
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen 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@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 7 / OKTOBER 2003

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

OPTIMALISEER HET FINANCIËEL MANAGEMENT IN UW ZIEKENHUIS OF ZORGINSTELLING

Uiteenzetting van Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal van het VBS, gehouden op uitnodiging van het "Institute for International Research" in de Diamant Building te Brussel op 16 september 2003 betreffende de **referentiebedragen** en het **ontwerp van forfaitarisering van de geneesmiddelen bij gehospitaliseerde chirurgiepatiënten**.

KUNNEN ARTSEN MEDISCH VERANTWOORD ANTICIPEREN OP DE FINANCIËLE RISICO'S BIJ HET BEREKENEN VAN DE REFERENTIEBEDRAGEN ?

1. Inleiding

De uitoefening van de geneeskunde werd eeuwenlang een kunst genoemd, vooral omdat de wetenschap onvoldoende ver gevorderd was om de vele vragen te beantwoorden.

Vandaag weten we oneindig veel meer dan pakweg 100 jaar geleden. Desalniettemin is het woord geneesKUNST meer dan ooit op zijn plaats.

Artsen moeten niet alleen hun wetenschappelijke kennis in praktijk brengen, ze moeten dit doen op een holistische manier die aan de verwachtingen en de rechten van de patiënt voldoet, gebaseerd op medische evidentie, binnen een relatief beperkt budget, onder het toezicht van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV en onder de groeiende dreiging van conflicten in verband met hun beroepsaansprakelijkheid.

Anticiperen op risico's allerhande moet dus de artsen hun tweede natuur worden om te kunnen blijven balanceren op de slappe koord van een goede gezondheidszorg.

Wij zullen ons in deze uiteenzetting beperken tot de risico's die de nieuwe, ons door de Overheid opgelegde systemen kunnen inhouden. Meer in het bijzonder zullen we het wettelijk systeem van de "referentiebedragen voor standaardpathologieën" behandelen en de plannen om bepaalde geneesmiddelen en farmaceutische producten afgeleverd tijdens een ziekenhuisverblijf meer forfaitair te gaan financieren.

2. Referentiebedragen voor standaardpathologieën

2.1. Wettelijke basis en intenties van de regering

Artikel 11 van de Wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (B.S. 10.09.2002) voert met artikel 56 ter in de Wet op geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994 het systeem van referentiebedragen in.

Artikel 47 van dezelfde Wet van 22.08.2002 vult artikel 137 van de Wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 07.08.1987, aan met een bepaling die zeer beknopt vaststelt hoe de verrekening dient te gebeuren indien het ziekenhuis moet terugbetalen.

De berekeningen nodig voor het vaststellen van de referentiebedragen worden gemaakt door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg¹.

De referentiebedragen worden tevens voor advies voorgelegd aan de multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid, opgericht door artikel 153 van de wet van 29 april 1996. In de multipartitestructuur zetelen vertegenwoordigers van de representatieve artsenorganisaties, de ziekenhuisorganisaties en de verzekeringsinstellingen naast afgevaardigden van de bevoegde minister(s) en ambtenaren van de F.O.D. Volksgezondheid en van het RIZIV.

In haar verklaring van 14.07.2003 stelt de nieuwe paarse regering dat, om de ontwikkeling van de uitgaven te beheersen binnen de voorziene groei, zij dit zal doen door ondermeer: *“de evaluatie van het voorschrijfgedrag en van de toepassing van technische prestaties, teneinde de ongerechtvaardigde verschillen tussen medische praktijken uit te schakelen; na evaluatie van de wet door het Kenniscentrum waarbij met alle aspecten zal worden rekening gehouden, kan de toepassing van de referentiebedragen in de ziekenhuizen worden verbreed en of versterkt”*; en verder : *“het overschakelen in ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen van een structurele financiering naar een financiering op basis van pathologieën; de pathologiefinanciering zal ook worden uitgebreid naar geneesmiddelen, daghospitalisatie en technische onderzoeken”*.

2.2. Praktische uitwerking

Het systeem van de referentiebedragen per opname voor standaardpathologieën is alleen van toepassing voor patiënten die in het ziekenhuis verblijven. De referentiebedragen zijn dus niet van toepassing voor verstrekkingen in daghospitalisatie en uiteraard niet voor gewone ambulante verstrekkingen.

De eerste periode waarop de nieuwe regeling zal worden toegepast betreft de ziekenhuisopnames die na 1 oktober 2002 en vóór 31 december 2003 worden beëindigd.

De referentiebedragen worden toegepast op 28 diagnosegroepen die worden gevormd op basis van de All Patients Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRG), Definitions Manual, Version 15.0 : 16 chirurgische en 12 medische APR-DRG's.

¹ Dit "Kenniscentrum" is opgericht bij artikel 259 van de Programmawet (I) (1) van 24 december 2002 (B.S. 31.12.2002).

Chirurgische APR-DRG's :

- 073 ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie
- 097 adenoïdectomie en amygdalectomie
- 179 onderbinden en strippen van venen
- 225 appendectomie
- 228 ingrepen voor hernia inguinalis en cruris
- 263 laparoscopische cholecystectomie
- 302a majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma – enkel code 289085, arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop)
- 302b majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma – enkel code 290286, femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese
- 313 Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet,
 - enkel code 300344, therapeutische artroscopieën (partiële of totale minesectomie)
- 318 verwijderen van inwendige fixatoren
- 482 transurethrale prostatectomie
- 513a Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen
 - enkel code 431281, totale hysterectomie, langs abdominale weg
- 513b Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen
 - enkel code 431325, totale hysterectomie, langs vaginale weg
- 516 laparoscopie en onderbreken tubae
- 540 keizersnede
- 560 vaginale bevalling

Medische APR-DRG's

- 045 CVA met herseninfarct
- 046 niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct
- 047 transient ischemia
- 134 longembolie
- 136 nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel
- 139 gewone pneumonie
- 190 circulatoire aandoeningen met AMI
- 202 angina pectoris
- 204 syncope en collaps
- 244 diverticulis en diverticulosis
- 464 urinaire stenen met ESWLithotripsie
- 465 urinaire stenen zonder ESWLithotripsie

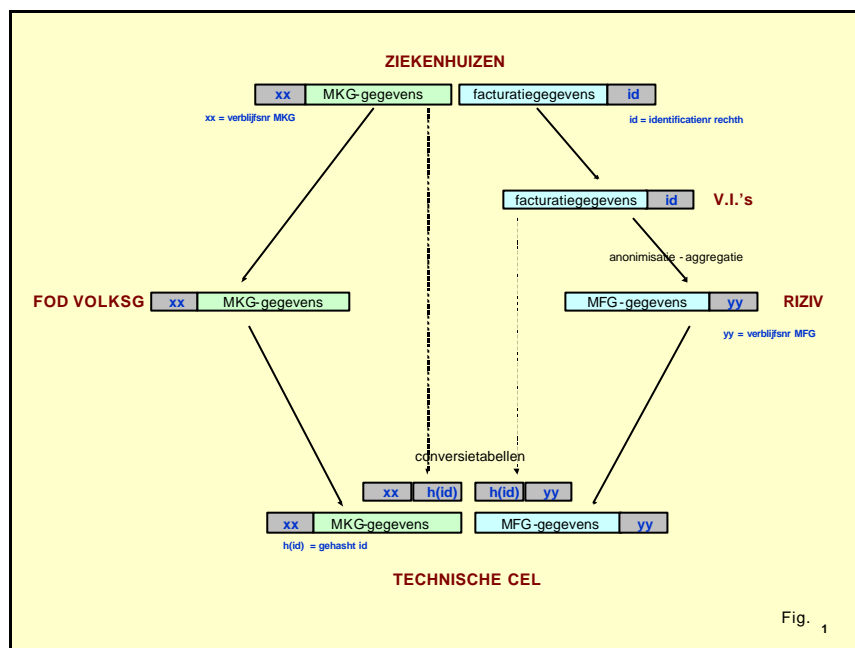
Bij de analyse van voornoemde 28 APR-DRG's worden er drie grote prestatiegroepen in de berekening weerhouden :

- 1° : De verstrekkingen i.v.m. medische beeldvorming opgenomen in artikel 17, § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17 bis en 17 ter van de nomenclatuur. De forfaitaire vergoedingen, de angiografieën en artikel 17 quater (echografie door "connexisten" dat pas bij K.B. van 26.03.2003 (B.S. 31.03.2003) werd ingevoerd) zijn uitgesloten.
- 2° : De verstrekkingen i.v.m. klinische biologie opgenomen in artikel 3 § 1, A, II en C, I artikel 18, § 2, B, e) en artikel 24, § 1 van de nomenclatuur, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen.
- 3° : Sommige technische prestaties:
 - de overige technische geneeskundige verstrekkingen van artikel 3
 - de verstrekkingen inzake kinesitherapie van artikel 7
 - de algemene speciale verstrekkingen van artikel 11

- de verstrekkingen inzake inwendige geneeskunde van artikel 20a ondermeer de dialyse
- de verstrekkingen inzake pneumologie van artikel 20b
- de verstrekkingen inzake gastro-enterologie van artikel 20c
- de verstrekkingen inzake pediatrie van artikel 20d
- de verstrekkingen inzake cardiologie van artikel 20e
- de verstrekkingen inzake neuropsychiatrie van artikel 20f
- de verstrekkingen inzake fysiotherapie van artikel 22 van de nomenclatuur.

De regeling wordt toegepast op de MKG-MFG-databank¹ die de Technische Cel² aanmaakt en valideert.

Dit is een omslachtige bewerking omdat er twee grote gegevensstromen bestaan die nadien opnieuw moeten worden samengebracht (cfr. figuur 1).



De ziekenhuizen leveren hun MKG-gegevens aan de FOD Volksgezondheid en hun facturatiegegevens aan de landsbonden der mutualiteiten. Deze laatste bezorgen deze gegevens onder geaggregeerde en geanonimiseerde vorm aan het RIZIV. De Technische Cel brengt beide gegevensstromen samen, maar heeft daarvoor ook nog bijkomend de medewerking van de ziekenhuizen en van de verzekeringsinstellingen nodig, met name via correspondentietabellen met “gehashte” (= unidirectioneel geëncrypteerde) patiëntnummers.

Het referentiebedrag is de gemiddelde Belgische consumptie, verhoogd met 10%, berekend per APR-DRG, voor de graden van ernst van de behandelde pathologie 1 en 2 (severity index 1 en 2) en voor elk van de drie grote prestatiegroepen.

De verblijven waarvoor de uitgaven per prestatiegroep hoger liggen dan het derde kwartiel van de uitgaven in de bestudeerde prestatiegroep verhoogd met tweemaal het verschil tussen het derde en het eerste kwartiel [$Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$], worden beschouwd als “outliers” en worden per ziekenhuis verwijderd.

De consumptie betreft enkel de uitgaven binnen de verplichte ziekteverzekering.

¹ Databank van de minimale klinische gegevens gekoppeld aan de minimale financiële gegevens.

² Technische Cel, opgericht bij artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen (B.S. 30.04.1996).

Dit referentiebedrag vormt de norm waarmee elk individueel ziekenhuis wordt vergeleken.

Voor elk ziekenhuis wordt het product gemaakt per APR-DRG, graad van ernst en prestatiegroep, van het referentiebedrag en het aantal verblijven. Dit product noemt men de gestandaardiseerde uitgaven. Het wordt berekend voor elk van de 28 APR-DRG's.

Indien de werkelijke uitgaven van het ziekenhuis per APR-DRG en per prestatiegroep de gestandaardiseerde uitgaven overschrijden met 10% of meer, dan is er sprake van een recupereerbaar bedrag.

Het is mogelijk dat binnen één APR-DRG de graden van ernst elkaar neutraliseren, indien vb. de onderschrijding in Severity Index 2 (S.I. 2) groter is dan de overschrijding in S.I. 1.

Als er recupereerbare bedragen voor een ziekenhuis worden vastgesteld gebeuren er twee berekeningen.

Een eerste berekening heeft uitsluitend betrekking op de chirurgische APR-DRG's. Indien dit resulteert in een "recupereerbaar bedrag", dient dit te worden terugbetaald.

§ 5 van artikel 56 ter van de G.V.U.-wet zegt dat "het verschil in mindering wordt gebracht van de aan de verzekering aangerekende honoraria. De wijze waarop moet nog in een koninklijk besluit worden uitgewerkt. Art. 56 ter § 5 voegt er aan toe dat de ziekenhuisbeheerders en de ziekenhuisgeneesheren hierbij een gedeelde verantwoordelijkheid dragen. In het Parlement heeft toenmalig minister Frank VANDENBROUCKE op 15.07.2002 verklaard dat "deze terugvordering zal gebeuren door het in mindering te brengen van de bedragen naar aanleiding van de eerstvolgende factuur door de Overheid".

Een tweede berekening gebeurt op de chirurgische én medische APR-DRG's. In geval er een recupereerbaar bedrag wordt vastgesteld in meer dan 50% der APR-DRG's voor de 3 prestatiegroepen, wordt dit aanzien als een systematische overschrijding, en worden de gegevens van het ziekenhuis bekendgemaakt op de webstek van het RIZIV. Deze maatregel voegt zich bovenop het eventueel vaststellen van een recupereerbaar bedrag op basis van chirurgische APR-DRG's.

Het is duidelijk dat deze publicatie van ziekenhuizen met een verbruik aan medisch-technische prestaties dat veel hoger ligt dan de norm, onmiddellijk zal overgenomen worden in de mutualiteitsbladen, de gespecialiseerde medische pers en in de algemene media. Dergelijke ziekenhuizen dreigen dus publiek aan de schandpaal te worden genageld, omdat ze in meer dan de helft van de 28 APR-DRG's 21 % of meer boven het gemiddeld Belgisch verbruik liggen (10% of meer boven het referentiebedrag, dat zelf het Belgisch gemiddelde is, verhoogd met 10%).

2.3. Preventieve campagnes door de Technische Cel

Om de ziekenhuisdirecties, de voorzitters van de Beheerraden en van de Medische Raden duidelijk te maken dat de wet van 22.08.2002 betreffende de referentiebedragen geen dode letter is, bezorgde de Technische Cel alle ziekenhuizen al twee simulaties vergezeld van een uitvoerige verklarende nota.

Op 23.09.2002 verstuurde de Technische Cel een simulatie gebaseerd op de gegevens van 1997. Op 18.12.2002 stuurde de Technische Cel de volledige lijst met de nationale referentiebedragen per APR-DRG en per severity index. Op 17.06.2003 zond de Technische Cel een nieuwe simulatie, gebaseerd op de gegevens van 2000.

De simulatie op de gegevens van het jaar **1997** had betrekking op 119 ziekenhuizen. Voor alle ziekenhuizen samen en voor de drie prestatiegroepen samen zou 3.231.440,03 euro moeten worden ingehouden of 16,7 % van het totaal bedrag van 19.397.238,09 euro voor het geheel van de 16 chirurgische APR-DRG's.

Voor de klinische biologie bijvoorbeeld zou het in te houden bedrag in de simulatie 1997 635.685,36 euro op een totaal van 3.592.669,55 € of 17,7 % zijn geweest.

Tabel 1 geeft voor de simulatie 1997 de bedragen weer voor de drie prestatiegroepen afzonderlijk.

Simulatie 1997	Recupereerbaar bedrag (in euro)	Totaal bedrag (in euro)	%
Medische beeldvorming	903.040,42	6.251.641,50	14.4
Klinische biologie	635.685,36	3.592.669,55	17.7
Technische prestaties e.a.	1.692.714,25	9.552.927,04	17.7
TOTAAL	3.231.440,03	19.397.238,09	16.7

Tabel 1

Voor de drie prestatiegroepen samen zouden er in de simulatie 1997 op de 119 ziekenhuizen slechts twee ziekenhuizen zijn geweest in het ganse land waar niets zou moeten worden ingehouden voor het geheel van de drie prestatiegroepen samen.

Voor 47 ziekenhuizen zou tussen 1 en 10% van het totaal van de in aanmerking genomen prestaties moeten worden gerecupereerd; voor 43 ziekenhuizen tussen 11 en 20%, voor 17 van 21 tot 30%, voor 7 van 31 tot 40% en voor 3 van 41 tot 50% (cfr. tabel 2).

Simulatie 1997 Aantal ziekenhuizen	Totaal recupereerbaar bedrag voor de drie prestatiegroepen samen in % van het totale bedrag voor dezelfde prestaties per ziekenhuis
2	0
47	1 – 10
43	11 – 20
17	21 – 30
7	31 – 40
3	41 – 50
Totaal : 119	16,7

Tabel 2

In absolute cijfers betekent dit dat er twee ziekenhuizen zouden geweest zijn waar geen recupereerbaar bedrag was, 96 met een recupereerbaar bedrag tussen 1 en 50.000 euro, 15 met 50.001 tot 100.000 euro recupereerbaar, 5 met 100.001 tot 150.000 euro, en één met +/- 235.000 euro aan recupereerbaar bedrag (cfr. tabel 3).

Simulatie 1997 Aantal ziekenhuizen	Recupereerbaar bedrag voor de drie prestatiegroepen samen per ziekenhuis in euro
2	0
96	1 – 50.000
15	50.001 – 100.000
5	100.001 – 150.000
1	+/- 235.000
Totaal : 119	3.231.440,03

Tabel 3

Wat bijvoorbeeld de klinische biologie betreft zouden er in de simulatie 1997 17 van de 119 ziekenhuizen zijn geweest waar niets zou moeten worden gerecupereerd, 57 waar tussen 1 en 10% van de honoraria voor de in aanmerking genomen prestaties zou worden gerecupereerd, 16 tussen 11 en 20%, 14 tussen 21 en 30%, 10 tussen 31 en 40%, 4 tussen 41 en 50 % en één ziekenhuis zelfs 51 % (cfr. tabel 4).

Simulatie 1997 Aantal ziekenhuizen	Recupereerbaar bedrag klinische biologie in % van het totale bedrag klinische biologie voor dezelfde prestaties per ziekenhuis
17	0
57	1 – 10
16	11 – 20
14	21 – 30
10	31 – 40
4	41 – 50
1	> 50
Totaal : 119	17,7

Tabel 4

In absolute bedragen (in euro) zouden er 17 ziekenhuizen zijn geweest waar geen recuperaties in verband met klinische biologie zouden moeten gebeuren, 75 waar tussen 1 en 5.000 euro zou moeten worden gerecupereerd, 6 tussen 5.001 en 10.000 euro, 8 tussen 10.001 en 15.000 euro, 5 tussen 20.001 en 25.000 euro, 3 tussen 25.001 en 30.000 euro 2 tussen 30.001 en 35.000 euro , 1 tussen 35.001 en 40.000 euro en 2 tussen 40.001 en 45.000 euro (cfr. tabel 5).

Simulatie 1997 Aantal ziekenhuizen	Recupereerbaar bedrag klinische biologie per ziekenhuis in euro
17	0
75	1 – 5.000
6	5.001 – 10.000
8	10.001 – 15.000
5	20.001 – 25.000
3	25.001 – 30.000
2	30.001 – 35.000
1	35.001 – 40.000
2	40.001 – 45.000
Totaal : 119	635.685,36

Tabel 5

De simulatie voor het jaar **2000** heeft betrekking op 115 ziekenhuizen, en slaat op dezelfde 28 vermelde APR-DRG's : 16 chirurgische en 12 medische.

Het aantal weerhouden APR-DRG's per ziekenhuis bedraagt gemiddeld 7,0 voor de medische en 11,1 voor de chirurgische APR-DRG's. In de simulatie 1997 bedroeg het gemiddeld aantal 7,9% voor de medische en 13,5% voor de chirurgische APR-DRG's (cfr. tabel 6).

Gemiddeld aantal weerhouden APR-DRG's per ziekenhuis

Soort	Theoretisch maximum	Simulatie 1997	Simulatie 2000
Medisch	12	7,9	7,0
Chirurgisch	16	13,5	11,0
Totaal	28	21,4	18,0

Tabel 6

Er zijn dus, zowel in 1997 als in 2000, ziekenhuizen die voor bepaalde APR-DRG's geen of een onvoldoende aantal gekoppelde verblijven hebben rekening houdende met de minimale drempels die gehanteerd werden. Een reden hiervoor kan bijvoorbeeld zijn dat bepaalde APR-DRG's quasi steeds in het dagziekenhuis werden behandeld. De minimale drempel die wordt gehanteerd ligt op de APR-DRG's en graad van ernst met 20 MKG verblijven en met minstens 10 gekoppelde MKG-MFG verblijven. Die drempel is nodig omdat de mutualiteiten en/of de ziekenhuizen niet altijd alle gegevens doorsturen, zodat extrapolaties nodig zijn.

Het gemiddeld percentage van de weerhouden APR-DRG's waarvoor er per ziekenhuis voor 2000 een recupereerbaar bedrag aangetoond wordt, is voor de medische beeldvorming 20,0 (28,4% in 1997), voor de klinische biologie 18,5 % (29,7% in 1997) en voor de groep van technische prestaties e.a. 18,0 % (30,5% in 1997) (cfr. tabel 7).

Gemiddeld percentage per ziekenhuis van de weerhouden APR-DRG's met een recupereerbaar bedrag per prestatiegroep

Prestatiegroep	Simulatie 1997	Simulatie 2000
Medische beeldvorming	28,4	20,0
Klinische biologie	29,7	18,5
Technische prestaties e.a.	30,5	18,0

Tabel 7

Volgens de wet wordt een ziekenhuis op de webstek vermeld als het een recupereerbaar bedrag heeft in meer dan 50% der APR-DRG's voor de drie prestatiegroepen. Binnen de simulatie met de gegevens van 2000 zouden 6 van de 115 bestudeerde ziekenhuizen op de webstek gepubliceerd zijn geworden (5,2%). In 1997 zouden het er 8 van de 119 zijn geweest (6,7%).

Het recupereerbaar bedrag voor de chirurgische APR-DRG's bedraagt volgens de simulatie van 2000 voor alle ziekenhuizen samen en voor de drie prestatiegroepen samen 2.966.712,50 euro, en dit op een totaal bedrag voor dezelfde prestatiegroepen van 20.397.849,77 euro (het betreft geëxtrapoleerde bedragen). In percentage uitgedrukt komt dit neer op 14,5 %.

Tabel 8 geeft de bedragen weer voor de drie prestatiegroepen afzonderlijk.

Simulatie 2000	Recupereerbaar bedrag (in euro)	Totaal bedrag (in euro)	%
Medische beeldvorming	740.540,22	5.219.167,38	14.2
Klinische biologie	643.007,12	3.935.563,61	16.3
Technische prestaties e.a.	1.583.165,16	11.243.118,78	14.1
TOTAAL	2.966.712,50	20.397.849,77	14.5

Tabel 8

Voor de drie prestatiegroepen samen zou er in de simulatie 2000 op 115 ziekenhuizen 4 zijn geweest waar geen recupereerbaar bedrag was. Voor 49 ziekenhuizen zou het recupereerbaar bedrag hebben gelegen tussen 1 en 10% van het totaal bedrag van de in aanmerking genomen prestaties, voor 37 tussen 11 en 20%, voor 10 tussen 21 en 30%, voor 13 tussen 31 en 40% en voor 2 tussen 40 en 50% (cfr. tabel 9).

Simulatie 2000 Aantal ziekenhuizen	Totaal recupereerbaar bedrag voor de drie prestatiegroepen samen in % van het totale bedrag voor dezelfde prestaties
4	0
49	1 – 10
37	11 – 20
10	21 – 30
13	31 – 40
2	41 – 50
Totaal : 115	14,5

Tabel 9

In absolute cijfers betekent dit dat er 4 ziekenhuizen zouden zijn geweest waar geen recupereerbaar bedrag was, 60 met een recupereerbaar bedrag tussen 1 en 20.000 euro, 25 met 20.001 tot 40.000 euro, 11 met 40.001 tot 60.000 euro, 4 met 60.001 tot 80.000 euro, 8 met 80.001 tot 100.000 euro en 3 met 120.001 tot 140.000 euro (cfr. tabel 10).

Simulatie 2000 Aantal ziekenhuizen	Totaal recupereerbaar bedrag voor de drie prestatiegroepen samen per ziekenhuis in euro
4	0
60	1 – 20.000
25	20.001 – 40.000
11	40.001 – 60.000
4	60.001 – 80.000
8	80.001 – 100.000
3	120.001 – 140.000
Totaal : 115	20.397.849,77

Tabel 10

Op vraag van de toenmalige minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE, werd ook een uitsplitsing gemaakt per gewest. Het totaal recupereerbaar bedrag voor de drie prestatiegroepen samen in procent van het totale bedrag voor dezelfde prestaties ligt voor de simulatie 2000 op 20,9 % voor het Brussels, op 17,7 % voor het Waals en op 10,2 % voor het Vlaams Gewest. Het Belgisch gemiddelde ligt op 14,5 % (cfr. tabel 11). Voor de simulatie 1997 waren de percentages respectievelijk 25,3 – 20,2 en 11,3.

	Totaal recupereerbaar bedrag voor de drie prestatiegroepen samen in % van het totale bedrag voor dezelfde prestaties	
	Simulatie 1997	Simulatie 2000
Brussel	25,3	20,9
Wallonië	20,2	17,7
Vlaanderen	11,3	10,2
België	16,7	14,5

Tabel 11

Van de zes ziekenhuizen die in de simulatie 2000 zouden gepubliceerd worden op de RIZIV- webstek zijn er 2 Brusselse en 4 Waalse. Van de acht "afficheerbare" ziekenhuizen in de simulatie 1997 waren er 7 Waalse en 1 Brussels (cfr. tabel 12).

Aantal op de RIZIV webstek te publiceren ziekenhuizen met een recupereerbaar bedrag in meer dan 50% der APR-DRG's voor de drie prestatiegroepen

	Simulatie 1997	Simulatie 2000
Brussel	1	2
Wallonie	7	4
Vlaanderen	0	0
België	8	6

Tabel 12

2.4. Knelpunten

2.4.1. Medische

Het is logisch dat de grote meerderheid van de ziekenhuizen, en dus van de Medische Raden, zullen te maken krijgen met recuperaties. Elk ziekenhuis wordt immers 48 maal gecontroleerd : 16 chirurgische APR-DRG's vermenigvuldigd met drie types verstrekkingen.

Hoe moeten artsen dit nieuwe fenomeen aanpakken ?

Het systeem van referentiebedragen is verschillend van de bestaande forfaitaire systemen. Theoretisch zou men kunnen stellen dat in een systeem van forfaitaire honoraria de prikkel aanwezig is om zo weinig mogelijk prestaties te verrichten. De realiteit leert echter dat zelfs in de klinische biologie, die voor 75% forfaitair wordt gehonoreerd, het aantal analyses steeds verder is blijven toenemen, maar minder snel dan voorheen.

In een systeem met referentiebedragen bestaat de economisch ideale situatie er in dat de ziekenhuizen zo dicht mogelijk bij het plafond presteren.

Overbodige verstrekkingen dienen te worden geweerd. Het is dus van essentieel belang dat klinisch biologen, radiologen en andere specialisten die medisch-technische acten uitvoeren, de simulaties afkomstig van de Technische Cel bestuderen en er de nodige conclusies uit trekken. Nog meer detailinformatie vanwege de Technische Cel is nodig om sommige puzzels te kunnen oplossen.

Stel vb. dat er in een ziekenhuis voor de APR-DRG 560, vaginale bevalling, een belangrijk recupereerbaar bedrag bestaat voor de prestatiegroep klinische biologie. Om te remediëren, zouden gynecologen, pediaters en klinisch biologen moeten kunnen aantonen in welk onderdeel van de klinische biologie afwijkend wordt gescoord (vb. infectieuze serologie, microbiologie, immunohematologie ... ?).

Het uitwerken van klinische paden (in ons voorbeeld het pad zwangerschap – bevalling) kan zeker bijdragen om bepaalde, dikwijls historisch gegroeide en vastgeroeste voorschrijfpatronen te verlaten en rationeler en op medische evidentie gebaseerd te gaan voorschrijven.

Voor de 16 geselecteerde chirurgische APR-DRG moet het mogelijk zijn een goed klinisch pad, inclusief de nodige standaardonderzoeken op te stellen. Voor de 12 medische APR-DRG's ligt dit veel moeilijker, maar (voorlopig?) wordt hier niet gerecupereerd.

Waar medisch verantwoord, betekent een goed klinisch pad ook dat patiënten bij voorkeur in daghospitaal zullen worden behandeld. Het systeem van referentiebedragen is niet van toepassing op de daghospitalisatie.

Maar er stelt zich wel een probleem i.v.m. de heterogeniteit van de verstrekkingen die in aanmerking komen voor het systeem van de referentiebedragen en die zijn opgenomen in § 8 van artikel 56 ter van de G.V.U. - wet. Zolang het eerder routinematige diagnostische medische handelingen betreft in het kader van een goed geselecteerde groep van relatief standaardiseerbare diagnostische groepen, zoals actueel gevat in artikel 56ter § 9 van de G.V.U. – wet, is dit medisch aanvaardbaar.

Artikel 56ter § 8 bevat evenwel ook therapeutische verstrekkingen, wat principieel veel moeilijker ligt. Qua therapeutisch gedrag is een systeem van aanbevelingen, "guide-lines", veruit te verkiezen boven een pseudo-sanctioneel systeem zoals dat van de referentiebedragen. De vraag kan gesteld worden wat het aandeel is van de therapeutische verstrekkingen tegenover de diagnostische in het geheel van de te recupereren bedragen. Jammer genoeg dalen de beide reeds rondgestuurde preventieve campagnes niet af tot op nomenclatuurniveau, zodat deze vraag voorlopig onbeantwoord moet blijven.

We moeten bovendien de vraag stellen wat "medisch verantwoord" is. "Medisch verantwoord" handelen kreeg tijdens de paars-groene legislatuur 1999-2003 bijkomende inhoudelijke omschrijvingen. De elasticiteit van het medisch handelen wordt er in ruime mate door beïnvloed, maar in tegengestelde richtingen. Enerzijds is er de wet op de patiëntenrechten¹, anderzijds de wet op de individuele responsabilisering van de zorgverlener². Een globaalbeeld van het begrip "medisch verantwoord" wordt gegeven door volgende items:

- de verantwoordelijkheid (en dus aansprakelijkheid) t.o.v. de patiënt: de procedurele toestanden die vandaag Amerikaanse dimensies aannemen zijn ongetwijfeld de belangrijkste factor die de zorgverlener onder druk zet en aanleiding geven tot een dure, defensieve geneeskunde.

- de maximalisatie van de informatieplicht van de zorgverlener ten gevolge van de wet op de patiëntenrechten. De arts moet immers alle inlichtingen mededelen aan de patiënt in verband met zijn gezondheidstoestand. Dit scherpt de verantwoordelijkheid nog aan: immers, de "ervaren specialist" wordt verondersteld aansprakelijk te zijn voor alle "ontbrekende" informatie volgens de stand van de wetenschap.

- de "individuele responsabilisering" in het kader van de G.V.U. –wet. Het medisch handelen van de geneesheer wordt door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV (DGEC) geëvalueerd op basis van indicatoren of op basis van een meer subjectieve vergelijking met het handelen van een modaal zorgvuldig beoefenaar.

"Medisch verantwoord" heeft dus verschillende dimensies die men slechts in een evenwichtig gedragspatroon kan samenbrengen onder de vorm van uit de wetenschap gegroeide guide-lines.

Artikel 56ter beschrijft in feite een uitzonderingsprocedure. Het is een louter statistische benadering waarbij geen enkele terugkoppeling naar individuele patiënten mogelijk noch

¹ Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt (B.S. 26.09.2002)

² Programmawet (II) (1) van 24.12.2002, artikel 13 tot 50 (B.S. 31.12.2002)

voorzien is. Er is ook geen enkele mogelijkheid tot verweer of tot verantwoording van afwijkingen t.a.v. gestandaardiseerde uitgaven voorzien in de wet. Het koninklijk besluit tot uitvoering van §5 van het artikel 56ter van de G.V.U. –wet dat o.m. de nadere regels tot vaststelling en bekendmaking van de referentiebedragen moet bepalen en dat de wijze moet vastleggen op dewelke de dienst voor centrale inning de verschillen t.o.v. de referentiebedragen moet in mindering brengen van de honoraria, zou hieromtrent modaliteiten kunnen voorzien.

De vraag kan gesteld worden of de redactie van dergelijk uitvoeringsbesluit wel mogelijk is. Misschien zal het nieuwe kabinet zich beperken tot het vaststellen van de resultaten die het afschrikkingseffect van deze wet teweegbrengt. We vangen immers signalen op dat deze wet wel degelijk een beperkend effect heeft op het voorschrijfgedrag. Alhoewel mathematisch al te beperkt, laat de vergelijking van de simulatie 1997 noch die van 2000 dit ook al enigszins vermoeden.

2.4.2. Financieel-organisatorische

De Medische Raden van de ziekenhuizen moeten er over waken dat in het reglement van centrale inning wordt opgenomen op welke wijze het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de referentiebedragen zal worden verrekend ten aanzien van de individuele ziekenhuisgeneesheren. Het absolute minimum dat in het reglement moet worden opgenomen is de precieze vermelding dat de recuperatie bij de artsen nooit meer kan zijn dan het vastgelegde aandeel dat ze ontvangen van hun honoraria. Artikel 137 zegt trouwens dat bij de verrekening rekening moet worden gehouden met de aanwending van bedoelde honoraria in toepassing van artikel 140 van de ziekenhuiswet, met uitzondering wat de inningskosten betreft (artikel 140 §1, 2° en §2). Zo heeft met name artikel 140 §1, 3° en § 3 het over de vergoeding van de kosten veroorzaakt door geneeskundige verstrekkingen die niet worden vergoed door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis. Er moet dus wel degelijk rekening worden gehouden met de vigerende verdeelsleutels op medisch-technische verstrekkingen.

Zolang een dergelijke bepaling niet is opgenomen in het reglement van centrale inning is de ziekenhuisbeheerder bij wet gemachtigd om 75% van de kosten ten laste van de artsen te leggen. Volgens onze lezing geldt dit niet voor gesalarieerde artsen en voor artsen die hun reële kosten aan het ziekenhuis betalen.

Indien de recuperatie ten gevolge van de referentiebedragen niet wordt opgenomen in het reglement van centrale inning zou dit vb. tot gevolg hebben dat in geval de klinisch biologen een vast percentage van vb. 25 % van hun honorarium behouden, zij toch door de beheerder verplicht zouden worden om 75% van het recupereerbaar bedrag te betalen. Het zou dus van bijzonder kwade wil getuigen indien de beheerder zou beletten dat een dergelijke wijziging zou worden aangebracht aan het reglement van centrale inning.

Het nieuwe artikel 137 van de wet op de ziekenhuizen is dermate moeilijk geredigeerd dat er heel wat vragen rijzen.

Indien een regeling in verband met de referentiebedragen is opgenomen in het reglement van centrale inning dan geschiedt de verrekening van het recupereerbaar bedrag volgens het relatief aandeel van elke ziekenhuisgeneesheer in de honorariummassa van de groep verstrekkers waartoe hij behoort, en waarbij het te verrekenen bedrag van de betrokken groep wordt vastgesteld op basis van het relatief aandeel van deze groep in de vastgestelde overschrijding.

Betreft het "aandeel van deze groep in de vastgestelde overschrijding" alleen de verstrekkers, of ook de voorschrijvers, wanneer het over prestaties gaat die slechts kunnen worden uitgevoerd op voorschrift?

Vermits het reglement van centrale inning wordt opgemaakt in onderling akkoord tussen de beheerder en de Medische Raad, valt elke verduidelijking van deze materie volledig onder dit akkoord. Een gedeelde verantwoordelijkheid van de terugbetaling tussen voorschrijvers en verstrekkers is bijgevolg niet uitgesloten, in zoverre dit in het reglement van centrale inning wordt opgenomen, of indien dit overeenkomstig artikel 140 §5 van de Wet op de ziekenhuizen in akkoord tussen de Medische Raad en de beheerder wordt afgesproken.

Theoretisch kan zelfs de vraag worden gesteld of gesalarieerde artsen vrijgesteld zijn van de verrekening van de verschillen ten opzichte van de referentiebedragen. Zij vallen weliswaar niet onder de toepassing van de §§3, 4 en 5 van art 140, doch dit neemt niet weg dat het 4^e lid van het nieuwe art 137 uitdrukkelijk stelt: *"in elk ander geval geschiedt bedoelde verrekening ten laste van de ziekenhuisgeneesheer ten belopen van 75 pct. en van de ziekenhuisbeheerder ten belopen van 25 pct."*. Zodat men kan stellen dat de huidige redactie van art 137 eventueel ook arbeidsrechtelijke problemen zou kunnen teweegbrengen.

2.4.3. Voor de patiënt

Een andere vraag rijst wat betreft het moeten / (niet) mogen attesteren van prestaties die in de context van de referentiebedragen aanleiding geven of verwacht worden te geven tot recuperatiebedragen.

Artikel 53 van de G.V.U. -wet zegt dat de zorgverleners, van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering, ertoe gehouden zijn aan de rechthebbende een verzorgingsgetuigschrift af te leveren. Verstrekkingen die aanleiding geven tot overschrijding van de referentiebedragen geven evenwel, luidens artikel 56ter, geen aanleiding tot tegemoetkoming van de ziekteverzekering. Ze worden immers in mindering gebracht van de centraal geïnde honoraria en volgens een bij koninklijk besluit te bepalen wijze geboekt door de verzekeringsinstellingen. Ze worden als het ware "gerecycleerd" in de ziekteverzekering.

De arts heeft de keuze om een verstrekking uit te voeren of niet uit te voeren. Hij kan uiteraard steeds gratis een verstrekking uitvoeren. Dat is dan een geschenk in natura dat geen verzekeringsuitgave veroorzaakt en geen aanleiding geeft aan het afleveren van een attest.

Zou de arts, anticiperend, de prestatie kunnen uitvoeren en aanrekenen aan de patiënt? Of kan hij de attestering in beraad houden tot het ogenblik dat vaststaat dat de limiet van het referentiebedrag bereikt is, en vervolgens de prestatie aan de patiënt factureren? Of nog, kan hij zijn patiënt verwijzen naar een collega in een instelling waar de referentiewaarde bij de verrekening van het voorgaande referentiejaar nog lang niet bereikt is? Al deze vragen moeten negatief worden beantwoord, gezien er een al te groot tijdsinterval vereist is om dergelijke berekeningen te kunnen maken, na verwerking door de mutualiteiten, het RIZIV en het Ministerie van Volksgezondheid.

De geneesheer kan, neen moet de beslissing aan de patiënt laten.

Sedert de Wet op de patiëntenrechten heeft de patiënt het beslissingsrecht over het al dan niet uitvoeren van de geneeskundige verstrekkingen. Bovendien heeft hij recht op alle informatie met betrekking tot zijn gezondheidstoestand en... tot de financiële gevolgen van het medisch handelen.

Die financiële gevolgen verschillen al naargelang de patiënt vóór of na het bereiken van de limiet van het referentiebedrag zou worden verzorgd. Maar noch het ziekenhuis, noch de verstrekkers, noch de patiënt kan dit tijdig weten.

Het systeem van referentiebedragen draagt dus uitvoerbaarheidsproblemen in zich. Voor zware en breedschalige overschrijders kan het ongetwijfeld een efficiënt systeem zijn om op korte termijn de medische gedragingen kritisch te evalueren en te herzien.

Maar voor lichte overschrijders houdt het systeem het risico in dat ook positieve en nuttige gedragspatronen zouden worden uitgeschakeld. Het nieuwe systeem heeft bovendien het nadeel, net zoals alle forfaitaire systemen van vergoeding van medische prestaties, dat discriminaties tussen patiënten geschapen worden. Wie behandeld wordt zolang er nog niet moet worden gevreesd dat de enveloppe zal worden overschreden geniet een optimale zorg. Wie later aan de beurt komt dreigt meer risico te lopen.

Het perfide aan het systeem van de referentiebedragen is dat de gemiddelde landelijke consumptie (verhoogd met 10%) van jaar tot jaar zal dalen en dat er dus altijd ziekenhuizen zullen zijn die zullen moeten terugbetalen, tenzij de wetgeving wordt gewijzigd.

Men moet tenslotte ook in vraag durven stellen of de relatief nauwe grens die wordt gehanteerd waarboven er bedragen zullen worden in mindering gebracht, met name 21% boven het Belgische gemiddeld verbruik per APR-DRG en per severity klasse 1 en 2, niet moet worden herzien. Is het normaal dat bij de simulatie op het jaar 1997 er slechts twee ziekenhuizen waren waar in geen van de prestatiegroepen een recupereerbaar bedrag ontstond en in de simulatie op het jaar 2000 slechts vier?

Zelfs indien het recupereerbaar bedrag miniem is, dan nog lijkt het ons een indicatie dat de grenzen beschreven in de § 3 en 5 van artikel 56 ter van de G.V.U. –wet te nauw zijn.

Het is misschien ook nuttig te vermelden dat de eerste echte afrekening pas kan verwacht worden ongeveer drie jaar na het afsluiten van de referentieperiode, met andere woorden niet vóór eind 2006, vermits de eerste registratieperiode loopt tot 31.12.2003.

3. Forfaitarisering van het geneesmiddelenverbruik

3.1. Een politiek initiatief

In 1997 werd in België gestart met de forfaitaire vergoeding van een klein deel van de geneesmiddelen in de ziekenhuizen, met name de profylactische antibiotica, of het preventief toedienen van antibiotica om infecties bij een chirurgische ingreep te voorkomen.

De forfaitaire vergoeding voor deze antibioticaprofylaxie is gebaseerd op bestaande internationale guide-lines, die door een ruime groep van experts werden getoetst aan de Belgische situatie, en die, waar nodig, werden aangepast. Dit is een essentieel verschil met het zonet beschreven systeem van de referentiebedragen en met de bestaande

plannen om een ruim gamma van geneesmiddelen forfaitair te vergoeden voor patiënten die in het ziekenhuis werden opgenomen voor een heelkundige ingreep.

Dergelijke vormen van pathologiefinanciering berusten op landelijke consumptiegemiddelden. De methodologie die de Overheid hierbij wenst te gebruiken is analoog met die gebruikt bij de referentiebedragen: APR-DRG gegevens, ingedeeld volgens vier graden van ernst (severity index 1 tot 4) gekoppeld aan de Minimale Financiële Gegevens.

Op die manier is het mogelijk om per ziekenhuisverblijf van een patiënt die een heelkundige ingreep ondergaat, de APR-DRG diagnose te kennen en de gefactureerde geneesmiddelen. Het betreft parenterale toegediende antacida en anti-ulcerosa, antithrombotica, plasmavervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen, antibiotica, anesthetica, spierverslappers, pijnstillers en ontstekingsremmers die door de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald (cfr. tabel 13).

De geneesmiddelen die zijn ingeschreven in hoofdstuk IV van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 21.12.2001 dat hun terugbetaling regelt, met andere woorden de Bf categorie waar een voorafgaand advies van de geneesheer-adviseur van de mutualiteit voor nodig is, vallen niet onder de forfaitaire regeling.

FORFAITARISEERBARE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN	
Klasse	RIZIV – Categorie
Antacida en anti-ulcerosa	B-44 t.e.m. B-49, B-231
Antithrombotica	B-32 t.e.m. B-35
Plasmasubstituten en perfusievloeistoffen	A-38, B-181 t.e.m. B-190, B-226
Antibiotica	B-105 t.e.m. B-134
Anesthetica	A-30
Spierverslappers	B-140
Pijnstillers en ontstekingsremmers	B-56 t.e.m. B-64, B-219, B-242, B-250

Tabel 13

Het initiatief tot deze forfaitarisering ging uit van de toenmalige minister van Sociale Zaken, Frank VANDENBROUCKE, die op 03.09.2002 aan het RIZIV - Verzekeringscomité twee ontwerpen van koninklijk besluit voorlegde, die volledig waren uitgewerkt door het kabinet en de Technische Cel¹.

De ontwerpen hielden nauwelijks rekening met een aantal fundamentele bemerkingen die op vraag van de bevoegde ministers door een ad hoc werkgroep van de "Overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, geneesheren en verzekeringsinstellingen" in 2001 waren geformuleerd. Het advies van die werkgroep "betreffende de invoering van een deelbudget voor het intramurale geneesmiddelengebruik in de heelkunde" werd nochtans op 22.10.2001 aan de bevoegde ministers M. AELVOET en F. VANDENBROUCKE bezorgd.

Een aantal leden van deze ad hoc werkgroep was van oordeel dat het werken met guidelines met betrekking tot een aantal pathologieën in de context van het therapeutisch gebruik van geneesmiddelen absoluut te verkiezen was boven de louter statistische aanpak die uitgaat van een gemiddeld verbruik per APR-DRG.

De werkgroep had ook gesuggereerd om het therapeutisch antibioticumverbruik niet te forfaitariseren. Als argument reikte de werkgroep het positief effect aan dat de forfaitarisering van de profylaxie had meegebracht, en het feit dat ondertussen in de

¹ RIZIV – nota C.G.V. nr. 2002/234 dd 05.09.2002. Deze nota werd tussen 19.11.2002 en 05.03.2003 aangevuld met een corrigendum en 4 addenda.

ziekenhuizen werk wordt gemaakt van navorming en aanduiding van een verantwoordelijke per ziekenhuis voor het antibioticabeleid.

Het ontwerp van de bevoegde ministers stelde voor alle parenterale antibiotica te forfaitariseren a rato van 75% en de overige parenterale geneesmiddelen a rato van 50%.

3.2. Enkele technische kenmerken van het ontwerp

De Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV legt jaarlijks en uiterlijk 3 maanden voor het betreffende dienstjaar het landelijk budget vast voor de geneesmiddelen die op forfaitaire basis zouden vergoed worden.

Dit budget bedraagt 75% van de begrote uitgaven voor de antibiotica in de dienst heekunde voor het betreffend dienstjaar en 50% van de begrote uitgaven voor de antacida, anti-ulcerosa, antithrombotica, plasmasubstituten, perfusievloeistoffen, anesthetica, spierverslappers, en pijnstillers in de dienst heekunde voor het betreffend dienstjaar. De begrote uitgaven worden gebaseerd op de evolutie van de uitgaven in de voorafgaande jaren.

De Technische Cel berekent jaarlijks en uiterlijk 3 maanden voor het betreffend dienstjaar de landelijke kostengewichten voor de farmaceutische producten die op forfaitaire basis zullen vergoed worden. Deze berekening wordt uitgevoerd op de landelijke MKG – MFG data van het meest recent beschikbare jaar. De gewichten zijn de gemiddelde uitgaven voor de betreffende farmaceutische producten per chirurgische APR – DRG en severity – klasse na weglating van de outliers. De outliers zijn de verblijven met uitgaven groter dan $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, waarbij Q1, Q2 en Q3 de waarden vertegenwoordigen van het eerste, tweede en derde kwartiel van de verdeling van de uitgaven. Ook verblijven van patiënten met geïnfecteerde implantaten worden uit de berekeningen geweerd. Voorafgaandelijk aan de berekening worden de uitgaven voor de antibiotica teruggebracht naar 75% en de uitgaven voor de andere producten naar 50%.

Er worden stringente regels gehanteerd om te beschikken over een voldoende aantal verblijven per ziekenhuis.

De individuele enveloppe per ziekenhuis wordt berekend op basis van de landelijke kostengewichten en de meest recent beschikbare chirurgische case – mix van het ziekenhuis. Deze case – mix – gegevens worden meegedeeld door het Ministerie uiterlijk 3 maanden voor het betreffend dienstjaar.

De berekening van de individuele ziekenhuisenveloppe gebeurt door het product te maken van het aantal verblijven in het betreffend ziekenhuis en het landelijk kostengewicht, en dit per chirurgische APR – DRG en per severity – klasse.

Per ziekenhuis wordt de individuele enveloppe onder vorm van een forfait per opname verrekend.

Het aantal in een vorig dienstjaar gerealiseerde opnamen in de dienst heekunde is gebaseerd op de meest recent beschikbare statistische tabellen per ziekenhuis die de verzekeringsinstellingen aan het Rijksinstituut meedelen.

Dit forfait per opname is door de verzekering verschuldigd bij iedere opname in de dienst heekunde, ongeacht het feit of een chirurgische prestatie werd verricht of een geneesmiddel werd toegediend.

De dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV deelt de lijst met de forfaits per opname van de ziekenhuizen mee aan de verzekeringsinstellingen en aan de ziekenhuizen uiterlijk één maand voor de aanvang van het betreffende dienstjaar evenals de lijst met de landelijke kostengewichten.

3.3. Afwijzing door de leden van het RIZIV - Verzekeringcomité

Het ontwerp van minister VANDENBROUCKE werd op 25.11.2002 zeer kritisch onthaald door alle banken van vertegenwoordigers in het verzekeringcomité, weliswaar niet allemaal omwille van dezelfde motieven.

3.3.1 De mutualiteiten maakten vooral technische bemerkingen, met name over de ouderdom van de gebruikte gegevens. Dezelfde bezorgdheid bestaat natuurlijk ook wat de berekening van de referentiebedragen betreft. Eind 2002 werd er nog gewerkt met gekoppelde MKG – MFG – gegevens van 1997. Bovendien bracht de simulatie 1997 aan het licht dat de budgettaire verschuivingen relatief beperkt waren (cfr. tabel 14).

Simulatie 1997: verschuivingen per gewest

Gewest	Aantal ziekenhuizen	Totaal bedrag reële uitgaven (BEF)	Totaal bedrag na forfaitisering (BEF)	Verskil in absolute bedragen (BEF)	Relatief verschil in %
Brussel	17	221 400 252	219 935 264	- 1 464 988	- 0,66
Wallonië	49	1 077 222 433	1 087 050 470	9 828 037	+ 0,91
Vlaanderen	84	1 764 332 050	1 755 969 002	- 8 363 049	- 0,47

Tabel 14

De schommelingen op ziekenhuisniveau zijn belangrijker maar niet van de grootte-orde zoals gevonden bij de referentiebedragen. Indien de uitgaven voor de beschouwde geneesmiddelen en voor de weerhouden opnamen worden geanalyseerd zouden er, op de 150 onderzochte ziekenhuizen in 1997, twee ziekenhuizen zijn die status - quo blijven; bij de verliezers zouden 57 ziekenhuizen tussen 1 en 5% inleveren, 21 tussen 6 en 10% en 5 meer dan 10%; bij de winnaars zouden er 29 tussen de 1 en 5% verkrijgen, 22 tussen 6 en 10%, 11 tussen 11 en 15%, 2 tussen 16 en 20% en 1 meer dan 20% (cfr. tabel 15).

Simulatie 1997: relatieve winst of verlies per ziekenhuis in percent van de uitgaven voor de beschouwde geneesmiddelen en voor de weerhouden opnamen.

%	Aantal ziekenhuizen			
	Status - quo	Dalers	Stijgers	totaal
0	2	0	0	2
1 – 5	0	57	29	86
6 – 10	0	21	22	43
11 – 15	0	5	11	16
16 – 20	0	0	2	2
> 20	0	0	1	1
Totaal	2	83	65	150

Tabel 15

Indien men de financiële gevolgen van de invoering van dit forfaitair systeem voor geneesmiddelen beschouwt ten opzichte van de relatieve winst of verlies per ziekenhuis in

percent van de uitgaven voor alle geneesmiddelen en voor alle opnamen dan bevinden 149 van de 150 onderzochte ziekenhuizen in de simulatie 1997 zich in een vork tussen het verlies (82 ziekenhuizen) en de winst (66 ziekenhuizen) van 5%. Twee ziekenhuizen blijven status - quo. Eén ziekenhuis zou zijn geneesmiddelenbudget voor alle opnamen zien stijgen met \pm 8%.

De meerderheid der mutualiteiten verzette zich niet om principiële redenen tegen deze forfaitarisering, maar omwille van praktische argumenten: het sop, m.a.w. de budgettaire effecten, is volgens hen de kool, m.a.w. de administratieve rompslomp, niet waard.

De socialistische mutualiteiten zijn trouwens van oudsher de forfaitaire gedachte genegen. Zo stond vb. in het originele artikel 16 van het Koninklijk Besluit nummer 78 van 10.11.1967, dat ondermeer de uitoefening van de geneeskunst regelt, het verbod om geneesmiddelen af te leveren aan forfaitaire prijzen. De wetgever ging er toen blijkbaar van uit dat de huidige beleidsopties de visie inzake Volksgezondheid anno 1967 niet dienden.

Deze vermelding werd uit het koninklijk besluit 78 geschrapt door een arrest van de Raad van State, IIIde Kamer, van 27 oktober 1972, naar aanleiding van een verzoekschrift ingediend door "l'Union Nationale des Mutualités Socialistes", l'asbl "Institut médical des mutualités socialistes", l'asbl "Institut Médico-chirurgical Arthur Gailly" en l'asbl "Fonds et services sociaux de la fédération des mutualités socialistes et syndicales et de la fédération générale du travail Liège-Huy-Waremme".

De juridische grondslag tot de vernietiging van deze clausule vond de Raad van State in het bestaan van het toenmalige artikel 34ter van de wet van 9 augustus 1963, inmiddels het artikel 52 van de gecoördineerde G.V.U. -wet van 14.07.1994, dat in zijn § 1 voorziet en voorzag dat zorgverleners en verzekeringsinstellingen akkoorden kunnen afsluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen.

Tenslotte waren de mutualiteiten van oordeel dat de zware administratieve inspanningen niet opwogen tegen het relatief bescheiden financieel aandeel van de forfaitariseerbare geneesmiddelen in het geheel van de uitgaven voor geneesmiddelen voor gehospitaliseerde patiënten.

Voor 1997 toonde de Technische Cel aan dat het forfaitariseerbare bedrag "slechts" 1,276 miljard BEF was ofwel 11,8 % van de uitgaven voor alle geneesmiddelen van alle ziekenhuizen samen, na uitsluiting van de outliers.

3.3.2 De ziekenhuisbeheerders stonden weigerachtig uit schrik voor de financiële repercussies (cfr. tabel 15) maar vooral omwille van de zware bijkomende administratieve belasting. De opvolging en begeleiding van het systeem behoren weliswaar tot de taken van het medisch-farmaceutisch comité, maar daarvoor wordt geen enkele vergoeding voorzien. Gezien de reeds bestaande onderfinanciering van de ziekenhuizen wil de bank van de ziekenhuisbeheerders het ministerieel initiatief in zijn huidige vorm niet aanvaarden.

Bovendien zijn de ziekenhuisbeheerders de mening toegedaan dat het alleen de artsen zijn die verantwoordelijk zijn voor het niet adequaat voorschrijven van geneesmiddelen.

3.3.3 Vooral de artsen beukten in op het voorstel van minister VANDENBROUCKE. Waar de forfaitarisering van de antibioticaprofylaxie uitging van een kwaliteitsverbetering voor de

patiënt en het indijken van de resistentie van micro-organismen tegen antibiotica, zien zij in het voorstel alleen financiële beweegredenen die bovendien de kwaliteit van de zorgen in het gedrang zullen brengen.

Zo bestaat er geen enkele wetenschappelijke studie die de aanhef van het ontwerp van koninklijk besluit onderbouwt : "Gelet op de noodzaak om de bestaande forfaitaire terugbetaling van de geneesmiddelen in het ziekenhuis, die beperkt is tot de profylactische antibiotica uit te breiden naar andere geneesmiddelen, ten einde ook daar in alle ziekenhuizen een rationeel en doelmatig gebruik te bekomen; ...". Het is niet bewezen dat een forfaitarisering tot een rationalisering leidt. Er zijn daarentegen tal van buitenlandse voorbeelden die bewijzen dat forfaitarisering kan leiden tot rantsoenering.

De artsen maken ook opmerkingen over de geselecteerde geneesmiddelenklassen, zoals bijvoorbeeld de anesthesieproducten. De patiënten die het meest anesthesieproducten verbruiken zijn de obese patiënten, en deze informatie is niet opgenomen in de DRG's. Een jonge gezonde dikkerd van 120 kg zal driemaal meer anesthesieproducten nodig hebben dan een oude uitgemergelde kankerpatiënt van 40 kg. Het is dus onaanvaardbaar om voor de anesthesieproducten het systeem van de APR-DRG's te gebruiken.

De artsen vrezen ook dat met dit systeem elke vernieuwing wordt stilgelegd, althans voor de niet-universitaire ziekenhuizen. De universitaire ziekenhuizen kunnen wellicht via het deel 'B7' van het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen een steuntje krijgen voor het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Zullen de patiënten voor moderne pijntherapie naar de universitaire ziekenhuizen moeten worden gestuurd waar de verpleegdagprijs dan weer veel groter is?

Ook in dit dossier komen de beroepsaansprakelijkheid en de patiëntenrechten aan bod. Als de beheerder omwille van budgettaire redenen zou weigeren de nodige financiën ter beschikking te stellen voor nieuwere producten, zoals vb. nieuwe en efficiëntere antistollingsmiddelen, en men moet het met oudere doen, dan is er een probleem van kwaliteit en van patiëntenrechten. De patiënt heeft recht op nieuwe, betere producten en indien de arts om financiële redenen gedwongen wordt om minder goede medicatie te geven, dan ontstaat er een medicolegaal probleem en een pijnlijk conflict tussen de ziekenhuisbeheerder, via de ziekenhuisapothekers, en de medische raad.

De problematiek van de antibioticaresistentie is een studie apart, maar het is wel duidelijk dat het antibioticaverbruik buiten het ziekenhuis mee het resistentiepatroon binnen het ziekenhuis bepaalt en dat de invoering van een forfait à rato van 75 % voor de antibiotica voor sommige ziekenhuizen een catastrofe zou kunnen betekenen.

4. Besluit

Nergens ter wereld bestaat "de" oplossing voor het ideale ziekenhuismanagement, noch voor de ideale financiering van de gezondheidszorg.

Een ideologische benadering die rabiaat een algehele forfaitarisering voorstaat, die tegen de artspraktijk als vrij beroep is en tegen het gezond ondernemerschap van een ziekenhuisbeheerder of –directeur, is even nefast als wanneer de principes van de vrije-markt economie in zijn meest absolute vorm zouden worden losgelaten op de ziekenhuissector en op de gezondheidszorg in het algemeen.

Realisme verplicht alle actoren om continu met elkaar te overleggen en samen te werken. Alhoewel de regeringsverklaring van 14.07.2003 de komende vier jaar een reële jaarlijkse groei met 4,5 % per jaar voorziet, weet elkeen dat het quasi onmogelijk zal zijn die norm te respecteren. Het RIZIV raamt recent de trend 2003/2002 van de toename van de gezondheidszorgenuitgaven immers op 5,6 %.

Artsen willen actief meewerken aan het rationaliseren van de aanwending van de beperkte financiële middelen. Forfaitariseren is niet het wondermiddel dat het aantal verstrekkingen plots doet dalen. Wat medisch verantwoord en nodig is, moet blijven worden uitgevoerd. Binnen een gesloten en geforfaitariseerde budgettaire enveloppe betekent dit dat er, zoals in sommige van onze buurlanden, wachtlijsten, dus rantsoenering zal ontstaan.

Het aftoppen van de ziekenhuizen die een "wolkenkrabber"-patroon vertonen in de referentiebedragen en het geneesmiddelenverbruik, is ongetwijfeld mogelijk. Voorschrijvers en uitvoerders moeten samen bepaalde routineprocedures herbekijken, guidelines en diagnoseregels toepassen die nu al gedeeltelijk voorhanden zijn in de medische beeldvorming en de klinische biologie, en participeren in de verdere uitwerking van zowel lokale, nationale en zelfs internationale procedures, zoals bijvoorbeeld zorgpaden. Zoals ook is opgenomen in de regeringsverklaring moet, waar medisch én sociaal verantwoord, ambulante diagnostiek en therapie voorrang krijgen op hospitalisatie.

De stroom aan informatie via allerlei instanties en vormen van gegevensverwerking, weliswaar bijzonder boeiend en leerrijk, mag het normale functioneren van het ziekenhuis niet ontwrichten door het opsorpen van al te veel tijd en energie van zowel de artsen als de ziekenhuisadministratie. De gegevens moeten door de Overheid tijdig, éénduidig en begrijpelijk worden voorgesteld. Hiervoor is actieve inzet nodig op niveau van de ziekenhuizen, van de verzekeringsinstellingen en van de Administratie. Een louter statistische verwerking is medisch niet verantwoord.

In het ziekenhuis moet het overleg gebeuren op paritaire basis tussen artsen en beheerders. En, wat de Overheid betreft, luidt onze boodschap dat om constructief samen te werken, deze samenwerking uit de sanctionele sfeer moet worden gehaald.

Zoals bij mijn inleiding gezegd, dit is geneesKUNST, met grote K. Het is de enige weg die de toekomst van een adequate en hoog kwalitatieve zorg voor onze vergrijzende bevolking kan verzekeren.

Met dank voor uw aandacht.

* * *
* *
*

EERST NAAR DE HUISARTS EN DAN PAS NAAR DE SPECIALIST ? (1)

De regering wil een financiële stimulans invoeren om de patiënten ertoe te brengen eerst hun huisarts te raadplegen vooraleer bij een specialist aan te kloppen. Dit heet echellonning van de gezondheidszorg.

PRO

Dr. Philippe Vandermeeren
Huisarts
Voorzitter van het Verbond van
Belgische Omnipratici

Met de geplande echelonning erkent de regering, eindelijk, de centrale rol van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem. De rechtstreekse toegang tot de specialist doet afbreuk aan mijn bevoegdheid ! Het VBO aanziet de echelonning als een overwinning van het gezond verstand. De verplichte passage langs de eerste lijn betekent een kwaliteitswaarborg aangezien de huisarts een historisch inzicht heeft. Vaak kent hij zijn patiënten immers al 10, 15 of 20 jaar. Deze kennis is onvervangbaar. Bovendien is de eerstelijns-geneeskunde goedkoper.

De rechtstreekse toegang tot de specialist doet afbreuk aan mijn bevoegdheid !
Prioriteit verlenen aan de huisarts is een overwinning van het gezond verstand.

Een sterke en goed georganiseerde algemene geneeskunde verleent de passievere en minder geprivilegieerde patiënten toegang tot de meest gesofistikeerde zorgverlening. Indien de huisartsen bereid zijn hun verantwoordelijkheid op te nemen, de wachten correct te organiseren, en hun

patiënten, indien nodig, naar specialisten door te verwijzen, zullen zij hierbij baat vinden. De echelonning beperkt enigszins de vrije keuze van de patiënt, een minimale discipline is vereist. Per slot van rekening wordt er geen streng systeem naar Engels of Nederlands model ingevoerd maar worden er financiële stimuli voorzien. Er is nog steeds plaats voor de gespecialiseerde geneeskunde in ambulante milieu, maar de rollen moeten duidelijk worden omschreven. Er zullen geen conflicten zijn met de oogheekundigen. Voor de kinderartsen die reeds in de eerstelijnszorg zitten en de gynecologen zullen er gedurende enkele jaren formules uitgedokterd moeten worden. Doch we leven in België, het land van de compromissen ...

CONTRA

Dr. Jacques GRUWEZ
Voorzitter Verbond
van Belgische Specialisten

Er is geen enkele reden voor de invoering van het echelonningssysteem in België.

Een enquête van de Christelijke Mutualiteiten toont aan dat 90 % van de Belgische patiënten tevreden is over de kwaliteit van de zorgverlening in ons land, dat 90 à 95 % een huisarts heeft en dat 84 % ongehinderd toegang wil tot de specialist. In landen met een echelonningssysteem, zoals Groot-Brittannië en Nederland, zijn de wachtlijsten dermate lang dat de patiënten zich bij ons komen laten verzorgen. Ik kreeg onlangs een mail van een Belgische die naar Nederland is verhuisd. Zij

vertelde mij dat je in Nederland niet zelf je arts kiest : de postcode is bepalend. Een huisarts doet geen huisbezoeken en je moet er negen maand wachten alvorens je een oogheekundige kunt raadplegen. En dat systeem wil men in België invoeren ?

De regering beroept

zich op de groeiende kosten : wij zijn er lang niet van overtuigd dat de echelonning een kostendaling met zich zal brengen aangezien het aantal stappen tussen de klacht, de diagnose en de behandeling toeneemt. Wil de regering niet eerder een zorggrantsoening doorvoeren ? Biedt de rechtstreekse toegang tot de specialist niet meer kwaliteit ? Voor het welzijn van de bevolking moet de rechtstreekse toegang tot de specialist absoluut behouden blijven zonder financiële noch administratieve hindernissen. We ontkennen nochtans de rol van de huisarts niet : hun honoraria moeten worden opgetrokken. Zij blijven de vertrouwenspersonen en de familieartsen en spelen een grote rol in de preventieve geneeskunde. Wij weigeren evenwel de predominantie van de algemene geneeskunde te aanvaarden. Wij willen een harmonieuze samenwerking op gelijke voet.

Voor het welzijn van de bevolking moet de rechtstreekse toegang tot de specialist behouden blijven zonder financiële noch administratieve hindernissen.

INTERVIEW DOOR MARIE BRANDELEER

¹ Vertaling van het artikel "Faut-il passer chez le médecin généraliste avant le spécialiste?" gepubliceerd in het tijdschrift "Tendances" van 24 juli 2003 (p. 14)

21.539 duizend € zullen besteed worden voor de uitvoering van de volgende ontwerpen van wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen in uitwerking, namelijk :

Voorwerp (en betrokken artikelen van de nomenclatuur)	Jaarlijkse financiële weerslag (in duizenden €)	
PROJECT N03/01 Heelkunde (artikelen 12,14,15,22,25 en 34) Verstrekkingen aangepast aan de medische praktijken en beperkingsregels CT-Scan	0	KB 26/03/2003 BS 31/03/2003 In voege op 01/04/2003
PROJECT N03/02 Met ingang van 1 januari 2003 wordt de waarde van de sleutelletter K voor de prestaties 423010 - 423021 en 424012 - 424023 (bevallingen) van 1,527987 op 1,644787 € gebracht vóór indexering.	2.255	KB 21/02/2003 – BS 05/03/2003 Ingang 01/01/2003
PROJECT N03/03 Pijnkliniek acute pijn	3.200	KB 15/05/2003 BS 11/06/2003 In voege op 01/07/2003
PROJECT N03/04 Gastro-enterologie (artikelen 14,15,17 en 20) Herwaardering ERCP en nieuwe complexe verstrekkingen	2.450	KB 15/05/2003/ BS 11/06/2003 In voege op 01/07/2003
PROJECT N03/05 Kleine aanpassingen (artikelen 11 en 12) Laser/ epidurale anesthesie bij verlossingen	0	KB 2/06/2003 BS 30/06/2003 Invoege op 01/08/2003
PROJECT N03/06 Plastische heelkunde (artikel 14.c)	1.200	KB 26/03/2003 BS 31/03/03 In voege op 01/04/2003
PROJECT N03/07 Herfinanciering van de liaisonpsychiatrie (artikel 25)	1.300	KB 15/05/2003 BS 30/06/2003 In voege op 01/05/2003
PROJECT N03/08 Met ingang van 1 januari 2003 wordt de waarde van de sleutelletter C voor de prestaties 598802 en 598220 (toezicht door de al dan niet geaccrediteerde geneesheer-specialist voor	744	KB 21/02/2003 BS 05/03/2003 In voege op 01/01/2003

leeftijdscriteria (artikel 17)		
--------------------------------	--	--

PROJECT N03/12 Kleine aanpassingen : peritoneale dialyse (HPD voor intercurrente behandeling van meer dan 3 weken), afschaffing reflexogram, microvasculaire decompressie (Jannetta), aanpassing van de omschrijving van het vestibulumonderzoek	0	KB 27/03/2003 BS 31/03/2003 In voege op 01/04/2003
PROJECT N03/13 Dermatologie (verduidelijking connexiteit)	minieme meerkosten	KB 15/05/2003 BS 11/06/2003 In voege op 01/07/2003
PROJECT N03/14 Herwaardering 2€ (huisartsen) voor palliatieve patiënt	pm (budget 2002 – herwaardering van de intellectuele akte)	KB 18/02/2003 BS 14/03/2003
PROJECT N03/15 Toilettage tekst-cardio echografie	0	KB 26/03/2003 BS 31/03/2003 In voege op 01/08/2002
PROJECT N03/16 Verlenging van de overgangsperiode voor niet-erkende huisartsen (001-002)	0	KB 21/01/2003 BS 17/02/2003 Verlenging tot 31/12/2004
PROJECT N03/17 Ergospirometrie toegankelijk voor pneumologen	0	KB 26/03/2003 BS 31/03/2003 In voege op 01/04/2003
PROJECT N03/18 Afschaffing van het aantal fracties van het aantal cliches voor tomo (artikel 17, 11°)	0	KB 26/03/2003 BS 31/03/2003 In voege op 01/04/2003
PROJECT N03/19 Toezichtshonoraria (globale herziening - psychiatrie en pediatrie - psychiatrie in acute ziekenhuizen - aanpassingen in psychiatrie toezicht - in het kader van de herwaardering van de intellectuele akte en van het toezicht in daghospitalisatie)	10.000	KB 03/07/2003 BS 22/07/2003 In voege op 01/05/2003
PROJECT N03/20 Radiotherapie (beperkte aanpassingen)	340	KB 03/07/2003 BS 18/07/2003 In voege op 28/07/2003

PROJECT N03/21 Fysiotherapie (overeenkomstig met nieuwe overeenkomsten en kinesitherapie)	minieme meerkosten	Nog niet gepubliceerd
PROJECT N03/22 Stomatologie (aanpassing van de nomenclatuur aan de werkelijkheid)	minieme meerkosten	Nog niet gepubliceerd
PROJECT N03/23 Beperking van de psychotherapie (109513, 631,...) voor de psychiater	0	Nog niet gepubliceerd
Totaal	21.539	

De obsoleete verstrekkingen "koud abces" (220172/83, 220194/205, 355331/42, 474014/25) worden geschrapt. Het corresponderende budget, nl. 604.000 euro [bedrag 2001] wordt toegevoegd aan het budget van de huisbezoeken van huisartsen. **NOG NIET GEPUBLICEERD**

25

De verstrekkingen van Art. 16 § 1 en § 2 ("honorarium van de huisarts die bij de heelkundige verstrekking aanwezig was", codenummers 215014 tot 215062 en 216016 tot 216086) worden geschrapt. Het corresponderende budget, nl. 2.418.000 euro [bedrag 2001] wordt toegevoegd aan het budget van de huisbezoeken van huisartsen. **NOG NIET GEPUBLICEERD**

De Technische geneeskundige raad zal in 2003 overgaan tot de creatie van een consultancehonorarium voor de erkende huisarts die minstens drie maal per jaar door zijn patiënt wordt geconsulteerd voor het globaal diabeteszorgpakket met diabetespas. Voor dit honorarium is 1,55 mio € op jaarbasis beschikbaar. **NOG NIET GEPUBLICEERD**

In de loop van het jaar 2003 zal prioritair een analyse worden doorgevoerd zodat op basis daarvan in het kader van het budget 2004 in 2004 wijzigingen in de nomenclatuur kunnen worden doorgevoerd met het oog op de invoering van een honorarium:

- voor de preoperatieve raadpleging van de geneesheer-specialist in de anesthesiologie;
- voor de stamcel-transplantatie.

VERZEKERING GEWAARBORGD INKOMEN VAN HET VBS

Een gemiddelde of langdurige arbeidsongeschiktheid kan zware gevolgen hebben voor een geneesheer-specialist op menselijk en financieel vlak. Daarom heeft het V.B.S enkele jaren geleden besloten een aangepast collectief verzekeringscontract "Gewaarborgd Inkomen" of "Invaliditeitsrente" te ontwikkelen dat een aanvulling vormt op de wettelijke tegemoetkomingen, rekening houdend met het sociaal statuut van de arts.

Wettelijke vergoedingen waarop de zelfstandige geneesheer recht heeft in geval van arbeidsongeschiktheid.

De wettelijke uitkeringen waarop U in geval van arbeidsongeschiktheid recht heeft stellen niet veel voor hoewel ze sinds 1 juli 2002 een beetje verhoogd werden.

De uitkeringen voorzien in het wettelijk stelsel zijn forfaitair. Zij staan los van uw inkomsten en worden enkel beïnvloed door uw gezinstoestand.

Met andere woorden : hoe hoger uw inkomsten, hoe groter uw verliezen.

Tijdens de eerste maand van uw arbeidsongeschiktheid ontvangt U geen enkele vergoeding.

Van de 2de tot de 12de maand ontvangt U een vast bedrag in functie van uw gezinstoestand (met of zonder familiale lasten).

Vanaf het tweede jaar wordt dat bedrag iets verhoogd.

De maandelijkse uitkeringen zijn functie van het aantal werkdagen (6 dagen per week).

Om deze uitkeringen te kunnen ontvangen, moet U uw activiteiten volledig hebben stopgezet (min. invaliditeitsgraad = 67 %).

Zelfstandig echtpaar - 1 inkomen

Inkomen in €		Ziekte/Ongeval (2de tot 12de maand) met gezinslast		Invaliditeit (vanaf het tweede jaar) met gezinslast	
Jaarlijks Bruto	Maandelijks Bruto	Maandelijks Bruto	Verlies	Maandelijks Bruto	Verlies
50.000	4.166,67	718,32	3.448,35	723,12	3.443,55

Zelfstandige alleenstaande - 1 inkomen

(voor een echtpaar met twee inkomens, zijn de vergoedingen per persoon vergelijkbaar)

Inkomen in €		Ziekte/Ongeval (2de tot 12de maand) zonder gezinslast		Invaliditeit (vanaf het tweede jaar) zonder gezinslast	
Jaarlijks Bruto	Maandelijks Bruto	Maandelijks Bruto	Verlies	Maandelijks Bruto	Verlies
50.000	4.166,67	538,80	3.627,87	542,40	3.624,27

De wettelijke vergoedingen waarop een arts-werknemer recht heeft in geval van arbeidsongeschiktheid

Zelfs al heeft de arts-werknemer een betere bescherming tegen arbeidsongeschiktheid, toch wordt ook zijn beroepsinkomen sterk aangetast in geval van invaliditeit. De tussenkomst van de ZIV (Ziekte-en invaliditeitsverzekering) is immers onderworpen aan een plafond.

Gedurende de eerste maand:

Verplichte doorbetaling van het loon van de arts-werknemer door zijn werkgever

Periode van primaire arbeidsongeschiktheid (vanaf de 2de maand tot en met de 12de maand) :

Maximum uitkering voor een arts-werknemer in een gezin met slechts 1 inkomen of als alleenstaande = 60% van het begrensde salaris.

Periode van invaliditeit (vanaf 13de maand):

Maximumuitkering voor een arts-werknemer in een gezin met slechts 1 inkomen = 65% van het begrensde salaris.(max. 59,54 €/dag)

Voor de alleenstaande arts-werknemer = 45% van het begrensde salaris.(max. 39,69 €/dag)

Begrensd salaris : het maximumbedrag voor het in aanmerking genomen salaris bedraagt voor 2003 : 30.960 €

De dagvergoeding wordt 6 dagen per week uitgekeerd.

Sociale Zekerheidsuitkeringen bij arbeidsongeschiktheid ingevolge ziekte worden slechts gebaseerd op 12 maandelijks salarissen. Aldus zijn 13de maand en vakantiegeld niet gedekt.

De oplossing voor deze aderlating : de verzekering gewaarborgd inkomen.

Deze verzekering heeft tot doel een deel van het verschil tussen de hierboven beschreven wettelijke vergoedingen en uw werkelijk inkomen aan te vullen. Ze zal U toelaten in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid uw financiële verplichtingen te blijven voldoen : beroeps- en gezinslasten, afbetalingen, enz.

Welke zijn de voornaamste kenmerken ?

Hoeveel ?

U bepaalt zelf de jaarlijkse rente die U wenst te verzekeren in functie van uw persoonlijke situatie. De verzekeraars werken met een uitkeringsplafond (tussen 50.000 € en 62.000 €).

U kan kiezen tussen twee formules. In het eerste geval is de rente constant: ze blijft ongewijzigd gedurende de vergoedingsperiode.

Ofwel kiest U voor een toenemende rente (ofwel een rekenkundige ofwel een meetkundige toename).

Hoe ?

Is U voor tenminste 25 % arbeidsongeschikt, dan ontvangt U de rente onder de vorm van maandelijks betalingen op vervallen termijn. De uitkeringen zijn evenredig met de ongeschiktheitsgraad. Bent U bijvoorbeeld voor 50 % ongeschikt, dan ontvangt U 50 % van de rente.

Wanneer ?

U ontvangt de rente vanaf de dag die volgt op de wachttijd. Deze wachttijd kan 30, 60, 90, 180 of 365 dagen bedragen.

De uitkeringen worden stopgezet van zodra U de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

En bovendien....

Van zodra U van de rente geniet, wordt U vrijgesteld van premiebetaling. Ook dit gebeurt evenredig met de ongeschiktheidsgraad. Bent U voor 50 % arbeidsongeschikt, dan betaalt U nog slechts 50 % van de premie. Bent U tenminste 67 % ongeschikt, dan wordt de rente voor 100 % uitgekeerd, en is de vrijstelling van premiebetaling volledig.

Wat zijn uw voordelen verbonden aan het Gewaarborgd Inkomen van het VBS ?

- Uitstekende voorwaarden
- Een uitkering voor elke vorm van ongeschiktheid: gedeeltelijk of volledig, tijdelijk of blijvend.
- Berekening van de uitkering op basis van het hoogste invaliditeitspercentage (economische of fysiologische invaliditeit)
- Behoud van de carenperiode na de leeftijd van 60 jaar , die in andere contracten op 1 jaar wordt gebracht.
- Mogelijkheid om tot een rente van € 86.750 te verzekeren (geïndexeerd).
- De acceptatievoorwaarden zijn heel soepel. Meestal volstaat het invullen van een medische vragenlijst.
- Toetreding mogelijk tot de leeftijd van 55 jaar.
- In geval van zwangerschap of bevalling, komt de verzekeraar tussen voor pathologisch afwijkende gevallen die een volledige werkonbekwaamheid tot gevolg hebben.
- geen onderscheid in tarief voor mannen of vrouwen.
- Geen bijpremie in functie van de specialiteit
- Een zeer voordelige premie door een collectief contract
- Een tarificatie aan de hand van leeftijdsschijven (tot 30 jaar, van 31 tot 35, van 36 tot 40,...) en bijgevolg kan u genieten van voordeligere tarieven
- U kiest vrij het bedrag en de aard (constant of toenemend) van de rente. Ook de duur van de wachttijd kiest u vrij.
- Twee mogelijkheden van de stijgende rente (meetkundige toename):
 1. 2,5% (**nieuw**)
 2. 5% (**exclusief**)
- De premie is 100% fiscaal aftrekbaar, voor zover u uw beroepskosten bewijst.
- Het contract kan ook onderschreven worden door een vennootschap

Wenst U de Algemene Voorwaarden van dit contract alsook een gepersonaliseerde offerte te ontvangen ?

Het volstaat om :

- ofwel, bijgevoegd formulier naar Gras Savoye Belgium terug te zenden
- ofwel, uw aanvraag indienen via de website van de makelaar van het V.B.S. : www.grassavoie.be → Rubriek « Beroepsfederaties »

Belangrijk : Hebt U reeds een polis "Gewaarborgd Inkomen", niets houdt U tegen om te vergelijken en in voorkomend geval een bijkomende rente te onderschrijven indien U zou oordelen dat uw huidige rente onvoldoende is?

Collectief contract "gewaarborgd inkomen" onderschreven door het VBS
ten voordele van zijn leden

Naam en Voornaam :

Adres :

Tel. : *Fax* : *Email*

Ik wens de algemene voorwaarden van het contract alsook een gepersonaliseerde offerte te ontvangen op basis van volgende gegevens :

* *Bedrag van de rente* :

* *Geboortedatum* :

* *Wachttijd* : 30 / 60 / 90 / 180 / 365 dagen (gewenste formule aanduiden)

* *Constante rente/toenemende rente 2,5%/ toenemende rente 5%* (gewenste formule onderlijnen a.u.b.)

Datum :

Handtekening en beroepsstempel

Terug te zenden naar :

Gras Savoye Belgium
Zuiderlaan 91, 1731 ZELLIK

of te faxen op :

02/481.18.10

T.A.V. Ph. BEX

VISCEROSYNTHESE- EN ENDOSCOPISCH MATERIAAL

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 35bis , § 1,
van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (B.S. d.d. 05.08.2003 - Edit. 1)

INTERPRETATIEREGEL 8 (in voege d.d. 1.4.2003)

Vraag

Mag de verstrekking 687455-687466 van artikel 35bis , betreffende het systeem voor myocardweefselstabilisatie, aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 229633-229644 « Myocardrevascularisatie op kloppend hart uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventueel geassocieerde veneuze bypass(en) » ?

Antwoord

De verstrekking 687455-687466 mag naar aanleiding van de verstrekking 229633-229644 aangerekend worden.

Ze mag echter niet meer aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 229611-229622.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

SYMPOSIUM

Worsteling van de palliatieve sector met vragen rond euthanasie
donderdag 23 oktober 2003 – Genk

Programma

- 8.00-8.35 u. Onthaal & Verwelkoming
8.35-9.30 u. De euthanasiewet, juridische aspecten – *Meester P. Hylebos*
9.30-10.30 u. Euthanasie en ethiek, ethische aspecten – *Prof. B. Broeckaert*
10.30-11.00 u. Pauze
11.00-12.00 u. Palliatieve zorg en euthanasie – *Dr. B. Zylicz*
12.00-12.30 u. Standpunt euthanasie in het Netwerk Palliatieve Zorg Limburg vzw - stappen plan Pallion –
Dr. J. Bossers
12.30-14.00 u. Lunch
14.00-15.00 u. Rechten en plichten van verpleegkundigen in het euthanasiegebeuren – *Mevr. M. Van De Wiele*
15.00-16.00 u. Workshops : • 1. Euthanasievraag in de thuiszorg. Rol van de hulpverlener. – *Mevr. P. Op 't Roodt* • 2. Euthanasievraag op een palliatieve eenheid. Rol van de hulpverlener. – *Dr. Marc Desmet* • 3. Euthanasievraag in een rusthuis. Rol van de hulpverlener. – *Dhr. Rudi Veekhoven* • 4. Euthanasievraag op een ziekenhuisafdeling. Rol van de hulpverlener. –
Mevr. Inge Bossuyt
16.00 u. Afsluiting

Inschrijving : vóór 6.10.2003

Voor wie? : Verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkers, psychologen, artsen en andere disciplines die in hun beroepsuitoefening met dit thema in aanraking komen.

Informatie : Netwerk Palliatieve Zorg Limburg vzw, Boddenveldweg 11 te 3520 Zonhoven Tel. 011 819472 – Fax 011 819476 – e-mail info@npzl.be

Universiteit Antwerpen – Post Academisch Centrum Turnhout/Kempen
Organiseert

Lezingenreeks over Gezondheid – Ethiek - Recht

Programma

- 18 november 2003 **Prof. dr. Maurice Adams (UA)** – Over pluralisme in het bio-ethische debat
25 november 2003 **Prof. dr. Thierry Vansweevelt (UA)** – De wet op patiëntenrechten: op weg naar Amerikaanse toestanden voor de medische aansprakelijkheid?
2 december 2003 **Nathalie Jeger (UA)** – A strange new world: miskende voordelen van menselijk reproductief cloneren
9 december 2003 **Godfried Geudens (UA)** – Euthanasie: de wet van kracht, de discussie voorbij?

Doelgroep : Juristen, geneesheren, geneesheer-specialisten, gezondheidswerkers, studenten rechten en geneeskunde, gezondheidsadministratie, geïnteresseerden

Plaats en tijdstip : Campus Blairon, Steenweg op Gierle 100, 2300 Turnhout – Telkens van 20u – 22u

Informatie : Tanja Gouverneur - Coördinator, Universiteit Antwerpen - PAC Turnhout/Kempen, Campus Blairon 764 - Stwg. op Gierle 100, 2300 Turnhout – Tel. 014/711.195 – Fax 014/711.191 – tanja.gouverneur@ua.ac.be – Permanentie: di en do van 9u - 12u en 13u - 15u

GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY : XXIInd EUROPEAN WORKSHOP
Brussels Exhibition Centre (Heyssel) – Monday, June 21 to Wednesday, June 23, 2004

This course is designed for endoscopists, gastroenterologists, physicians in training as well as for GI nurses. It will include live video demonstrations permitting interchanges between faculty and registrants during procedures, using interactive personal computer assistance, lectures and quizzes. The procedures will be performed by expert endoscopists in collaboration with radiologists, pathologists and surgeons of the Brussels Faculty.

The aim of these demonstrations is not only to show the new devices and tricks for succeeding in each type of therapeutic procedures, but above all to explain clearly how to avoid the complications related to therapeutic endoscopy and to offer attractive and interactive discussion on practical case management.

OFFICIAL LANGUAGE: ENGLISH (no simultaneous translation)

For any further information : Administrative Secretariat, Mrs Nancy BEAUPREZ – Gastroenterology Department, Erasme Hospital, Route de Lennik 808, B-1070 BRUSSELS – TEL : + 32(0)2 555 49 00 - FAX: + 32 (0)2 555 49 01 - E-mail: beauprez@ulb.ac.be

GEDICHTEN – JACQUES TITECA

Begin oktober verschijnt de 1^{ste} dichtbundel "**Ik reis niet meer**" van ons lid **Jacques Titeca** bij Uitgeverij Zuid & Noord vzw. De dichtbundel bevat naast gedichten ook aquarellen in kleur van W. Annokee.

De dichter bladert door zijn leven en ontmoet alzo zijn eigen emoties, die hij poëtisch verwoordt. Diep menselijke thema's komen aan bod. Heimwee, verdriet en twijfel van de zoekende mens, die als antwoord op een vraag een nieuwe vraag ontdekt.

Verkoopprijs : 21,00 €. Rekeningnummer : Jacques Titeca : 405-3030311-62 of rekeningnummer : Zuid & Noord vzw : 000-1544851-29.

AANKONDIGINGEN

03057 **FRANCE (LYON - RHÔNE)** : Clinique mutualiste de chirurgie et d'obstétrique recherche deux médecins **ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS** pour l'activité de chirurgie (70 lits) et d'obstétrique (1600 accouchements). Statut libéral des praticiens. Pour tout renseignement : Dominique LEBRUN - Tél. 0033/478958279 - e-mail : d.lebrun@mutualitedurhone.fr

03058 **KNOKKE-HEIST/BLANKENBERGE** : Gezondheidszorg Oostkust (A.Z. O.L. Vrouw ter Linden te Knokke-Heist – A.Z. Koningin Fabiola te Blankenberge) is een middelgroot regionaal ziekenhuis met twee campussen en 321 bedden en biedt werk aan ongeveer 700 werknemers en ruim 65 geneesheren. In uitbreiding van het medisch korps hebben wij een vacature voor een voltijds **SPECIALIST NEUROLOGIE** met volgende specifieke kwalificaties/aandachtspunten : bereidheid om in de regio te wonen, voltijdse activiteit binnen de instelling op beide campussen, constructieve interdisciplinaire samenwerking uitbouwen. Sollicitaties richten aan de Directie van v.z.w. Gezondheidszorg Oostkust, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist. Inlichtingen bij de Heer DEMEULEMEESTER, Algemeen Directeur (050/633.500) en bij Dr L. DEMAERTELAERE (050/633.111), Hoofdgeneesheer.

- 03059 **TE KOOP** : Wegens stopzetting van praktijk, te koop : Antwerpen, Jan Van Rijswijcklaan, ruim herenhuis met garage en parkeerplaatsen, en 120 m² raadpleging, 380 m² receptie en woonruimten, met terras. Tél. : 0475.64.11.63.
- 03061 **GEZOCHT** : Nederlandstalige (met goede kennis fr/eng) **GYNECOLOOG** voor medisch centrum gelegen te Etterbeek, dicht bij de EC. Gelieve Mevr Veronique Vanlaer te contacteren (0476 262 406).
- 03063 **POLYVALENTE RADIOLOOG** verzorgt uw vervanging in BRU, VL. BRAB., O. VL. en ANTW. Tel. : 0486/06.59.73
- 03064 **TE HUUR** : Praktijk/bureelruimte voor (para)medisch beroep in bestaande groepspraktijk **WIJNEGEM**. Info : 02/477.63.70.
- 03065 **NOORD-LIMBURG/OVERPELT** : 250 m² **TE HUUR** praktijk vrije beroepen (artsen, geneesheren-specialisten,...) in nieuw stijlvol pand. Uitstekende ligging aan nieuwe Ring te Overpelt. Ruime parkeermogelijkheid. Voor info : Mevr. M.-A. Willemys (011/64.71.20).
- 03067 **KNOKKE-HEIST/BLANKENBERGE** : Gezondheidszorg Oostkust (A.Z. O.L. Vrouw ter Linden te Knokke-Heist – A.Z. Koningin Fabiola te Blankenberge) is een middelgroot regionaal ziekenhuis met twee campussen en 321 bedden en biedt werk aan ongeveer 700 werknemers en ruim 65 geneesheren. In uitbreiding van het medisch korps hebben wij een vacature voor een **SPECIALIST ANESTHESIE** met volgende specifieke kwalificaties/aandachtspunten : Bijzondere beroepstitel Urgentiegeneeskunde en/of Specifieke bekwaming Pijnkliniek is vereist; Bereidheid om in de regio te wonen; Toetreding tot de associatie; Voltijdse of deeltijdse activiteit is bespreekbaar. Sollicitaties richten aan de Directie van v.z.w. Gezondheidszorg Oostkust, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist. Inlichtingen bij de Heer D. DEMEULEMEESTER, Algemeen Directeur (050/633.500) en bij Dr L. DEMAERTELAERE (050/633.111), Hoofdgeneesheer.
- 03068 **TE HUUR** : Praktijk/bureelruimte voor (para)medisch beroep in bestaande groepspraktijk Wijnegem. Info : 02/477.63.70.
- 03071 **FRANCE** : Suite décès, **CABINET DE PEDIATRIE A REPENDRE**, Deux Sèvres (79), Région du Poitou Charentes. Seul cabinet sur tout le nord du département des 2 Sèvres, clientèle importante, très bonne condition de reprise. Contact : Fabienne HULCELLE, soit par tél. au 00.33.549.70.04.65 ou par e-mail pierre.hulcelle@free.fr
- 03072 **ESPAGNE : ALTEA - A LOUER** appartement dernier étage 2 chambres, 2 salles de bain, grandes terrasses, vue mer et montage, grande piscine en bord de mer, garage 2 voitures – Tél. : 0475/35.14.60.
- 03073 **BRUSSEL** : Nieuwe poli (Gelukkige Grijsheidsstraat 1 te 1080 Brussel) zoekt voor uitbreiding van staff : **DERMATOLOOG, GYNEACOLOOG, NKO, NEUROLOOG, PSYCHIATER, OOGARTS**. Contactpersoon : Dokter Roelandtz Frank 02/482.49.49. Website : <http://www.psychogeriatric.be>

Inhoudstafel

• Optimaliseer het financieel management in uw ziekenhuis of zorginstelling.....	1
• Eerst naar de huisarts en dan pas naar de specialist ?	21
• Uitvoering van het akkoord NCGZ – nomenclatuur – stand van zaken 10.09.2003	22
• Verzekering gewaarborgd inkomen van het VBS	26
• Viscerosynthese- en endoscopisch materiaal	30
• Wetenschappelijke vergaderingen	30
• Gedichten – Jacques TITECA.....	31
• Aankondigingen.....	31