 2000. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels**

Artikel 1. In het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels wordt een artikel 2bis ingevoegd, luidend als volgt :

« Art 2bis. § 1. Het aantal kandidaten, die jaarlijks na het bekomen van het diploma bedoeld in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, toegang hebben tot de opleiding voor de titel van huisarts die het voorwerp uitmaakt van de erkenning bedoeld in artikel 35ter van hetzelfde besluit, is als volgt vastgesteld op :

300 voor het jaar 2004

300 voor het jaar 2005

300 voor het jaar 2006.

§ 2. Per Gemeenschap is dit aantal vastgelegd op :

1° wat het aantal kandidaten betreft met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt :

180 voor het jaar 2004

180 voor het jaar 2005

180 voor het jaar 2006

2° wat het aantal kandidaten betreft met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt :

120 voor het jaar 2004

120 voor het jaar 2005

120 voor het jaar 2006. »

Art. 2. In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 2ter ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 2ter. § 1. Het aantal kandidaten, die jaarlijks na het bekomen van het diploma bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, toegang hebben tot de opleiding voor de titels van specialisten die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter van hetzelfde besluit, is als volgt vastgesteld op :

400 voor het jaar 2004

350 voor het jaar 2005

300 voor het jaar 2006

§ 2. Per Gemeenschap is dit aantal vastgelegd op :

1° wat het aantal kandidaten betreft met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt :

240 voor het jaar 2004

210 voor het jaar 2005

180 voor het jaar 2006

2° wat het aantal kandidaten betreft met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt :

160 voor het jaar 2004

140 voor het jaar 2005

120 voor het jaar 2006. »

**UITREIKING PRIJS STUDIECENTRUM PRINSES JOSEPHINE-CHARLOTTE – 21.11.2000**

**De Prijs Studiecentrum Prinses Joséphine-Charlotte - 2000** is verleend aan :  
**Dhr Thomas MICHIELS**, "Docteur en Sciences", "Chercheur qualifié du F.N.R.S." aan de "Université Catholique de Louvain" voor zijn werk :  
**"Tropisme en persistentie van het Theiler-virus in het centrale zenuwstelsel van muizen"**.

---

**WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING**

***1st Announcement  
European Board Exam of Orthopaedics and Traumatology  
1<sup>st</sup> to the 3<sup>rd</sup> of June 2001 in Rhodes – Greece***

The first exam of the European Board of Orthopaedics and Traumatology is going to take place during the meeting of the European Orthopaedic Research Society (EORS) that precedes the congress of the European Federation of the National Associations of Orthopaedics and Traumatology in Rhodes – Greece on the 1<sup>st</sup> to the 3<sup>rd</sup> of June 2001.

**Requirements** : 1. Citizenship of European Community – 2. Certificate of full qualification as an Orthopaedic Surgeon by the National Society.

**Title** : "Fellow of the European Board of Orthopaedics and Traumatology"

*Please read the information that will be published in the European Orthopaedic literature or contact your national UEMS-European Board of Orthopaedics and Traumatology delegate.*

---

## AANKONDIGINGEN

- 00090 **BRUSSEL** : Privé medisch centrum (1080 Brussel) zoekt : een **REUMATOLOOG OF FYSIOTHERAPEUT** en een **KINDERARTS**. Tel. : 02/425.66.19.
- 00104 **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.
- 00105 **TE KOOP**: zeer mooie **RADIOLOGISCHE PRIVAATPRAKTIJK** in volle activiteit, regio Bergen: RX, mammo, echo-doppler, plaats voorzien voor scanner. Uitgebreid cliënteel, geïnformatiseerd secretariaat, gemakkelijke toegang, grote parking, garages, appartement, kelderruimte. Indien ernstige interesse, contacteer via fax: 065/52.03.70.
- 00107 **FRANCE** : **OPHTALMO** région sud-est de la France (bord de mer) vend clientèle médico-chirurgicale, parts en cliniques, phaco, angio, laser, excimer. Tél. le soir 00.33.4.94.29.43.94.
- 00108 **DENDERMONDE** : Het Algemeen Ziekenhuis Sint-Blasius / vzw O.L. Vrouw van Troost, Kroonveldlaan 50 te 9200 Dendermonde, tel. 052/25.20.11, heeft een vacature voor een **RADIOLOOG** m/v als volwaardig staflid van de dienst Medische Beeldvorming van het Algemeen Ziekenhuis Sint-Blasius. Naast een goede kennis van de algemene radiologie en de echografie is een grondige kennis van magnetische resonantie vereist. Belangstellenden kunnen hun sollicitatie met uitgebreid curriculum vitae richten aan dhr. Hugo Casteleyn, Algemeen Directeur, met een afschrift gericht aan Dokter Marc De Paepe, Hoofdgeneesheer op hogervermeld adres. Nadere informatie kan telefonisch bekomen worden bij Dr R. Usewils, diensthoofd medische beeldvorming op tel. 052/25.26.95. Afsluitdatum voor deze vacature : 31 januari 2001.

## Inhoudstafel

• Spoedgevallenzorg – Overgangsbepalingen met één jaar verlengd .....	1
• Nieuwe impassen in de medische aansprakelijkheid? .....	2
• Wetsvoorstel euthanasie / amendementen .....	6
• Uit de beleidsnota van de minister van Sociale Zaken .....	10
• Parlementaire vragen en antwoorden .....	24
• Numerus Clausus – K.B. 7.11.2000 (B.S. 8.12.2000) .....	30
• Uitreiking Prijs Studiecentrum Prinses Joséphine-Charlotte – 21.11.2000 .....	31
• Wetenschappelijke vergadering .....	31
• Aankondigingen .....	32