

**V.B.S.-jaarverslag 2002
Dr. Marc MOENS
Secretaris-generaal
08.02.2003**

**DE GEZONDHEIDSZORG,
EEN PAARSE SPLIJTZWAM MET
GROENE STIPPELS**

Over de kunst gebakken lucht te verkopen als
weldaad voor de mensheid
in casu voor de Belgische artsen.

INHOUDSTAFEL

I.	Inleiding	1
II.	Politieke context	1
	1. Opwarmingsjaar voor de verkiezingen van 2003	1
	2. De Nepalese escapade.....	3
	3. Van "Franky goes to Brussels" tot "Franky sleeps in Brussels".....	5
	4. Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (B.S. 22.06.2002) : liever een slechte wet dan een palliatieve filter	7
	5. Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt en de beroepsaansprakelijkheidsverzekering	12
	1. Valiezenkoers voor de patiëntenrechten... ..	12
	2. ...maar de trein der traagheid voor de beroepsaansprakelijk- heidsverzekering.....	14
III.	Wordt de tweejaarlijkse klus een jaarlijkse ? Het akkoord van 19.12.2002.....	17
	1. Artsenverkiezingen, huisartsenmalaise en Franstalige wrevel over VANDENBROUCKE	17
	2. De individuele responsabilisering en de referentiebedragen	20
	3. Het budget 2002 wordt herschikt	23
	4. ... ter voorbereiding van het budget 2003	25
	1. In de Medico-Mut	25
	2. In het RIZIV-Verzekeringscomité	27
	3. In de Algemene Raad	27
	4. Terug naar het Verzekeringscomité.....	28
	5. En tenslotte naar de eindstreep in de medico-mut.	28
	5. De accreditering.....	34
IV.	Planning van het medisch aanbod.....	36
	1. Numerus clausus voor artsen.....	36
	2. Nep-doktoren gezocht als goedkope werkkrachten	38
	3. Het kadaster van de gezondheidszorgberoepen.....	40
V.	De artsen en de ziekenhuizen	42
	1. De ereloonsupplementen... ..	42
	2. ... en de "opnameverklaring"	43
	3. Een evenwichtige relatie tussen artsen en beheerders in het ziekenhuis	44
	4. Het globaal ziekenhuisbudget	47

VI.	Juridische procedures.....	49
1.	Vorderingen ingeleid in 2002 (in chronologische volgorde)	49
1.	Wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. (B.S. 22.02.2002) – Gemeenschappelijke vordering door het VBS en de BVAS ingeleid voor het Arbitrage Hof.	49
2.	Financiële steun van de vordering ingeleid tegen een ziekenhuisdirectie ten einde te bekomen dat tussentijdse verkiezingen zouden georganiseerd worden.	51
3.	Ministerieel besluit van 3 januari 2002 houdende de erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten in de psychiatrie en meer bepaald de psychiatrie voor volwassenen en voor kinder- en jeugd psychiatrie (B.S. 21.02.2002).....	51
3.	Een vordering tot betaling van de verschuldigde bijdragen door de Beroepsvereniging der Dermatologen.....	51
4.	Vordering ten gronde ingeleid tegen de eerste trein besparingsmaatregelen in voege getreden op 01.03.2002 (K.B. van 27.02.2002).	51
6.	K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. (B.S. 30 mei 2002 3 ^{de} editie)	52
7.	M.B. van 1 oktober 2002 houdende wijziging van het M.B. van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen	53
2.	Uitspraak	53
VII.	Urgentiegeneeskunde.....	53
1.	Financiële opdoffer voor de ziekenhuizen.....	53
2.	Wil de echte urgentist nu opstaan ?	55
VIII.	In vogelvlucht	56
1.	Radiologie.....	56
1.	Regeling Derde Betaler (D.B.R.) en medische beeldvorming	56
2.	De guidelines medische beeldvorming.....	57
2.	Oftalmologie	57
1.	De nieuwe nomenclatuur wordt geblokkeerd	57
2.	Oftalmologen versus opticiens	58
3.	Oncologie en hematologie	59
4.	De gynecologische eenmaking.....	60
IX.	Besluit	60

I. INLEIDING

In het kalenderjaar 2002 vergaderde op initiatief van onze Voorzitter en op formele basis – d.w.z. met uitnodiging en verslaggeving – de Algemene Statutaire Vergadering éénmaal (02.02.2002), het Bestuurscomité zeven maal (10.01, 04.04, 23.05, 04.07, 19.09, 07.11 en 19.12.2002) en het Uitvoerend Bestuur 41 maal. Daarnaast waren er ook heel wat “ad hoc” werkvergaderingen. Alleen in de maand augustus 2002 was de boog wat minder strak gespannen.

Van week tot week wordt de actualiteit op de voet gevolgd : de algemene politiek voor wat zijn impact op de gezondheidssector betreft, de ontwikkelingen binnen de tot Federale Overheidsdienst omgevormde departementen Volksgezondheid en Sociale Zaken, allerhande RIZIV-dossiers en documenten afkomstig van het “Vesaliusgebouw” en daarnaast de dagdagelijkse leiding van een vereniging met ruim 7.000 leden. Een overzicht.

II. POLITIEKE CONTEXT

II.1. Opwarmingsjaar voor de verkiezingen van 2003

Een papen- en kardinaalvretende VLD-voorzitter Karel DE GUCHT ergert niet alleen de “Guimardstraat” met het christelijk geïnspireerd onderwijsnet en de groep van de VVI-ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen, maar ook een deel van de traditionele VLD-kiezers, weliswaar meestal om andere redenen. Binnen de eigen rangen morren de Belgicistische federalisten (wegens opname van een reeks ex-VU-overlopers), de conservatieven (wegens te “linkse” koers), de gelovigen (wegens euthanasie-fundamentalisme en vrijzinnig integrisme), de artsen (wegens het niet aflatende schimpen tegen en verwijten aan). En dat terwijl de VLD bij de verkiezingen op 18 mei 2003 eens en voorgoed de ex-CVP, inmiddels CD&V, van de troon wil stoten als volkspartij.

Vóór de verkiezingsdatum van 18 mei 2003 werd vastgesteld, moesten vooral de socialisten het ontgelden. Toen vice-premier Johan VANDE LANOTTE (SP.a) begin november 2002 de budgetverhoging verdedigde die Frank VANDENBROUCKE kon realiseren en bovendien een gelijkaardige financiële injectie naar de toekomst vooropstelde, vond Karel DE GUCHT dit ronduit belachelijk ⁽¹⁾. Nu de verkiezingskoorts snel stijgt moet vooral de CD&V het ontgelden.

De groenen worden zowel in het Zuiden als het Noorden getolereerd door de regeringspartners. In het Franstalig landsgedeelte waren en zijn rood en blauw liever tegenover elkaar : CDH is dermate weggedeedemsterd dat een paarse heruitgave 2003-2007 (?) quasi vanzelfsprekend is. En vermits een asymmetrische regering met CD&V deelname in Vlaanderen, en louter paars in de rest van het land, zeer onwaarschijnlijk is in de volgende regering, richt de VLD-voorzitter zich sinds half januari 2003 vooral op de democratische oppositie.

¹ “De Gucht vindt uitspraken Vande Lanotte knettergek.” De Standaard 09.11.2002.

“Wat vandaag in de gezondheidszorg gebeurt, is niet goed. Er wordt nutteloos geld uitgegeven” herhaalt DE GUCHT regelmatig ⁽²⁾. Daarmee schiet hij vooral naar de specialistische geneeskunde, in het bijzonder de intra-murale. Vermits dat in Vlaanderen grotendeels VVI-instellingen zijn – wat in zijn ogen identiek is met CD&V-ziekenhuizen ⁽³⁾ – en in Brussel en Wallonië volgens hem vooral overconsumerende PS-ziekenhuizen, meent hij tweemaal te kunnen scoren. “We kunnen de budgetten voor gezondheidszorg alleen onder controle houden als we elke frank tweemaal omdraaien vooraleer we hem spenderen. Houden we de gezondheidszorg niet onder controle, dan loert dualisering om de hoek”. Een citaat van de VLD-Voorzitter ⁽⁴⁾ dd. 28.12.1998. Het had ook van Frank VANDENBROUCKE kunnen zijn. VANDENBROUCKE stelt evenwel : “Karel DE GUCHT wil een zo goedkoop mogelijke gezondheidszorg, ik een zo goed mogelijke gezondheidszorg. Dat is het verschil tussen ons” ⁽⁵⁾.

Eind januari 2002 had de VLD-voorzitter wel pech met zijn Vlaamse minister-president Patrick DEWAEEL. Terwijl DE GUCHT in “De Morgen” stelde “In Wallonië wordt een pak meer gependeed aan behandeling van blindedarmonsteking dan in Vlaanderen”, onderging DEWAEEL pas een appendectomie nadat er een echografie werd uitgevoerd ⁽⁶⁾. Gelukkig nog geen CT. In het “RIZIV-onderzoek naar regionale verschillen in medische praktijk en consumptie bij patiënten opgenomen voor appendectomie” ⁽⁷⁾ waar Frank VANDENBROUCKE met graagte naar verwijst, wordt evidentie aangegeven dat dit onderzoek het meest adequate zou zijn om de diagnose van appendicitis te stellen.

Maar, de technische mogelijkheden blijven toenemen in de specialistische geneeskunde en het is onethisch het gebruik ervan per definitie af te schilderen als “misbruik”. De dualisering, de beruchte “médecine à deux vitesses” is al een feit en zal toenemen, tenzij de groeinorm voor de gezondheidszorg drastisch wordt verhoogd.

De Franstalige politieke partijen zijn akkoord om de uitgavengroei voor de verplichte ziekteverzekering met meer dan 2,5 % te laten stijgen. De Parti Socialiste spreekt van 4,5 à 5 % buiten inflatie. Het decembercongres van de Franstalige liberalen gaat in de richting van een universele gezondheidsverzekering, met daarnaast een “tweede pijler”. PS en Ecolo verwerpen deze MR visie categoriek.

Met de ambitie om “Volkspartij” te worden, verwierp de VLD in 2001 al de gedachte van een gedeeltelijke privatisering van de gezondheidszorg . Zowel MR ⁽⁸⁾ als VLD ⁽⁹⁾ zien een portefeuille sociale zaken wel zitten in de volgende regering. Voor Daniel DUCARME is een splitsing van de sociale zekerheid onbespreekbaar ⁽¹⁰⁾, voor Karel

² Knack; 15 januari 2003, pag. 16.

³ Knack; 15 januari 2003, pag. 19.

⁴ « Er zijn geen eilanden meer ». pag. 59. Karel De Gucht & Dirk Sterckx. Houtekiet 1999.

⁵ « Frank Vandenbroucke : Ik wil gewoon iets goed doen voor de samenleving, minister of geen minister ». Humo; 29.01.2002.

⁶ « Blindedarm Dewael bedreigt volksgezondheid ». De Morgen. 31.01.2002.

⁷ “Eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land”. Doc. 2001/3; 31.01.2001; Werkgroep JADOT. Algemene Raad RIZIV.

⁸ « VLD wil zelf sociaal departement leiden. ». De Standaard. 27.05.2002.

⁹ « La VLD guigne un poste social dans la future coalition. ». Le Soir. 27.05.2002.

¹⁰ « Ducarme : La flamandisation du VLD ». La Libre Belgique. 13.11.2002.

DE GUCHT een conditio sine qua non. Op een open studiedag dd. 25.05.2002 onder de titel "De gezondheidszorg, de zekerheid van Vlaanderen", liet de VLD-voorzitter er geen twijfel over bestaan dat de defederalisering een prioriteit is voor zijn partij. Voor DE GUCHT hoeft er geen federaal minister van Volksgezondheid meer te zijn. Ter gelegenheid van het VLD-congres van 15-16.11.2002 ging DE GUCHT nog een stap verder : per hoofd van de bevolking zou voor de ziekteverzekering aan de gemeenschappen eenzelfde bedrag worden toegekend. De reactie ten zuiden van de taalgrens was scherp. Frappant is dat, op het voorbeeld dat DE GUCHT ook in zijn essay over het liberalisme in de 21^{ste} eeuw (¹¹) geeft, met name de dure appendectomie, Daniël DUCARME onmiddellijk de bal terugkaatst met een stukje uit het rapport JADOT van 2001 te citeren betreffende de "dure thuisverpleging en ouderenzorg" als Vlaams tegenvoorbeeld (¹²). DUCARME vergat zelfs te vermelden dat niet de klassieke topper in medisch-technische prestaties, Henegouwen, het hoogst scoort in het volume klinische biologie dat per huisarts wordt voorgeschreven (675.175 BEF), maar wel West-Vlaanderen (802.753 BEF) (¹³).

"Le splitsing" is dus nog niet van de politieke agenda ook al betoogde premier VERHOFSTADT dat de op dat moment (juni 2002) in het Parlement in bespreking zijnde wet op de responsabilisering van de zorgverstrekkers, de roep om de splitsing van de gezondheidszorg zou doen verstommen. "Met de nieuwste wet zou een van de voornaamste argumenten voor de opsplitsing wel eens kunnen verdwijnen" (¹⁴). Inmiddels trad die wet (¹⁵) in voege (cfr. punt III.2.)

Is dat dezelfde VERHOFSTADT die in zijn tweede Burgermanifest van 1992 schreef dat België op sterven na dood was ?

Eens de politiciers zelf en exclusief zullen kunnen beslissen wat goed is voor de gezondheid van de burger, zal het in hun ogen definitief gedaan zijn met "verspillingen". Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (¹⁶) bestaande uit 24 leden en een voorzitter, zal ondermeer de medische praktijk en de ziekenhuisactiviteit evalueren. Welgeteld twee artsen die de representatieve beroepsorganisaties vertegenwoordigen mogen er in zetelen, voor vele onderwerpen zelfs zonder stemrecht.

II.2. De Nepalese escapade

Magda AELVOET reed maar driekwart van de regeringsrit uit. Begin februari 2002 zorgde een non-event met mogelijks met PCB en sulfonamide besmet veevoer voor een schichtige reactie van een minister die aan de macht kwam dankzij de dioxinecrisis van 1999.

Bij het counteren van de antraxfobie van eind 2001, in de nasleep van de aanslag van 11 september 2001, scoorde ze nog behoorlijk. Bij de gezamenlijke opiniepeiling van Le Soir en De Standaard (29-30.06.2002) zakte ze met 47 % bij het Vlaamse

¹¹ "De toekomst is vrij.". Karel De Gucht. Houtekiet 2002 (pagina 154).

¹² « Ducarme : La flmandisation du VLD". La Libre Belgique. 13.11.2002.

¹³ Werkgroep « Eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land ». Doc. 2001/5 dd. 31.01.2001; tabel 10.

¹⁴ Knack; 12 juni 2002.

¹⁵ Wet van 22.08.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (B.S. 10.09.2002)

¹⁶ Programmawet I (1) van 24.12.2002 (B.S. 31.12.2002). Artikels 259 tot 277.

lezerspubliek onder het Vlaams regeringsgemiddelde van 51 %. De Franstaligen waren gemiddeld wat guller met de punten voor het globale regeringsbeleid (56 %) en AELVOET stak daar met haar 57 % nog net bovenuit.

Het circus eind juli - begin augustus 2002 rondom haar verbod op fluor, getuigt nogmaals van AELVOETs' gebrek aan communicatie. "Wegens gevaar voor het zenuwstelsel" wil de federale minister van Volksgezondheid fluor uit de handel halen, terwijl een Europese richtlijn, die in juli 2003 zou van kracht gaan, fluor als een "waardevol voedingssupplement" omschrijft. Na de chocolade sigaretten affaire (november 2000) en haar wazige drugsnota's (2001) werd er niet meer gegniffeld. Het was het begin van het einde.

Op 27 augustus 2002 gaf Magda AELVOET haar ontslag. Het leveren van 5.500 minimi-mitrailleurs aan Nepal, mede door haar en ook door Frank VANDENBROUCKE (die vice-premier Johan VANDE LANOTTE verving) binnen de federale regering goedgekeurd op de Vlaams nationale feestdag 11 juli 2002, werd AELVOET immers door het AGALEV-congres op 25.08.2002 niet in dank afgenomen.

De CD&V, bij monde van senator Hugo VANDENBERGHE, schopt cynisch na (¹⁷, ¹⁸). De goedkeuring van de wapenexport naar Nepal - waar niet alleen de Parti Socialiste maar ook Louis MICHEL (MR) sterk op aandringen omwille van de werkgelegenheid bij FN in Herstal – zou als wisselmunt hebben gediend voor de goedkeuring van de wet op de patiëntenrechten, waar de Franstalige liberalen ronduit negatief tegenover stonden.

Wat mij van bij het eerste contact dd. 21.10.1999 met de – toen nog kersverse – minister van volksgezondheid opviel, was haar volstreekte onbekendheid met het terrein, en vooral haar zeer selectieve interesse voor slechts enkele onderwerpen. Voor al de rest, volstreekte desinteresse, "alsof ze met haar gedachten op een Greenpeace-schip zat en walvissen aan het verdedigen was" vertrouwde ik een journalist van "De Huisarts" toe (¹⁹). Ze nam het me zeer kwalijk, maar de toekomst gaf me gelijk. Zoals Peter BACKX, hoofdredacteur van Artsenkrant, schreef : "Maar we leerden al gauw dat het perfect mogelijk was de hele sector te coveren zonder haar. Dat schrijven we absoluut niet om na te trappen, het is gewoon een vaststelling" (²⁰).

Midden de mitrailleurscrisis zei de huidige minister, toen nog AGALEV-fractieleider en econoom, Jef TAVERNIER, dat de opvolging van AELVOET als minister en vice-premier geen aantrekkelijke taak was (²¹). Enkele dagen later werd hij, omschreven als een politiek beest en vertrouwd met de gezondheidszorg wegens veel apothekers en zelfs één huisarts in de familie, door de Koning benoemd als nieuw federaal minister van Volksgezondheid.

¹⁷ "Wapenlevering versus patiëntenrechten was politieke deal". De Standaard ; 28.08.2002.

¹⁸ "Aelvoet laat geen onuitwisbare invloed na". Artsenkrant nr. 1447 ; 30.08.2002.

¹⁹ "Zo gezegd". De Huisarts ; 03.11.1999.

²⁰ "Aelvoet laat geen onuitwisbare invloed na". Artsenkrant nr. 1447 ; 30.08.2002.

²¹ « Niemand heeft zin in job vice-premier ». De Standaard 28.08.2002.

Een week lang heeft België het moeten stellen met “slechts” 7 ministers bevoegd voor Volksgezondheid. Met de benoeming van “Jef, non t’es pas du tout seul” ⁽²²⁾ was België of toch minstens het Departement Volksgezondheid weer gered. Noch als VBS-secretaris-generaal, noch als BVAS-ondervoorzitter, heb ik de plaatsvervangende minister sindsdien al officieel ontmoet. Op 05.11.2002 sprak ik hem heel kort ter gelegenheid van een receptie na een politiek discussieforum, georganiseerd door de Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen (F.V.I.B.). Toen ik merkte dat hij – toch al, of, nog maar twee maand in functie zijnde - absoluut niet wist wie vb. Dr. Jean-Paul DERCO was (adviseur-generaal, Dienst Geneeskundepraktijk van het Ministerie van Volksgezondheid), hebben we niet verder aangedrongen. Het zelf verder uitdiepen van zijn kennis over het reilen en zeilen binnen het federaal bestuur van volksgezondheid is ondertussen misschien minder belangrijk geworden vermits hij zijn kabinetsmedewerker Dr. Herman VAN LOON benoemde tot Directeur-generaal van de afdeling “Gezondheidsberoepen, medische bewaking en welzijn op het werk”. Dit is, ten gevolge van de Copernicus-operatie in 2002, één van de vijf cellen binnen de nieuwe federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Tijdens dit politiek discussieforum van het F.V.I.B. spraken alleen Jef TAVERNIER (AGALEV) en Els HAEGEMAN (SP.a) zich uit tegen de regionalisering van de gezondheidszorg. De andere uitgenodigde democratische Vlaamse partijen spraken zich resoluut vóór de splitsing uit, om te komen tot een meer oordeelkundige gezondheidszorg : Stefaan DE CLERCQ (CD&V), Fientje MOERMAN (VLD), Geert BOURGOIS (NV-A) en Geert LAMBERT (Spirit).

Vermits één van de splintergroepen van wijlen de Volksunie (VU), met name Spirit, zich bij de volgende verkiezingen heeft geassocieerd met de SP.a, kan dit al voor een bemol in het gemeenschappelijke kiesprogramma zorgen.

II.3. Van “Franky goes to Brussels” tot “Franky sleeps in Brussels”

Het curriculum van Frank VANDENBROUCKE is nu al voer voor sommige hagiografen ⁽²³⁾. “Dankzij” het Augusta-schandaal haalt hij een Ph.D. in Oxford en leert hij Blair’s derde weg kennen.

De slogan “Franky goes to Brussels”, bedacht door de inmiddels beruchte politieke marketingadviseur W(ellcome) I(n) M(assmedia) SCHAMP, bracht Frank VANDENBROUCKE in 1985 in de Kamer.

Niks glamour of glitter. Bloedige ernst en keihard werken. Zijn hagiografen schrijven dat hij geen tijd verspilt door naar Scherpenheuvel te rijden, en dat hij overnacht op het zeer sobere appartementje dat in de Wetstraat 62 voor het echtpaar VANDENBROUCKE is ingericht.

Best mogelijk. We hebben al ontbijtvergaderingen om 07.30 uur meegemaakt net zoals debatten tot ruim na middernacht. De gevolgen van die ijver zijn ondermeer zichtbaar in het toenemend aantal pagina’s Belgisch Staatsblad. Misschien is Frank VANDENBROUCKE wel de ultieme reden geweest om de papieren versie van de “Moniteur” af te schaffen. Tabel 1 toont de evolutie van het aantal pagina’s van het Belgisch Staatsblad, sinds 1989.

²² Vrij naar Jacques Brel in “Le Journal du Médecin on line » ; 30.08.2002.

²³ « Weer de eerste van de klas ? ». Walter Pauli in „Zeno. Portret“. De Morgen. 16.02.2002.

Jaargang	Aantal pagina's
1989	21.634
1990	24.732
1991	30.176
1992	28.212
1993	29.614
1994	32.922
1995	37.458
1996	32.701
1997	35.508
1998	42.444
1999	50.560
2000	43.557
2001	45.768
2002	59.169

Tabel 1

Zoals we al in ons jaarverslag 1999 meldden (²⁴), bestaat er een wetmatigheid in de publicatiedrift van onze Overheden. Na drie jaren stijgen volgt het jaar na de verkiezingen telkens één jaar met een daling van het aantal volgedrukte pagina's. Als dit fenomeen wordt bestendigd, passeren we in 2003 vlotjes de kaap van 60.000 elektronische pagina's Belgisch Staatsblad.

Het aandeel in de 59.169 bladzijden van 2002 van "ons" domein is aanzienlijk. Het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu publiceerde er 2 Omzendbrieven, 3 Besluiten van beheercomités, 12 Verordeningen, 15 Wetten, 235 Ministeriële en 482 Koninklijke Besluiten over. Bijna steeds was minister VANDENBROUCKE "auteur" of "co-auteur". De FOD (federale overheidsdienst) Volksgezondheid publiceerde 14 Koninklijke en 16 Ministeriële Besluiten.

De ook academisch publicerende K.U.Leuven-professor VANDENBROUCKE laat niet na op zeer regelmatige tijdstippen in de media goed ingestudeerde "goed nieuws show-nummers" te brengen. En als de boodschap minder aangenaam is, dan is het altijd andermans schuld. Besparingen in de medische sector zijn vb. nodig omdat de artsen misbruiken plegen en Dr. Jacques DE TOEUF - voorzitter van de Technisch Geneeskundige Raad, maar ook voorzitter van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) - wordt door de minister dan graag als zondebok aangewezen. In een verkiezingsjaar voor de artsensyndicaten is schade berokkenen aan de lastige BVAS-luis in de VANDENBROUCKE-pels altijd graag meegenomen.

Het machiavellisme en het cholerieke temperament van VANDENBROUCKE wordt in de media angstvallig verborgen achter zijn inmiddels tot handelsmerk verheven bevroren scheve glimlach. De administrateurs-generaal, professoren, syndicalisten, mutualisten etc. die epitheta en koosnaampjes naar het hoofd geslingerd kregen die niet voor publicatie vatbaar zijn en waarvan leugenaar de minst erge maar wel meest gebruikte is, schatten Frank VANDENBROUCKE anders in. De verdraagzaamheid die VANDENBROUCKE bij zijn grote inspirator en "belangrijkste politieke filosoof van

²⁴ « Colour blind under the rainbow ». VBS-Jaarverslag 1999; I.1.2. Dr. M. Moens. De Geneesheer-Specialist, nr. 2; februari 2000.

de afgelopen eeuw" ⁽²⁵⁾, John RAWLS, zag, neemt hij alleen over ten aanzien van gelijkgezinden. Ik paraphraseer de uitspraak van VANDENBROUCKE ⁽²⁶⁾ : "De meeste mensen geloven dat als ze handig zijn, ze het morele recht hebben om met dat talent veel geld te verdienen" in "De meeste politici geloven dat als ze verstandig zijn, ze het morele recht hebben om met dat talent ongebreidelde macht uit te oefenen". En vermits iedereen in koor zegt dat er weinigen aan zijn I.Q. kunnen tippen ...

II.4. Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (B.S. 22.06.2002) : liever een slechte wet dan een palliatieve filter

In mijn vorig jaarrapport riep ik ondermeer de parlementariërs op het juridisch gedrocht van het op 25.10.2001 door de Senaat goedgekeurde ontwerp van euthanasiewet te begraven ⁽²⁷⁾ en meer aandacht te schenken aan pijnbestrijding bij stervenden en het vermijden van therapeutische hardnekkigheid.

In januari 2002 werd er nog gediscuteerd in de Kamercommissie Volksgezondheid over enerzijds het beperken van euthanasie tot terminale patiënten en anderzijds tot het verruimen ervan tot minderjarigen. Geen van beide stellingen haalden het.

De Kamercommissie Justitie heeft het ontwerp nog verder gejuridiseerd. De media bleven veel aandacht schenken aan het debat. Het verhaal van de twee Britse dames die de ene euthanasie, de andere hulp bij zelfdoding vroeg, werd in de Belgische media voorjaar 2002 breed uitgesmeerd. "Miss B", een 43-jarige alleenstaande sociaal assistente, die volledig verlamd was t.g.v. een gebarsten hersenbloedvat en via kunstmatige beademing in leven werd gehouden, kreeg op 22.03.2002 van het "High Court" de toestemming dat de beademingsmachine zou worden afgekoppeld zodat ze zou overlijden ⁽²⁸⁾. Vermits het ziekenhuis waar ze reeds meer dan een jaar werd verzorgd, weigerde op haar vraag in te gaan ⁽²⁹⁾, werd ze naar een ander ziekenhuis getransfereerd.

Diane PRETTY, 43 jaar en lijdende aan een ongeneeslijke neuro-degeneratieve ziekte, kreeg op 29.04.2002 na een klacht tegen de Britse staat die hulp bij zelfdoding strafbaar stelt, in Straatsburg geen toestemming van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens, om hulp van haar echtgenoot te krijgen bij het zichzelf benemen van het leven. De zeven rechters van het Hof stelden : "Zonder de woorden geweld aan te doen kan uit artikel twee van het Verdrag ⁽³⁰⁾, dat het recht op het leven beschermt, geen diametraal recht worden afgeleid, namelijk het recht om te kiezen voor de dood, in plaats van voor het leven".

Diane PRETTY stierf een natuurlijke dood op 11.05.2002.

²⁵ « John Rawls, theoreticus van de vrijheid, degelijkheid en de verdraagzaamheid ». Frank Vandenbroucke. De Standaard. 30.11.2002.

²⁶ « Talent is geen verdienste ». "Minister van Sociale Zaken Frank Vandenbroucke en moraalfilosoof Koen Raes in gesprek over inzichten van John Rawls". Knack. 22.01.2003.

²⁷ « Het Timisoara van het euthanasiedebat ». I.2. ; V.B.S.-Jaarverslag 2001. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

²⁸ « Euthanasie : jugement historique à Londres ». Le Soir. 23.03.2002.

²⁹ « We can't pull the plug on a conscious woman we have known for a year ». The Daily Telegraph March 7, 2002.

³⁰ Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele vrijheden. Rome. 04.11.1950.

Op 19.02.2002 zonden een aantal artsen, waaronder onze voorzitter, Prof. GRUWEZ, en ondergetekende, en CD&V oppositieleden nog een protestbrief aan Mary ROBINSON, Hoge Commissaris voor de mensenrechten bij de Verenigde Naties in Genève, tegen het ontwerp van Belgische euthanasiewet met de vraag om tussen te komen. Het ontwerp is immers veel lakser dan de Nederlandse wet : terminaal ziek zijn hoeft niet, er zijn geen specifieke sancties en de controle op de naleving van de zorgvuldigheidsvoorwaarden is post-factum en louter pro forma.

In maart 2002 uit de Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren-Specialisten in de Intensieve Zorgen publiek zijn bezwaren tegen de op stapel staande wetgeving (³¹). Zij vreest ondermeer dat de vertrouwensrelatie tussen de intensivist en de naaste familieleden die de patiënt vertegenwoordigen, zal verstoord worden. Zij klaagt ook de sfeer aan die gecreëerd wordt door gerechtelijk onderzoek naar vermeende verdachte overlijdens op intensieve zorgen afdelingen.

Ook het Permanent Comité van Europese artsen stemt in maart 2002 een resolutie tegen zowel de therapeutische hardnekkigheid als tegen euthanasie.

Op 1 april 2002 gaat in Nederland officieel de euthanasiewet in, één jaar na de goedkeuring in de Eerste Kamer. Nederland wordt het eerste land ter wereld waar een arts hulp mag verlenen bij zelfdoding en het leven op verzoek mag beëindigen, wanneer het gaat om een patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. En dit ondanks de openlijke kritiek van de Verenigde Naties, die zich baseert op de Universele Mensenrechten (³²).

Op 17 april 2002 stemt de Kamercommissie Justitie het wetsontwerp. Zoals De Standaard-journalist Antoon WOUTERS schrijft : "Negenveertig minuten had de Kamercommissie gisteren nodig om de wetsontwerpen over euthanasie en palliatieve verzorging af te werken. De paars-groene meerderheid zei geen woord. In strak tempo en kille sfeer werden een 160 amendementen van de Christen-Democraten, Spirit en het Vlaams Blok verworpen. Aan de teksten van de Senaat mocht geen letter meer worden veranderd". (³³). Het editoriaal van de hoofdredacteurs van Artsenkrant/Le Journal du Médecin titelt veelbetekenend : "Met het verstand op nul"/"Une fin dans l'indignité". (³⁴).

Tegen heug en meug werd de wet door de Commissie gejaagd. Kritiek en vragen werden genegeerd omdat anders de tekst opnieuw naar de Senaat moest, en omdat de zekerheid over het voortbestaan van paars-groen niet onwankelbaar groot was, zodat de goedkeuring misschien niet meer door de in het zadel zittende regering zou mogelijk zijn. In één van de drie debatten die Artsenkrant publiceerde over euthanasie stelt Kamerlid (SP.a) Jan PEETERS "Er zijn zotter wetten gemaakt dan deze wet over leven en dood". (³⁵).

³¹ « Intensivisten : opgepast voor euthanasiewet ». Artsenkrant nr. 1418. 26.03.2002.

³² Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. New York. 10.12.1948.

³³ « Kamer werkt euthanasie af op een draffe ». De Standaard. 18.04.2002.

³⁴ Peter Backx/Maurice Einhorn. Artsenkrant/Le Journal du Médecin n° 1425. 23.04.2002.

³⁵ « Eerst palliatieve zorg uitbouwen, dan een euthanasiewet ». Jean-Pierre Baeyens versus Jan Peeters. Artsenkrant nr. 1429. 07.05.2002.

In een ander Artsenkrant-debat ⁽³⁶⁾ stelde AGALEV-kamerlid Anne-Mie DESCHEEMAER dat verbeteringen mogelijk waren maar “verbeteringen mogen niet gebruikt worden om het geheel op de lange baan te schuiven”.

Het debat tussen de artsen Yolande AVONTROODT (VLD, voorzitter Commissie Volksgezondheid) en Marc COSYNS (staflid huisartsgeneeskunde RUG en mede-initiatiefnemer van de spraakmakende HALP-studie, handelwijzen van artsen rond het levenseinde van patiënten ⁽³⁷⁾), is bijzonder leerrijk.

Marc COSYNS stelde terecht dat er een wereld van verschil bestaat tussen zorgvuldig handelen zoals de wet voorschrijft en zorgvuldig handelen zoals de artsenopleiding en –navorming dat ziet. “De wet is een kaakslag omdat we veel meer doen. Het zou jammer zijn, indien we ons beperkten tot de zorgvuldigheidscriteria bij de begeleiding van stervenden”.

In november 1999 verwierp de BVAS en in januari 2000 het VBS, de plannen van de paars-groenen om euthanasie uit de strafwet te halen. De vrees voor bureaucratisering en banalisering die we toen uitten ⁽³⁸⁾ worden door Marc COSYNS onderschreven. Over het dossier dat de euthanasiërende arts naar de federale Controle- en Evaluatiecommissie ⁽³⁹⁾ moet sturen, zegt hij : “Als ik dat bewuste dossier niet invul, heb ik dan plots een moord begaan ? Ik voorspel in België een gelijkaardige reactie als in Nederland vroeger : daar trokken 60 % van de artsen zich van die wet niets aan en ze handelden gewoon zorgvuldig verder zoals voorheen. En ik kan nu al zeggen dat we onze studenten in opleiding huisartsgeneeskunde hetzelfde zullen aanraden. Niemand heeft zin in een hoop rompslomp en paperassen om te bewijzen dat men geen moord gepleegd heeft”. ⁽⁴⁰⁾.

In de laatste rechte lijn naar de stemming van het wetsontwerp in de Kamer op 16.05.2002 ziet zelfs een grote voorstander van de wet als Prof. Wim DISTELMANS plots de grote hiaten in het wetsontwerp. ⁽⁴¹⁾. De “palliatieve filter” ontbreekt volgens collegae die met de palliatieve zorg begaan zijn. Ondanks de multipiele oproepen kwam de filter er jammer genoeg niet. Professor Ben CRUL, specialist pijnbestrijding van het academisch ziekenhuis Nijmegen, is overtuigd dat palliatieve zorg met ondermeer efficiënte pijnbestrijding veel vragen naar euthanasie wegneemt. “De euthanasieaanvraag daalt naarmate de pijnbestrijding en de liefdevolle verzorging toenemen” stelt CRUL ⁽⁴²⁾.

³⁶ « Euthanasiedebat : Marc Moens versus Anne-Mie Descheemaeker. Primum non nocere ». Artsenkrant nr. 1415. 15.03.2002.

³⁷ « Euthanasiedebat : Marc Cosyns versus Yolande Avontroodt. Maak een positieve wet ». Artsenkrant nr. 1407. 15.02.2002.

³⁸ « Dit is de banalisering van de dood. Grootste artsensyndicaat verwerpt paarse euthanasieplannen”. De Standaard. 24.12.1999.

³⁹ K.B. van 02.08.2002 houdende benoeming van de leden van de Federale Controle-en Evaluatiecommissie ingesteld inzake toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie. Belgisch Staatsblad 10.09.2002.

⁴⁰ « Op weg naar het einde. Onderzoek naar euthanasie bij Vlaamse patiënten”. Gent Universiteit. Januari 2002.

⁴¹ “Palliatieve zorg moet in de euthanasiewet ». W. Distelmans, voorzitter, A. Mullie, voorzitter werkgroep ethiek en B. Broeckeaert, adviseur werkgroep ethiek van de Federatie Palliatieve Zorg. De Standaard. Opiniëpagina. 13.05.2002.

⁴² “Bij euthanasieaanvraag gaat het meer om gebrek aan liefde dan om pijn. Professor Ben Crul, pijnspecialist uit Nijmegen”. Tertio. 15.05.2002.

Na een marathondebat wordt op donderdag 16.05.2002 om 20u22 een slechte euthanasiewet goedgekeurd met 88 stemmen voor, 51 tegen en 10 onthoudingen. De oppositie noemt de wet een paars-groen pamflet.

Meteen verklaart VLD-voorzitter Karel DE GUCHT de oorlog aan de VVI-ziekenhuizen. Het ergert DE GUCHT dat “de christelijke ziekenhuizen een wet weigeren toe te passen die door een democratische meerderheid in het parlement is goedgekeurd”. Nochtans bepaalt de wet uitdrukkelijk dat niemand gedwongen kan worden euthanasie te plegen of er aan mee te werken. Gemakshalve vergeet DE GUCHT dat enkele liberale tenoren zich onthielden bij de stemming (VLD : Jef VALKENIERS, Yolande AVONTROODT en Arnold VAN APEREN; M.R. : Philippe COLLARD, François BELLOT en Jacqueline BERZET), dat er zelfs tegenstemmen waren in de liberale familie (Robert DENIS en Pierette CAHAY, beiden MR) en dat de Kamercommissie voor Volksgezondheid, onder voorzitterschap van VLD-volksvertegenwoordiger Yolande AVONTROODT, had aangedrongen om een palliatief expert te raadplegen vooraleer over te gaan tot euthanasie.

DE GUCHT had de zeer genuanceerde VVI-tekst (⁴³) allicht niet eens gelezen. De tekst bevat immers noch verbodsbepalingen, noch richtlijnen. Prof. em. Fernand VAN NESTE commentariëert de reacties in een Opinie artikel (⁴⁴): “Het VVI-document behandelt allereerst het euthanasieverzoek. De tekst is duidelijk : “Elk euthanasieverzoek moet bespreekbaar zijn, ook al is medisch gezien het sterven nog ver weg. Het is essentieel dat de arts zich luisterbereid toont ten aanzien van de patiënt/bewoner die om euthanasie verzoekt, en overeenkomstig de in de wet bepaalde zorgvuldigheidsvereisten nagaat of de euthanasievraag gebaseerd is op een autonome en vrije en dus geïnformeerde keuze”. Van een oekaze of een verbod is geen spoor te bekennen”.

Hij vervolgt : “Over de uitvoering van de euthanasie zelf zegt het advies : “Indien uit de hierboven beschreven palliatieve filterprocedure blijkt dat het euthanasieverzoek een uitdrukkelijke, vrije, weloverwogen, ondubbelzinnige keuze is, en het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt, dan kan, wanneer het sterven nabij is, de behandelende arts overwegen daadwerkelijk tot euthanasie over te gaan. Daarbij zal de behandelende arts de bepalingen van het art. 3 § 1 en § 2, 3° van de wet nauwgezet naleven”. Is dit een verbod of een oekaze ?”.

DE GUCHT leest evenmin “Streven”. VUB-oncoloog en vrijzinnige, Prof. Dr. Jan BERNHEIM stelt, na analyse van de reeds hoger vermelde HALP-gegevens (⁴⁵), in het juni-nummer (⁴⁶) vast “dat – verrassenderwijze voor velen – christelijke artsen statistisch gesproken, niet minder vaak euthanasie uitvoeren maar dat zij, wat de zelfbeschikking van de patiënten betreft, althans bij het levenseinde, hogere eisen lijken te stellen dan vrijdenkers”.

⁴³ “Zorg voor een menswaardig sterven”. VVI-perstekst en brief aan alle aangesloten instellingen. 17.05.2002.

⁴⁴ « Caritas en het vermeende euthanasieverbod ». De Standaard. 09.06.2002.

⁴⁵ « End of life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey ». The Lancet, 356, 1806-1811. 25.11.2000.

⁴⁶ « Over katholieken en vrijdenkers, vuurtorens en navigatiesystemen. Overwegingen bij het euthanasiedebat”. Jan Bernheim. Streven. Juni 2002. Pag. 523.

Op 22.06.2002 verschijnt de “Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie” in het Belgisch Staatsblad.

In Vlaanderen stuurt CD&V op 09.07.2002 aan alle artsen een brief waarin de partij aankondigt “tijdens de komende maanden” naar het Europees Hof voor de Rechten van de Mens te trekken. In vroeg-verkiezingspamflet-stijl heet het “Kiezen tussen zorg of dood ? CD&V ziet het anders”. De brief lokt veel protest uit, zelfs bij euthanasie-tegenstanders.

Op 22.09.2002, bij het begin van de herfst – het kan moeilijk symbolischer – gaat de wet in voege. Premier VERHOFSTADT vond het op 20.09.2002 nog nodig om persoonlijk aan de pers aan te kondigen dat de ontbrekende formulieren waarmee de artsen een levensbeëindiging moeten melden, tijdig klaar zouden zijn.

Er diende nog gewacht tot 04.10.2002 vooraleer het registratiedocument beschikbaar was (⁴⁷). Het Staatsblad meldde dat het bewuste document op 2 oktober 2002 per e-mail naar de verzorgingsinstellingen was verstuurd.

Onder grote mediabelangstelling liet een militant lid van de vereniging “Recht op Waardig Sterven”, multiple sclerose patiënt en ex-kabinetsmedewerker van ondermeer SP.a-vice-premier Johan VANDE LANOTTE en de Gentse SP.a burgemeester Frank BEKE, Mario VERSTRAETE, zich euthanasiëren op 30.09.2002. Nog net onwettelijk vermits het bewuste registratiedocument nog niet bestond en de “herhaalde” vraag om euthanasie alleen vóór de invoegetrede van de wet werd gesteld.

Op 08.01.2003 diende CDH-volksvertegenwoordiger Joseph ARENS een wetsvoorstel in tot wijziging van de euthanasiewet (⁴⁸). Hij beoogt een stringenter omschrijving van de bepalingen inzake euthanasie. Hij voorziet in preciseringen met betrekking tot de vereiste voorwaarden opdat de verrichte euthanasie niet zou gelden als een misdrijf. Voorts wil hij de werkingssfeer van de wet inperken, door de mogelijkheid tot toepassing van euthanasie op te heffen wanneer alleen psychisch lijden er de beweegreden toe vormt; ook heft hij de mogelijkheid tot toepassing van euthanasie op voor niet-terminale patiënten. Tenslotte doet hij hetzelfde wat ontvoogde minderjarigen betreft.

In zijn toelichting citeert hij Dr. Marianne DESMEDT, radiotherapeute-oncoloog, tijdens de debatten in de Kamercommissie voor Justitie (⁴⁹) : “Wij leven in een wereld die er, door ernaar te streven de grenzen van het mogelijke voortdurend te verleggen, in geslaagd is de dood uit te stellen en het menselijke droombeeld van de onsterfelijkheid te versterken. Door het materialisme en het productivisme te promoten heeft hij bovendien een waardesysteem ontwikkeld waarin het fysieke welzijn en het economisch nut van het individu op de eerste plaats komen. De dood en de stervende zijn uit onze leefwereld verjaagd”.

⁴⁷ « Registratiedocument bedoeld in artikel 5 en 7 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie. – Mededeling”. Belgisch Staatsblad 04.10.2002, pag. 45183.

⁴⁸ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. Doc. 50 **2214/001**.

⁴⁹ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. Doc. 50 **1488/009**.

Tot slot breng ik een beschouwing uit 1988 in herinnering van toenmalig “De Standaard”-redacteur Hugo DERIDDER ⁽⁵⁰⁾. “Het stemt tot nadenken dat het probleem van euthanasie in ons land ter sprake komt in het kader van een Rondetafelconferentie over de sanering van de ziekteverzekering ... Het roept griezelige gedachten op : euthanasie als middel om de uitgaven in de ziekteverzekering te beperken. Wij hopen dat de opdrachtgever van de Uniop-enquête, minister Philippe BUSQUIN, nu verontwaardigd zal zeggen dat het helemaal niet in zijn bedoeling lag enig verband te leggen tussen euthanasie en de financiële sanering van ons gezondheidsstelsel. Maar wat was dan wel zijn bedoeling ?”.

Bijna 15 jaar later stellen sommigen – o.m. VLD-voorzitter Karel DE GUCHT ⁽⁵¹⁾, maar ook Dr. Marc COSYNS – dat euthanasie een patiëntenrecht is of moet worden. ⁽⁵²⁾. De journalist die Prof. Marc BOGAERT, voorzitter van het Ethisch Comité van het U.Z. Gent, interviewt over de nieuwe wet op de euthanasie, maakt dezelfde denkfout in zijn ondertitel : “Euthanasie is het recht van de patiënt, maar is het ook de plicht van de dokter ?” ⁽⁵³⁾. Alle drie miskennen ze daarbij de uitspraak dd. 29.04.2002 van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in de zaak PRETTY. Het Parlement hield er wel rekening mee want in de wet op de patiëntenrechten ⁽⁵⁴⁾ is het “recht op euthanasie” (vooralsnog ?) niet opgenomen.

Vermeldenswaard is nog dat op de valreep, met name op 23.12.2002, de v.z.w. Jurivie en de v.z.w. Provita een beroep bij het Arbitragehof indienden tot schorsing en vernietiging van de integrale Wet van 28.05.2002 betreffende de euthanasie.

II.5. Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt en de beroepsaansprakelijkheidsverzekering

II.5.1. Valiezenkoers voor de patiëntenrechten ...

Op 06.10.2002 ging de wet betreffende de patiëntenrechten in voege. Net zoals de euthanasiewet werd ze onder grote druk door het Parlement gejaagd. Een echte zomerse valiezenkoers : gestemd in de Kamer op 15 juli, geëvoceerd in de Senaat, onderzocht in de Senaatscommissie, gestemd in de Senaatscommissie, gestemd in de plenaire Senaat en dezelfde dag teruggestuurd naar de Kamer, die de Wet diezelfde 19^{de} juli 2002 bekrachtigde, ondanks de indiening door de Senaat van 45 amendementen waarvan sommigen zelfs uitgingen van de regeringspartijen.

Een frontale aanval in extremis tegen het ontwerp door Dr. Marc VAN CAMPENHOUT, afgevaardigd beheerder en medisch directeur van de Europaklinieken in Brussel, mede-oprichter van het MCC (Mouvement des Citoyens pour le Changement van Gérard DEPRez) en dus lid van de Franstalige liberale

⁵⁰ “Echo’s. Euthanasie”. De Standaard. 24.11.1988.

⁵¹ « Euthanasie moet in wet patiëntenrechten. VLD-voorzitter wil euthanasiëcritici wettelijk de mond snoeren”. De Morgen. 15.07.2002.

⁵² « Euthanasie moet een patiëntenrecht worden”. Marc Cosyns. Opiniëpagina. De Standaard. 11.10.2002.

⁵³ “Dode hoek van de wet”. UZ letters, nr. 76/november 2002-januari 2003.

⁵⁴ « Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt”. Belgisch Staatsblad 26.09.2002 (Ed.2).

regeringspartij MR (Mouvement Réformateur) in de krant “Le Soir” ⁽⁵⁵⁾ lokte alleen maar schouderophalen of ronduit vijandige reacties uit. “Een corporatistisch en onsympathieke tekst...” sneerde zijn MR-partijgenote Françoise BERTIEAUX, volksvertegenwoordiger en voorzitter van de Gezondheidscommissie van de Brusselse Cocom, terug. ⁽⁵⁶⁾.

De week voorafgaand aan de goedkeuring hadden wij op vraag van een aantal senatoren – zowel uit de regering als uit de oppositie – hen nog een ganse waslijst objectieve bezwaren tegen de wet bezorgd. We schreven : “De artsen zien de goedkeuring van deze wet helemaal niet zitten. Ze kan alleen beschouwd worden als een politiek cadeau aan de groenen. De wet doet een permanent klimaat van koude oorlog tussen zorgverleners en patiënten ontstaan. Het zal de zeer dure defensieve geneeskunde nog aanwakkeren. Zodat er weer minder geld ter beschikking komt voor echte zorg. Waardoor het meest fundamentele patiëntenrecht namelijk recht op zorg meer dan vroeger geschonden zal worden”. Het mocht allemaal niet baten.

Eind oktober 2002 hebben Martine BOGAERT, juriste van het Vlaams Artsensyndicaat, en ondergetekende een analyse van de nieuwe wet gemaakt ⁽⁵⁷⁾, ons o.m. baserend op de vele bemerkingen die we vroeger al hadden gemaakt en die we uitvoerig hebben toegelicht in ons vorig jaarverslag. ⁽⁵⁸⁾.

In de marge van deze nieuwe, ons inziens, arts-onvriendelijke wet, citeer ik een stukje uit een vrije tribune die Dr. Georges CASTEUR in persoonlijke naam in Artsenkrant publiceerde ⁽⁵⁹⁾. Hij overloopt enkele wetten en decreten van het voorbije decennium : “Hierbij wens ik te beginnen, ere wie ere toekomt, met een West-Vlaamse minister zaliger ⁽⁶⁰⁾ die decreteerde dat wij geen dokters meer waren maar artsen ⁽⁶¹⁾. Hiervoor kwamen wij niet op straat. Op mediocriteit antwoord je niet, maar we stonden wel meteen een trede lager. ⁽⁶²⁾. Enkele jaren geleden, in '99, kwam de wet inzake alternatieve geneeswijzen in voege ⁽⁶³⁾. Wij waren geen dokters meer maar artsen, dat wisten we al, maar we moesten niet dromen : als artsen beschikten we niet meer over het monopolie van de geneeskunde. Een diploma had je niet meer nodig om de geneeskunde uit te oefenen.

We kwamen alweer niet op straat maar stonden twee treden lager.

Wat later ontnam de wet over euthanasie ons de illusie dat wij als artsen, alhoewel geen dokters, toch nog “geneesheren” waren. Ons ethisch handelen diende zich

⁵⁵ « Le prestataire (de soins) ... ce galeux ». Carte blanche. Le Soir. 19.07.2002.

⁵⁶ « Droits des patients : le débat continue ». Le Soir. 25.07.2002.

⁵⁷ « Leidraad bij wet betreffende de rechten van de patiënt ». M. Bogaert, M. Moens. De Geneesheer-Specialist n° 1, januari 2003.

⁵⁸ « De rechten van de patiënt en de medische aansprakelijkheid ». VBS-jaarverslag 2001, VI, Dr. M. Moens, 02.02.2002.

⁵⁹ « Over patiënten, hun rechten en hun tovenaars ». Georges Casteur. Artsenkrant n° 1473; 03.12.2002.

⁶⁰ Bedoeld wordt Daniël Coens, ° 03.08.1938 - † 15.02.1992, CVP-gemeenschapsminister van Onderwijs 1988-1992.

⁶¹ Decreet van 10.06.1991 van de Vlaamse Gemeenschap (B.S. 04.07.1991).

⁶² Een verzoekschrift tot nietigverklaring van dit Decreet werd o.m. door het VBS en VAS ingediend bij het Arbitragehof (B.S. 18.01.1992); op 17.12.1992 besliste het Arbitragehof dat de titel van arts niet discriminerend is t.o.v. de titel “docteur en médecine, chirurgie et accouchement”.

⁶³ Wet van 29.04.1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen. (B.S. 24.06.1999). “Wet Colla”.

immers aan te passen aan de kleur van de regering en de vertrouwensrelatie, de woordenloze colloque singulier, werd op het meest dramatisch ogenblik van het leven, namelijk bij de dood, herleid tot een administratief formulier gepubliceerd in het staatsblad. Niet op straat maar drie treden lager.

We waren geen dokters meer, geen geneesheren maar toch nog artsen, zo dachten wij. Tot de wetgever in de patiëntenrechtenwetgeving, waarvan men in feite, u hebt het reeds begrepen, een artsenplichtenwetgeving heeft gemaakt, erin slaagt om nergens het woord “arts” te gebruiken ! Wij zijn er “de beroepsbeoefenaars van het K.B. 78” ! Na dokter, en geneesheer staat nu zelfs het woord “arts” op de index”.

Dr. Georges CASTEUR is voorzitter van de Provinciale Raad van West-Vlaanderen van de Orde der Geneesheren.

België wordt met zijn wet van 22.08.2002 het zevende Europese land dat gelegisfereerd heeft over patiëntenrechten, naast Griekenland, Spanje, Denemarken, Nederland, Frankrijk en Finland.

In Nederland en Denemarken blijven de wachtlijsten voor verzorging groeien en worden patiënten “geëxporteerd” naar de buurlanden België, resp. Duitsland. In Frankrijk raken tientallen ziekenhuizen en duizenden artsen niet meer verzekerd sinds op 04.03.2002 de “Wet KOUCHNER” op de rechten van de patiënt en de beroepsaansprakelijkheidsverzekering werd ingevoerd. De Finse staatsgeneeskunde wordt strak en met mondjesmaat georganiseerd. Als de Finse industrie het niet goed doet – zeg maar als het NOKIA-aandeel zou kelderen – dan valt in dergelijk “Beveridge model” de gezondheidszorg stil. De buitenlandse toerist in Spanje vindt relatief gemakkelijk privé zorgen, maar voor de Spanjaarden zelf is het rijtje schuiven in het Staatssysteem van het ene verwijsbriefje naar het andere, om op een wachtlijst geplaatst te raken.

Waar zit dan het voordeel voor de patiënt ? Dat de Grieken gemiddeld de tweede langste levensverwachting hebben in de Europese Gemeenschap ⁽⁶⁴⁾, terwijl de overheidsbesteding qua uitgaven in euro per capita voor gezondheidszorg slechts 36% bedragen van de Belgische aanwending van de middelen ⁽⁶⁵⁾, heeft ongetwijfeld meer te maken met de Griekse sociale context, het klimaat en de voedingsgewoonten dan met het bestaan van een patiëntenrechtenwet.

II.5.2. ...maar de trein der traagheid voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering

De wet op de patiëntenrechten heeft tweemaal het paarsgroene regeerakkoord van zomer 1999 geschonden. Het werd een wet in plaats van het beloofde charter of handvest. En deze wet zal voor de zoveelste administratieve overbelasting zorgen, terwijl de Overheid plechtig een administratieve vereenvoudiging had aangekondigd.

Bij herhaling zwoeren politici dat de invoering van patiëntenrechten gepaard zou gaan met een verbetering van de verzekering voor beroepsaansprakelijkheid.

In haar toespraak ter gelegenheid van een groots opgezet symposium over medische aansprakelijkheid dd. 14 juni 2000, georganiseerd door het Bestuur der

⁶⁴ OESO Health data 2000. Compendium gezondheidsstatistiek 2001. BIGE. I, tabel 24.

⁶⁵ OESO Health data 2000. Compendium gezondheidsstatistiek 2001. BIGE. IV., tabel 13.

Gezondheidszorgen van het toenmalige Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu ⁽⁶⁶⁾, formuleerde ex-minister van Volksgezondheid Magda AELVOET het als volgt : “De patiëntenrechten zonder meer regelen binnen het huidige aansprakelijkheidssysteem zou terecht niet fair zijn voor de overige betrokken partijen; een mentaliteitswijziging dringt zich bij de zorgverleners op doch zij moeten nog over de mogelijkheid beschikken hun taken (op een kwalitatieve manier) zonder voortdurende dreiging uit te oefenen. Het is dus, teneinde de diverse belangen te dienen, noodzakelijk dat parallel aan het debat over de patiëntenrechten een oplossing wordt gezocht voor de medische aansprakelijkheid zonder echter dat het debat omtrent de medische aansprakelijkheid de totstandkoming van de patiëntenrechten mag vertragen”.

Haar toelichting t.g.v. de hoorzittingen in de Kamer begin januari 2001 gingen in dezelfde zin. Post-factum werd het 100% duidelijk wat velen al hadden vermoed : alleen de patiëntenrechten interesseerden haar. De artsenproblemen waren haar geen zorg. En eens de Koning de wet had getekend op 22.08.2002 en dus de buit binnen was, nam ze op 27.08.2002 ontslag (cfr. punt II.2).

Bij de stemming in de Kamer op 15.07.2002, legde Premier Guy VERHOFSTADT, ondermeer om de VLD-artsen senatoren en volksvertegenwoordigers te sussen, een belangrijke verklaring af, die vooraf door de Ministerraad van 12.07.2002 was goedgekeurd. VERHOFSTADT legde deze verklaring af als tegenprestatie voor het intrekken van haar amendement door Dr. Yolande AVONTROODT, dat de patiëntenrechtenwet slechts wou laten in voege gaan op het moment dat ook een regeling voor het systeem “no fault” was getroffen.

VERHOFSTADT : “De regering bevestigt het akkoord dat ze bereikt heeft over de krachtlijnen van een regeling voor de medische aansprakelijkheid op 31 mei 2002. De regering zal deze krachtlijnen aan het einde van het jaar omzetten in een voorontwerp van wet. De regering beklemtoont daarbij dat de specifieke meerkost die kan ontstaan op het moment van de invoering van een zogenaamd “no fault”-stelsel voor de vergoeding van schade in verband met gezondheidszorg (dat wil zeggen de meerkost in vergelijking met de schade die nu uitbetaald wordt door verzekeringsmaatschappijen, en waarvoor artsen vandaag premies betalen) niet mag leiden tot een inlevering voor de verstrekkers als groep. Om die reden is het uiterst belangrijk dat een explosie van kosten vermeden wordt, onder meer door een duidelijke definitie van de schade die voor vergoeding in aanmerking komt, door een grondige voorstudie van het voorgestelde vergoedingssysteem en de financiële last die daarmee gepaard zou gaan, en door de gelijktijdige uitbouw van kwaliteitsbewaking en effectieve preventiemechanismen.”

De ministerraad van 11.02.2002 had beslist een “no fault” systeem in te voeren zoals minister van economische zaken Charles PIQUE in 2000 had voorgesteld. De drie expertwerkgroepen raken er niet uit. Bovendien blijft er grote onenigheid over de financiering van dergelijk systeem. Momenteel betaalt de sector ongeveer 33 miljoen €. Een no-fault-systeem zal minstens driemaal meer kosten, misschien nog veel meer. Wie gaat de meerkost van 80 à 100 miljoen euro ophoesten ?

⁶⁶ « Medische aansprakelijkheid : fault, no fault, or ... ? ». Brussel, zaal Pacheco, 14 juni 2000.

De Premier stelt dat het nieuw systeem “niet mag leiden tot een inlevering van de verstrekkers als groep”.

De bestaande voorstellen hebben het echter steeds over het naast elkaar bestaan van twee financieringssystemen voor deze sector : de individuele bijdrage van elke zorgverlener aan zijn private verzekering al naargelang de aard van zijn praktijkvoering, en de collectief berekende bijdrage aan een nog op te richten “Fonds”.

Een denkpiste via de ZIV-honoraria die Minister Frank VANDENBROUCKE op 03.10.2002 aan de artsensyndicaten voorlegde, werd niet weerhouden.

VANDENBROUCKE speelde met de idee om de globale medische honoraria éénmalig met 25 miljoen euro te laten stijgen om daarmee voor eeuwig en altijd de stijgende premies voor de verzekering voor beroepsaansprakelijkheid te bekostigen. Voor dergelijk vergiftigd geschenk werd de minister beleefd doch koel bedankt. De reële kost van het no-fault systeem bedraagt een veelvoud van dit “voorstel” en niemand kan becijferen hoe snel gespecialiseerde juristen er eventueel zullen in slagen om die rekening exponentieel te doen stijgen.

Op 23.10.2002 wordt in beperkte kring een nieuw wetsontwerp in circulatie gebracht betreffende de vergoeding van schade in verband met gezondheidszorg, uitgaande van het ministerie van economische zaken. Uiteraard moeten ook de ministers van Justitie, Volksgezondheid en Sociale Zaken hierover hun zeg hebben. Het nieuwste ontwerp tracht de verschillende standpunten van de experts Prof. J.L. FAGNARD (U.L.B.) en Prof. T. VAN SWEEVELT (U.I.A.) te verzoenen.

Ondanks de plechtige belofte van de Premier, zijn begin 2003 de krachtlijnen nog niet omgezet in een voorontwerp van wet. De tekst die wij eind januari 2003 “via een gunstige wind” ter inzage kregen, roept nog steeds zowel fundamentele als financiële en juridisch-technische vragen op.

Vermits de verkiezingsdatum van 18 mei 2003 met de snelheid van het licht nadert, zou het een mirakel zijn indien er nog een voorontwerp van wet tot stand komt. Een eventuele wet wordt hoe dan ook een opdracht voor de nieuwe regering en dus een punt op het VBS-memorandum dat we eerstdaags aan de politici moeten bezorgen.

Collega Georges CESSION heeft ons Bestuurscomité voorgesteld om opnieuw de VBS werkgroep betreffende de aansprakelijkheidsproblematiek in werking te stellen. We menen dat die werkgroep best samengesteld wordt uit vertegenwoordigers van de "harde kern" (m.a.w. het operatiekwartier en de invasieve verstrekkingen), waarin we ook hopen te mogen rekenen op een van de meest vooraanstaande specialisten van dit gebied, collega René HEYLEN, anesthesist. Elke andere belangstellende die zijn steentje wil bijdragen is welkom en gelieve zich kenbaar te maken aan ons secretariaat.

Het komt ons voor dat nog lang niet alle denkpistes werden onderzocht. We vermoeden dat een pragmatische aanpak nieuwe mogelijkheden zal aanvoeren. Al heeft ze op dit ogenblik andere katten te geselen, ook de politieke Overheid is vragende partij. In vier jaar tijd en ondanks de medewerking van de meest eminente specialisten, is ze er niet in geslaagd enig concreet resultaat te bereiken.

III. WORDT DE TWEEJAARLIJKSE KLUS EEN JAARLIJKSE ? HET AKKOORD VAN 19.12.2002.

III.1. Artsenverkiezingen, huisartsenmalaise en Franstalige wrevel over VANDENBROUCKE

Op 03.06.2002 stuurde het RIZIV de nodige documenten aan 40.090 artsen (17.872 huisartsen en 22.218 specialisten) om deel te nemen aan de tweede syndicale artsenverkiezingen. Bij de eerste verkiezingen in juni 1998 werden er 37.383 stembrieven verstuurd (16.919 huisartsen en 20.464 specialisten) (cfr. tabel 2). De telling verliep strikt volgens het boekje op 25.06.2002.

	Medische verkiezingen 1998				Medische verkiezingen 2002			
	Verzonden stembrieven		Ontvangen stembrieven		Verzonden stembrieven		Ontvangen stembrieven	
	Absoluut aantal	% van totaal	Absoluut aantal	% van totaal	Absoluut aantal	% van totaal	Absoluut aantal	% van totaal
Huisartsen	16.919	45,26	11.755	69,48	17.872	44,58	10.341	57,86
Specialisten	20.464	54,74	14.659	71,63	22.218	55,42	12.241	55,09
Totaal	37.383	100,0	26.414	70,66	40.090	100,00	22.582	56,33

Tabel 2

In 1998 stuurden 70,66% der artsen hun stembiljet terug, in 2002 slechts 56,33%. In 1998 voelden 69,48% der huisartsen en 71,63% der specialisten zich bij de verkiezingen betrokken. In 2002 nog slechts 57,86% van de huisartsen en 55,09% van de specialisten.

Uit de telbureaus kon indirect opgemaakt worden dat jongere collegae relatief weinig deelnamen aan de stemming.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Medische verkiezingen 1998	Medische verkiezingen 2002	Verschil	In %	Verhouding 1998 %	Verhouding 2002 %
<u>Algemeen geneeskundigen</u>						
BVAS	4.665	2.908	-1.757	62,36	39,69	28,12
KARTEL	6.937	7.148	211	103,04	59,01	69,12
Blanco	90	81	- 9	90,00	0,77	0,79
Ongeldig	63	204	141	323,81	0,53	1,97
TOTAAL	11.755	10.341	-1.414	87,97	100,00	100,00
<u>Geneesheren-specialisten</u>						
BVAS	13.072	10.660	- 2.412	81,55	89,17	87,08
KARTEL	1.444	1.188	- 256	82,27	9,85	9,71
Blanco	92	127	35	138,04	0,63	1,04
Ongeldig	51	266	215	521,27	0,35	2,17
TOTAAL	14.659	12.241	- 2.418	83,51	100,00	100,00
ALGEMEEN TOTAAL	26.414	22.582	- 3.832	85,49		

Tabel 3

Kolom 3 van tabel 3 leert dat in absolute cijfers overal stemmen werden verloren t.o.v. 1998. Alleen het Kartel kende een lichte toename van het aantal stemmen bij de huisartsen. Opmerkelijk was de fikse toename van de ongeldige stemmen. Procentueel werd het grootste stemverlies opgetekend bij de BVAS-huisartsen.

Op de huisartsenbank wordt 69,12% der zitjes toegewezen aan het Kartel (59,01 in 1998) en 28,12% aan de BVAS (39,69% in 1998), op de specialistenbank 87,08% aan de BVAS (89,17% in 1998) en 9,71% aan het Kartel (9,85% in 1998). In de praktijk blijft de zetelverdeling in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen met deze uitslag ongewijzigd : BVAS 7 zetels (5 specialisten + 2 huisartsen), Kartel 5 zetels (1 specialist + 4 huisartsen) ⁽⁶⁷⁾.

Onmiddellijk na de verkiezingen stelde VANDENBROUCKE zich al vragen over de representativiteit van de artsensyndicaten. Op de 22.218 verstuurd stembrieven aan specialisten brengen er 10.660 of 47,98% hun stem uit voor de BVAS en 1.188 of 5,35% voor het Kartel.

Op de 17.872 verstuurd stembrieven aan de huisartsen brengen er 2.908 of 16,27% hun stem uit voor de BVAS en 7.148 of 40,0% voor het Kartel.

Minister VANDENBROUCKE houdt angstvallig de malaise bij de huisartsen in het oog. De huisartsen schimpen op beide syndicaten, zijn ontevreden met het bekomen akkoord voor 2003 (cfr. III.4.5.) en bespreken openlijk een nieuw systeem. De huisartsen willen apart van de specialisten onderhandelen, met een eigen budget, en liefst nog de Vlamingen apart van de Franstaligen, wijlen de Vlaamse minister-president Gaston GEENS indachtig "Wat we (= Vlaamse huisartsen) zelf doen, doen we beter".

En dat binnen een nieuwe medisch-politieke commissie. Zonder de mutualiteiten.

Een reactie van ASGB-lid huisarts Johan BUFFELS op het "Toekomstplan van de huisartsgeneeskunde" dat voorzitter Karel VAN DE MEULEBROEKE van het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (S.V.H.) in opdracht van minister VANDENBROUCKE in februari had gemaakt, stelde ook de samenwerking met de mutualiteiten in vraag ⁽⁶⁸⁾.

Een aantal Vlaamse politici is deze strekking zeker genegen. Ze worden gesteund door sommige journalisten. Na de betoging van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn op 14.12.2002 in Brussel commentariëert Guy TEGENBOS : "Waarom beslist de minister van Sociale Zaken, Frank VANDENBROUCKE (SP.a) niet zelf dat de budgetten voor de huisartsen sterker moeten stijgen dan die voor de specialisten ? Waarom laat hij dat over aan artsenvakbonden en ziekenfondsen ?" ... "Maar de meeste regeringspartijen durven niet ingaan tegen de machtige ziekenfondsen en artsenvakbonden die de baas willen blijven in de ziekteverzekering" ⁽⁶⁹⁾.

Een zeer oud refrein, dat de Engelse huisartsen (en specialisten) maar wat graag zouden doen ophouden in hun staatsgeneeskundig systeem.

In de aanloop naar een nieuwe regering poogt een aantal huisartsen vandaag ook de Vlaamse liberalen te overtuigen van dit model.

⁶⁷ Doc. CNMM/NCMZ 2002/50 : Procesverbaal van 25 juni 2002.

⁶⁸ Vrije Tribune : Weg met de medicomut ? Artsenkrant nr. 1415, 15.03.2002.

⁶⁹ « Ook paars-groen buigt voor sterke machtsgroepen ». De Standaard. 16.12.2002.

Met een delegatie van +/- 50 specialisten, aangevoerd door onze combattieve voorzitter, Jacques GRUWEZ, mét megafoon, was het VBS aanwezig op de massabetoging van 14 december 2002. Als lid van het Gemeenschappelijk Front van Gezondheidsberoepen, was het VBS ook bij de voorafgaande vergaderingen uitgenodigd.

De Franstalige huisartsen waardeerden onze steun en de organisatrice van het eerste uur Claude DAWANCE dankte, na de symbolische verbranding van (de pop van) minister VANDENBROUCKE – die werd aangestoken met Bf-aanvraagbriefjes voor geneesmiddelen en niet met BEF-biljetten - in haar eindspeech expliciet de specialisten.

Aan Vlaamse kant werd er afwijzend tot agressief gereageerd tegenover de specialisten. S.V.H.-voorzitter Karel VAN DE MEULEBROEKE, begin 2002 nog ingehuurd door minister VANDENBROUCKE om de toekomst van de Belgische huisartsgeneeskunde uit te schrijven, dreigt vlak voor de betoging ⁽⁷⁰⁾ “Ik acht confrontaties niet uitgesloten. Ik zou het alvast moeilijk hebben om te zien hoe juist die mensen die aan de basis liggen van onze problemen, munt proberen te slaan uit deze betoging”.

Ik heb geen vijandigheid ontmoet, integendeel. Misschien tot spijt van VAN DE MEULEBROEKE en zijn opdrachtgever VANDENBROUCKE, die sinds zijn ministerieel mandaat continu de huisartsen tegen de specialisten in het harnas jaagt. Huisartsen en specialisten hebben duidelijk een gebrek aan inzicht in elkaars problemen. Met als gevolg dat huisartsen, die nog een relatieve – weliswaar door de overmaat aan administratieve pesterijen flink verzuurde – vrijheid van beroepsuitoefening kennen, oplossingen voorstaan die de specialisten verwerpen, omdat ze ze al aan den lijve hebben ondervonden.

Als Dr. Anne GILLET-VERHAEREN, ondervoorzitter van de “Groupement belge des omnipraticiens” (GBO, onderdeel van het Kartel) de BVAS van repliek dient die tegen de invoering is van forfaits in de huisartsgeneeskunde omwille van verlies van onafhankelijkheid t.o.v. de politici, stelt ze “Or on n’a jamais vu le politique dans un acces de mauvaise humeur, retirer le forfait aux hôpitaux”. ⁽⁷¹⁾.

Alhoewel haar GBO collega Marcel BAUVAL zetelt in het RIZIV-Verzekeringscomité en alhoewel zij zelf lid is van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, weet ze dus niet (of vergeet ze selectief) dat “de politiek” er zijn hand niet voor omdraait forfaitaire honoraria drastisch te verminderen tot zelfs quasi “in te trekken” (retirer) vb. in de periode 01.09-31.12.2001 : -87,2 % voor het forfaitair honorarium per voorschrift radiologie (code 460972), -49% voor het forfaitair honorarium per voorschrift klinische biologie (592410), -15% voor de nierdialyse etcetera ⁽⁷²⁾.

⁷⁰ « Vereniging Belgische Specialisten sluit zich met eigen eisenplatform aan bij de huisartsbetoging : dit is een poging tot recuperatie ». De Morgen. 12.12.2002.

⁷¹ « Généralistes et spécialistes : pas tout à fait le même combat ... ». L’Echo. 13.12.2002.

⁷² « De besparingsmachine VANDENBROUCKE ». VBS-jaarverslag 2001; II.1.2. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

Geestesgenoot VANDENBROUCKE wordt door zijn Franstalige kameraden van de Parti Socialiste nauwlettend in het oog gehouden. Uitspraken als ⁽⁷³⁾ « Le monde francophone renâcle à faire des choix en faveur de la première ligne. Il est plus orienté que la Flandre vers l'hospitalocentrisme ». ... « La solidarité entre la Flandre et la Wallonie sera intenable si les médecins ne s'autorégulent pas » zijn hierbij alleen olie op het Waalse vuur. Bovendien een knap staaltje van het afschuiven van verantwoordelijkheid, van het kaliber als in de Augusta-periode, waar de mindere goden à la Carla GALLE of Etienne MANGE en de partijboekhouders Guido VANBIESEN en Guido TRIEST door de mangel werden gehaald, terwijl de ex-SP-voorzitter kon doctoreren in Oxford ⁽⁷⁴⁾ en zijn naam naderhand van de verdachtenlijst verdween na verhuizing van het SP-dossier van Luik naar Brussel. « Waardoor de gewezen SP-voorzitter – zoals door de SP geëist – als minister kon worden opgenomen in de paars-groene regering ⁽⁷⁵⁾.

De Waalse en Brusselse (huis-)artsen hebben het VANDENBROUCKE bijzonder kwalijk genomen dat hij hen de schuld in de schoenen wil schuiven van de door hen volstrekt ongewenste splitsing van de sociale zekerheid.

III.2. De individuele responsabilisering en de referentiebedragen

In de loop van het jaar 2002 drukt Frank VANDENBROUCKE het deel “individueel responsabiliseren van de verstrekkers” ⁽⁷⁶⁾ door. Iedereen had het steeds over artsen, maar dankzij de hardnekkigheid van de BVAS werden ook de ziekenhuisbeheerders voor hun verantwoordelijkheid geplaatst en zijn ze ook sanctioneerbaar. Tijdens de finale en cruciale vergadering dd. 14.10.2002 met ondermeer de minister zelf, alle betrokken kabinetsleden, Gabriel PERL in zijn functie van voorzitter van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, Jo DE COCK, administrateur-generaal van het RIZIV, Dr. Bernard HEPP, Directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige controle, de partners van de medico-mut., de SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), de WWVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) en het VHP (Vlaams Huisartsenparlement) werd door de BVAS-delegatie een ganse reeks concrete en goed voorbereide wijzigingen ten gunste van de artsen aan het origineel aangebracht, waarin ook belangrijke bemerkingen uitgewerkt door de VBS-juridische dienst.

Lang niet al onze opmerkingen werden weerhouden, maar de rechten van de verdediging werden opnieuw gegarandeerd – weliswaar niet op de manier zoals sommige collegae het hadden gewenst – en een aantal boetes werden drastisch gereduceerd. Ze blijven desalniettemin hoog.

⁷³ « Les francophones sont hospitalocentristes ». A bout portant. Frank Vandenbroucke. Le Soir. 15.12.2002.

⁷⁴ « De Augusta-crash. Het jaar nul in de Wetstraat ». Rik Van Cauwelaert. Globe. 1995.

⁷⁵ Citaat van Rik Van Cauwelaert uit « Het nawee van Augusta ». Knack. 13.02.2002.

⁷⁶ Cfr. « 11 september 2001 : Frank Vandenbroucke drukt zijn stempel op het gezondheidsbeleid ». VBS-jaarverslag 2001, III.4.2. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

In ruil voor de toegevingen door de minister, dienden de Artsensyndicaten het vetorecht in de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (N.R.K.P.) ⁽⁷⁷⁾ op te geven. Een reëel gevaar was dat hierdoor “indicatoren” (een vorm van praktijkrichtlijnen) opgesteld door geneesheren-ambtenaren van de Dienst voor geneeskundige controle, zouden worden opgedrongen tegen de inzichten van de beroepsbeoefenaars in. In extremis werd door Daniël BACQUELAINE (MR) met de actieve steun van Yolande AVONTROODT (VLD) een amendement ingediend, en naderhand goedgekeurd, dat een evaluatieperiode invoert van dergelijke indicator, waarna een peer review volgt. Dan volstaat een drie vierde meerderheid op de beroepsbank bestaande uit de artsensyndicaten en de wetenschappelijke verenigingen (inclusief de universiteiten). De ziekenfondsbank en de regeringsbank stemmen in deze situatie niet mee.

Inmiddels werden de leden van de N.R.K.P. in het Staatsblad benoemd ⁽⁷⁸⁾ en werd de Raad plechtig door de ministers VANDENBROUCKE en TAVERNIER geïnstalleerd op 23.12.2002 in het RIZIV. Tijdens zijn eerste “echte” vergadering dd. 30.01.2003 werd Dr. Rudi VAN DRIESSCHE, radioloog, verkozen tot voorzitter. Dr. VAN DRIESSCHE is via de Nationale Unie van Radiologen (NUR) nauw betrokken bij het VBS, en is als voorzitter van de afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams Brabant van het VAS (Vlaams Artsensyndicaat) lid van het Bureau van de BVAS.

Minister VANDENBROUCKE gebruikte een spitsvondige manier om deze wet op de individuele responsabilisering toch nog vóór het jaareinde 2002 door de wetgevende Kamers te jagen.

De volumineuze tekst werd als een amendement ingevoegd bij de al honderden pagina's van ontwerp van Programmawet. De oppositie fulmineerde tegen deze techniek ⁽⁷⁹⁾, maar kon de stemming niet beletten. De Programmawet met zijn Titel VI “Maatregelen inzake de individuele responsabilisering van de zorgverstrekkers en de hervorming van de geneeskundige controle werd daags vóór Kerstmis 2002 ondertekend ⁽⁸⁰⁾. De individuele responsabilisering treedt in voege op 15.02.2003.

Bijna alle artsenverenigingen zijn akkoord dat de wet moet geamendeerd worden. Dr. David SIMON, huisarts, heeft de Parlementariërs een reeks van 5 amendementen voorgelegd ⁽⁸¹⁾. Het V.B.S.-bestuurscomité dient zich hierover uit te spreken. Persoonlijk meen ik dat de voorstellen moeten worden opgenomen.

Om de huisartsen te “troosten” die verkeerdelijk menen dat vooral zij worden geviseerd door deze nieuwe wet, kunnen de ziekenhuisspecialisten wijzen op het

⁷⁷ Artikel 1, A van het K.B. van 13.07.2001 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994 (B.S. 29.08.2001).

⁷⁸ Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. RIZIV-Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging – Benoeming van leden bij K.B. van 14.11.2002 (B.S. 06.12.2002).

⁷⁹ « Responsabilisering door de Kamer in gestrekte draf ». Artsenkrant nr. 1473. 03.12.2002.

⁸⁰ Federale Overheidsdienst Kanselarij van de Eerste Minister. Programmawet (II) (1) van 24.12.2002 (art. 13 tot 50). (B.S. 31.12.2002).

⁸¹ « La loi sur la responsabilisation : plaidoyer pour cinq amendements ». Tribune libre. Le Journal du Médecin, n° 1486, 04.02.2003.

artikel 11 van de "Wet van 22.08.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg" (⁸²), dat al in voege ging op 01.10.2002.

Dit artikel heeft het begrip "referentiebedragen" ingevoerd om te starten met 14 chirurgische en 12 internistische verstrekkingen of diagnoses. Men gebruikt hiervoor het All Patients Refined Diagnosis Related Groups- of APR-DRG-systeem.

CHIRURGISCHE APR-DRG's : nr en omschrijving

- 73 Behandeling van staar
- 97 Wegname van keelamandelen en neuspoliepen
- 179 Behandeling van spataders
- 225 Wegname van appendix
- 228 Liesbreukoperatie
- 263 Wegname van galblaas via sleutelgatchirurgie
- 302 Knie- en heupprothese
- 313 Chirurgie van meniscus
- 318 Wegname van fixatiemateriaal voor behandeling van breuken
- 482 Wegname van prostaat via urinebuis
- 513 Wegname van baarmoeder
- 516 Sterilisatie via kijkbuisoperatie
- 540 Keizersnede
- 560 Bevalling langs vaginale weg

APR-DRG's INTERNE GENEESKUNDE : nr en omschrijving

- 45 CVA met herseninfarct
- 46 Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct
- 47 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 Diverticulitis en diverticulosis
- 464 Urinaire stenen met lithotripsie via ultrasonen
- 465 Urinaire stenen zonder lithotripsie via ultrasonen

Indien meer wordt uitgegeven dan het bedrag van de referentienorm zal het ziekenhuis moeten terugbetalen. Het betreft grosso modo alle kosten die een chirurgische ingreep meebrengen. Het bedrag van de verpleegdagprijsvergoeding en het forfaitair deel van de honoraria klinische biologie en medische beeldvorming zijn hiervan uitgesloten. Indien de overschrijding van de referentienorm optreedt bij internistische diagnosestelling, zal het ziekenhuis "slechts" publiek aan de schandpaal worden genageld.

De verrekening van de terugbetaling bij overschrijding van het referentiebedrag belooft een delicate en moeizame klus te worden, zowel tussen de directie en de medische raad als tussen de verschillende specialismen onderling.

⁸² Belgisch Staatsblad 10.09.2002, pag. 39922-39936.

Indien de medische raad geen akkoord zou bereiken met de beheerder, dan is de beheerder gemachtigd, volgens het aangevulde artikel 137 van de ziekenhuiswet, om 75 % van het bedrag te recupereren bij de artsen.

Het artikel 13 van diezelfde wet van 22.08.2002 had ook nog nieuwe administratieve geldboetes bedacht voor de geconventioneerde artsen die de tarieven van het akkoord niet zouden respecteren, en voor de artsen die meer honorarium zouden durven vragen dan de basis RIZIV-tarieven in de situatie dat er geen akkoord zou zijn afgesloten. Het bedrag van die administratieve geldboete is gelijk aan driemaal het bedrag van de overschrijding met een minimum van 125 euro. En dit “onverminderd de bepalingen van het artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 van economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel”, (⁸³), m.a.w. penale boetes en gevangenisstraf.

Vermits VANDENBROUCKE tijdens zijn ambtsperiode al meermaals had gedreigd dat hij bij niet-conventionering tarieven zou opleggen, was hij alvast zo voorzienig om zijn waaier aan bestaande sanctiemogelijkheden nog verder uit te breiden.

III.3. Het budget 2002 wordt herschikt ...

De originele begrotingsdoelstelling 2002 voor de uitgaven gezondheidszorg werd vastgelegd op 14.416,6 miljoen euro (581.563 miljoen BEF). Hiervan werd 4.502,0 miljoen euro (181.611 miljoen BEF) aan de artsenhonoraria toegewezen, waarvan 804,8 miljoen euro klinische biologie (32.467 miljoen BEF) en 746,3 miljoen euro (30.106 miljoen BEF) medische beeldvorming (⁸⁴) en 2.950,9 miljoen euro (119.039 miljoen BEF) voor de overige sectoren samen. Het betreft raadplegingen, bezoeken en adviezen; speciale verstrekkingen; heelkunde; gynecologie; toezicht; accreditering en globaal medisch dossier.

Het correct inschatten van de uitgaven 2002 halverwege het jaar om de begroting 2003 op te stellen tegen oktober 2002 bleek een aartsmoeilijke klus. De omschakeling van BEF naar euro per 01.01.2002 had er immers voor gezorgd dat er in 2001 veel meer dan gebruikelijk in het jaar zelf nog werd gefactureerd. Dit versnellingsfenomeen woog door bij de technische ramingen, zodat er halfweg 2002 sprake was van belangrijke overschrijdingen van het budget, ondermeer in de sector medische honoraria met +/- 87 miljoen euro (ruim 3,5 miljard BEF), bijna integraal op rekening van de klinische biologie (+/- 42 miljoen euro of +/- 1,7 miljard BEF) en de radiologie (+/- 37 miljoen euro of +/- 1,5 miljard BEF).

Drie maand en vele berekeningen en simulaties op vraag van Frank VANDENBROUCKE later – ter voorbereiding van het budget 2003 – wordt de globale begrotingsdoelstelling aangepast, m.a.w. verminderd.

De Algemene Raad van het RIZIV keurt op 14.10.2002 een herzien globaal bedrag voor 2002 goed van 14.381,3 miljoen euro (580.142 miljoen BEF). Een verlaging met 35,3 miljoen euro (1.421 miljoen BEF) (⁸⁵).

⁸³ De beruchte “Eenheidswet” van “vader” Gaston Eyskens.

⁸⁴ Website RIZIV (<http://riziv.fgov.be>) Statistieken geneeskundige verzorging ; tabel 2.

⁸⁵ RIZIV. Nota A.R.G.V. nr. 202/99 dd. 24.09.2002.

Het onderdeel artsenhonoraria bekomt 4.464,4 miljoen euro (180.095 miljoen BEF). De inlevering van 37,6 miljoen euro (1.571 miljoen BEF) door de artsen is groter dan de globale verlaging van het ganse budget. Een aantal andere sectoren kregen immers middelen bij. Zo werd bijvoorbeeld 2,65 miljoen euro (106,7 miljoen BEF) van de forfaitaire honoraria klinische biologie overgedragen naar de verpleegdagprijs.

De klinische biologie wordt verlaagd tot 769,3 miljoen euro (31.032 miljoen BEF) of min 35,5 miljoen euro (1.435 miljoen BEF), radiologie tot 743,5 miljoen euro (29.994 miljoen BEF) of min 2,8 miljoen euro (112 miljoen BEF).

De overige sectoren krijgen een discrete verhoging tot 2.951,6 miljoen euro (119.069 miljoen BEF) of plus 0,74 miljoen euro (30 miljoen BEF).

De gevolgen voor de overige sectoren worden weergegeven in tabel 4.

Begrotingsdoelstelling 2002

	(1) Origineel (in miljoen)		(2) Herzien (in miljoen)		(2) – (1) (in miljoen)	
	BEF	EURO	BEF	EURO	BEF	EURO
Honoraria geneesheren						
- klinische biologie	32.467	804,8	31.032	769,3	-1.435	-35,5
- medische beeldvorming	30.106	746,3	29.994	743,5	-112	-23,8
- overige sectoren	119.039	2.950,9	119.069	2.951,6	+30	+0,7
TOTAAL	181.612	4.502,0	180.095	4.464,4	-1.517	-37,6
Honoraria verpleegkundigen	25.566	633,8	25.528	632,8	-38	-1,0
Honoraria tandheelkundigen	18.020	446,7	18.024	446,8	+4	+0,1
Farmaceutische verstrekkingen	103.943	2.576,7	103.757	2.572,1	-186	-4,6
Verzorging door kinesitherapeuten	15.702	389,2	15.712	389,5	+10	+0,3
Verzorging door bandagisten	2.258	56,0	2.259	56,0	+1	+0,0
Verzorging door orthopedisten	3.027	75,0	3.030	75,1	+3	+0,1
Implantaten incl. hartdefibrilatoren	12.626	313,0	12.876	319,2	+250	+6,2
Verzorging door opticiens	400	9,9	400	9,9	0	0
Verzorging door audiciens	664	16,5	664	16,5	0	0
Verlossingen door vroedvrouwen	256	6,4	256	6,4	0	0
Verpleegdagprijs incl. dagziekenhuis	137.995	3.420,8	138.406	3.431,0	+411	+10,2
Militair hospitaal all-in prijs	261	6,5	261	6,5	0	0
Dialyse	9.408	233,2	9.408	233,2	0	0
RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	46.826	1.160,8	46.425	1.150,8	-401	-10,0
Psychiatrische verzorgingstehuizen	3.163	78,4	3.178	78,8	+15	+0,4
Initiatieven van beschut wonen	1.061	26,3	1.059	26,2	-2	-0,1
Revalidatie en herscholing	10.311	255,6	10.730	266,0	+419	+10,4
Bijzonder fonds	336	8,3	336	8,3	0	0
Logopedie	1.617	40,1	1.617	40,1	0	0
Medisch-pediatrie centra	600	14,9	600	14,9	0	0
Chronische zieken	1.970	48,8	1.970	48,8	0	0
Palliatieve zorgen	255	6,3	255	6,3	0	0
Remgeld patiënt/palliatieve zorgen	451	11,2	451	11,2	0	0
Overige	3.235	80,2	2.845	70,5	-390	-9,7
TOTAAL	581.563	14.416,6	580.142	14.381,3	-1.421	-35,3

Tabel 4

Bron : website RIZIV en nota A.R.G.V. nr.202/99 dd. 24.09.2002. Berekeningen Dr. M. Moens.

III.4. ... ter voorbereiding van het budget 2003

III.4.1. In de Medico-Mut

De vergadering van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) van 27.05.2002 start met het vaststellen van de financiële middelen voor de financiering

van de behoeften van de medische sector voor het begrotingsjaar 2003.⁽⁸⁶⁾ Alleen de BVAS formuleert een concreet voorstel : zowel in 2003 als in 2004 moeten de intellectuele acten met 15 % stijgen of plus 172,112 miljoen euro (6.943 miljoen BEF) in 2003. Voor het beschikbaarheidshonorarium van huisartsen moet er bovenop het budget van 2,48 miljoen euro (100 miljoen BEF) 3,718 miljoen euro (150 miljoen BEF) bijkomen. De toename van het aantal verstrekkingen afgeleid uit bestaande RIZIV-documenten wordt op 5% geraamd, wat een extra budget van 165,097 miljoen euro (6.660 miljoen BEF) noodzaakt. De uitvoering van nog niet gerealiseerde punten van het akkoord van 18.12.2000 vergt 24,789 miljoen euro (1.000 miljoen BEF) en de nog niet bekend gemaakte voorstellen van de Technisch Geneeskundige Raad kosten 29,747 miljoen euro (1.200 miljoen BEF). Hiervoor is samen dus een verhoging nodig bovenop het (op dat ogenblik nog niet herziene) budget 2002 (cfr. tabel 4, kolom 1) van 4.502,04 miljoen euro (181.612 miljoen BEF) met 395,463 miljoen euro (15.953 miljoen BEF).

De behoeften voor de medische honoraria voor 2003 worden door de BVAS dus op 4.897,503 miljoen euro (197.565 miljoen BEF) vastgesteld (cfr. tabel 5).

Vaststellen van de financiële middelen voor de financiering van de behoeften van de medische sector voor het begrotingsjaar 2003 door de BVAS dd. 27.05.2002

	In miljoen euro	In miljoen BEF
Intellectuele acten + 15%	172,112	6.943
Beschikbaarheidshonorarium huisartsen	3,718	150
Toename aantal acten met 5%	165,097	6.660
Uitvoering akkoord 18.12.2000	24,789	1.000
Nieuwe voorstellen TGR	29,747	1.200
Subtotaal	395,463	15.953
Begrotingsdoelstelling 2002	4.502,040	181.612
TOTAAL	4.897,503	197.565

Tabel 5

Het Kartel formuleert tijdens de NCAZ-vergadering van 01.07.2002 zijn voorstel voor de periode 2003-2004⁽⁸⁷⁾ dat meer het accent legt op forfaitaire dan op prestatie honoraria, en een duidelijke uitsplitsing van het budget vooropstelt tussen huisartsen en specialisten.

De status van dossierhoudend huisarts moet jaarlijks 5000 euro (201.700 BEF) opbrengen per huisarts i.p.v. de actuele 125 euro (5.042 BEF).

Dit "functie"- honorarium mag 34,125 miljoen euro (1.377 miljoen BEF) kosten. Het forfait per globaal medisch dossier (GMD) moet worden opgetrokken van 15,06 naar 25,00 euro per GMD per jaar. Kostprijs : 53,079 miljoen euro (2.141 miljoen BEF). De raadpleging moet stijgen van 16 tot 20 euro en het huisbezoek van 20,5 tot 30 euro. Deze verhoging van de intellectuele prestaties voor huisartsen kost 206,01 miljoen euro (8.310 miljoen BEF). Het volledige huisartsenpakket kost 293,214 miljoen euro (11.828 miljoen BEF) of 146,607 miljoen euro (5.914 miljoen BEF) per jaar.

Ook bij de specialisten legt het Kartel in zijn voorstel 2003-2004 sterke forfaitaire accenten. Een permanentiehonorarium voor de specialist wordt berekend op 31,5

⁸⁶ Notulen 2002/06 van de vergadering van de N.C.A.Z. van 27 mei 2002; pag.5.

⁸⁷ Kartel voorstel conventie 2003-2004. Doc. CNMM/NCGZ/2002/51

miljoen euro (1.271 miljoen BEF). Een multidisciplinaire aanpak van de geriatrie vergt 2,815 miljoen euro (114 miljoen BEF). Het Kartel voorziet een verhoging van de intellectuele prestaties met 40% over twee jaar, wat 180 miljoen euro (7.261 miljoen BEF) zou kosten en een toemaatje voor de algemene heelkunde van 0,375 miljoen euro (15 miljoen BEF).

Verbazingwekkend genoeg herneemt het Kartel geen enkel voorstel dat ze unaniem mee goedkeurde in het akkoord van 18.12.2000.

De totale kost van hun specialistenvoorstel voor 2003-2004 bedraagt 214,69 miljoen euro (8.661 miljoen BEF) of 107,345 miljoen euro (4.330,5 miljoen BEF) per jaar. Als globale behoeften voorgesteld ⁽⁸⁸⁾ komen de vragen van het Kartel voor het jaar 2003 neer op een budget van 4.755,99 miljoen euro (191.856,5 miljoen BEF) (cfr. tabel 6).

Vaststellen van de financiële middelen voor de financiering van de behoeften van de medische sector voor het begrotingsjaar 2003 door het Kartel dd. 01.07.2002.

	In miljoen euro	In miljoen BEF
Huisartsen		
- functie dossierhoudend huisarts	17,0625	688,5
- verhoging forfait GMD	26,5395	1.070,5
- intellectuele acten + 20%	103,005	4.155,0
Subtotaal (1)	146,607	5.914,0
Specialisten		
- permanentiehonarium	15,7500	635,5
- multidisciplinaire geriatrie	1,4075	57,0
- intellectuele prestaties + 20%	90,0000	3.630,5
- chirurgie	0,1875	7,5
Subtotaal (2)	107,3450	4.330,5
Subtotaal (1) + (2)	253,950	10.244,5
Begrotingsdoelstelling 2002	4.502,040	181.612,0
TOTAAL	4.755,990	191.856,5

Tabel 6

Voor 14.529 huisartsen (003, 004, 005, 006) (cfr. tabel 9) vraagt het Kartel 146,6 miljoen euro, voor 22.528 specialisten (inclusief GSO's) 107,3 miljoen euro bijkomend budget.

Het Kartel stelde ook nog voor om het sociaal statuut op te trekken van +/- 2.650 euro (+/- 107.000 BEF) tot 5000 euro (201.700 BEF).

Voor het eerst sedert ondergetekende vanaf 1990 deelneemt aan de vergaderingen van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, dienden de mutualiteiten geen becijferd voorstel in. Er kwam gewoon niets. Nochtans liet voorzitter Gabriel PERL tijdig een werkdocument verspreiden met de expliciete vraag dat de partijen van de N.C.A.Z. zich zouden uitspreken over de financiële behoeften voor 2003 ⁽⁸⁹⁾. Tijdens de vergadering van 27.05.2002 vroeg hij dit te doen vóór 01.07.2002. Op 19.08.2002, rijkelijk laat, stuurde Dr. R. VAN DEN OEVER een nota ⁽⁹⁰⁾ die de op

⁸⁸ Berekening Kartel. Eigen voorstellingswijze.

⁸⁹ Doc. NCGZ 2002/42 dd. 24.05.2002.

⁹⁰ Christelijke Mutualiteit Landsbond. GZB/VDO/lm/561 dd. 19.08.2002.

01.07.2002 tijdens de NCAZ-vergadering mondeling toegelichte prioriteiten voor een akkoord ordent en samenvat. Allicht wegens zijn laattijdigheid liet voorzitter PERL ze zelfs niet meer onder alle leden verspreiden.

III.4.2. In het RIZIV-Verzekeringscomité

Wegens afwezigheid van de voorzitter, Dirk SAUER, worden de vergaderingen van het Comité voor geneeskundige verzorging van het RIZIV van 09.09, 16.09 en 23.09.2002 die de begrotingsdoelstelling 2003 moet vastleggen, telkens voorgezeten door de ondervoorzitter, apotheker Dirk BROECKX, Nederlandstalige secretaris-generaal van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB).

Mits allerlei acrobatische berekeningen en kilo's documenten vat waarnemend voorzitter BROECKX op 23.09.2002 de discussies samen in een voorstel dat uitgaat van de "klassieke" technische ramingen van de Dienst, 15.372 miljoen euro (620.105 miljoen BEF), hieraan de index toevoegt (voor artsen 1,97 %) en 496 miljoen euro (20.000 miljoen BEF) voor nieuwe initiatieven. Dit brengt het globale voorstel op 16.046,6 miljoen euro (647.318 miljoen BEF). Van de 36 stemgerechtigde aanwezigen (op 42) onthouden alle 19 mutualiteitsvertegenwoordigers zich, en stemmen alle 17 verstrekkers voor. Conform het inwendig reglement is het voorstel aanvaard en wordt het doorgestuurd naar de Algemene Raad.

III.4.3. In de Algemene Raad

In zijn "State of the Union" verklaart Premier VERHOFSTADT dat de regering beslist heeft de Algemene Raad van het RIZIV voor te stellen om de globale begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering vast te stellen op 15.343 miljoen euro (618.935 miljoen BEF). Dit betekent een verhoging met 6,47 % ⁽⁹¹⁾.

De Algemene Raad mag in zijn vergadering van 14.10.2002 alleen nog ja knikken. Het debat is bij wijlen bitsig. De verstrekkers – die in de Algemene Raad niet stemgerechtigd zijn, wel in het Verzekeringscomité – zien majeure problemen t.g.v. het verschil in min van 704,8 miljoen euro (28.432 miljoen BEF) tussen het in het Verzekeringscomité goedgekeurde voorstel en dat van de Regering.

Omwille van de budgettaire onzekerheden t.g.v. de omschakeling van BEF naar EURO eind 2001 (cfr. III.3.) bouwt de regering een "buffer" in van 170 miljoen euro (6.858 miljoen BEF). Indien de begroting 2003 niet meer dan 170 miljoen euro zou worden overschreden (verhoudingsgewijze gesplitst volgens de verschillende deelsectoren), dan garandeert de Regering dat er geen verminderingen van de honoraria of prijzen zullen worden opgelegd. De mutualiteiten eisen uiteraard dat hun financiële verantwoordelijkheid in dergelijke omstandigheden ook voor een bedrag van 170 miljoen euro zou worden geneutraliseerd.

Zonder echt duidelijk te zijn wat er met deze financiële buffer zal gebeuren, keuren 12 van de 19 stemgerechtigde leden het zeer lichtjes gewijzigde voorstel goed, 3 leden stemmen tegen en er zijn 4 onthoudingen.

⁹¹ Tussen het opmaken van de nota ARGV nr. 202/99 dd. 24.09.2002 (cfr. tabel 4) en de opmaking van de Staatsbegroting, werden er nogmaals een aantal herberekeningen doorgevoerd die de definitief herziene begroting 2002 op 14.411 miljoen euro (581.360 miljoen BEF) brengt.

De Algemene Raad legt de globale begrotingsdoelstelling vast op 15.341,822 miljoen euro (618.888 miljoen BEF).

III.4.4. Terug naar het Verzekeringscomité

De 170 spookmiljoenen euro's zorgen voor heel wat problemen bij de uitsplitsing in partiële begrotingsdoelstellingen van de globale begrotingsdoelstelling voor 2003, niet in het minst wat de medische honoraria betreft. Na debatten op 04.11 en 18.11 wordt tenslotte op 25.11.2002 de verdeling meerderheid tegen minderheid goedgekeurd. Ondanks het feit dat de BVAS nog een kleine toevoeging van een bedrag van 1,549 miljoen euro (62,5 miljoen BEF) kan bekomen, een wettelijke aanpassing bekomt van de artikelen 59 en 69 van de G.V.U.-wet⁽⁹²⁾, zodat de klinische biologie en de radiologie worden beschermd tegen terugvorderingen⁽⁹³⁾ en er in slaagt om het K.B. op de knipperlichten⁽⁹⁴⁾ te doen wijzigen, keuren de 5 aanwezige BVAS-leden, samen met nog 7 andere verstrekkers de verdeling⁽⁹⁵⁾ af. Vermits van het voltallig aantal leden (42) er verder 28 stemmen vóór zijn (o.m. alle 22 mutualiteitsvertegenwoordigers en – ongelooflijk maar waar – de 2 Kartel vertegenwoordigers) bij 2 onthoudingen, is de kogel door de kerk.

Het budget van de artsenhonoraria wordt gefixeerd op 4.746,977 miljoen euro (191.492,6 miljoen BEF). Dit is een toename t.o.v. de herziene begrotingsdoelstelling 2002 van 4.464,4 miljoen euro (180.095 miljoen BEF) (cfr. tabel 4) voor de medische honoraria met 282,58 miljoen euro (11.399,1 miljoen BEF) of een stijging met 6,33%. Extraatjes zijn hiermee niet mogelijk, want de zorgbehoefte groeit jaarlijks met minstens 4,5 % en de index is 1,97 % of samen 6,47 %

III.4.5. En tenslotte naar de eindstreep in de medico-mut.

Het steeds opnieuw autoritair tussenkomen van minister VANDENBROUCKE in de besluitvorming van de medico-mut, zijn snel elkaar volgende oekazen i.v.m. besparingsmaatregelen en nomenclatuurwijzigingen gestart in 2001, zorgden ook het ganse jaar 2002 voor destabilisering en verzuring op de banken.

Met veel moeite bekam de BVAS-bank dat de bij Koninklijk Besluit opgelegde indexinlevering van 2,82 % van 01.01 tot 30.06.2002⁽⁹⁶⁾ ongedaan werd gemaakt voor de intellectuele prestaties vanaf 01.02.2002. En dit zonder dat er “door de betrokken sector structurele maatregelen in toepassing worden gebracht die in dat jaar besparingen opleveren die minstens gelijk zijn aan de helft van het in artikel 7 bedoeld indexvolume” (artikel 1 van het K.B. van 12.12.2001).

Van de besparingen ten bedrage van 1.676,7 miljoen BEF (41,6 miljoen euro) die door het Verzekeringscomité waren beslist op 28.01.2002⁽⁹⁷⁾ wordt een eerste deel

⁹² Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

⁹³ Gerealiseerd via artikel 224 van de Programmawet (I)(1) van 24.12.2002 (B.S. 31.12.2002).

⁹⁴ cfr. nota ARGV 2002/131 + 131 add.

⁹⁵ Cfr. nota CGV 2002/279 2de add.

⁹⁶ K.B. van 12.12.2001 tot wijziging van het besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. (B.S. 28.12.2001).

⁹⁷ Nota CGV nr. 2002/22 dd. 22.01.2002.

voor een waarde van 1.071,6 miljoen BEF (26,6 miljoen euro) op jaarbasis in werking gebracht met ingang van 01.03.2002. (⁹⁸).

Vooraf de schrapping van de terugbetaling van de articulaire puncties doet velen pijn, in het bijzonder de fysiotherapeuten, reumatologen, sommige anesthesisten en de huisartsen.

De overige maatregelen, met een besparingswaarde van 605,1 miljoen BEF (15 miljoen euro) op jaarbasis, kunnen om juridisch-technische redenen pas later in voege treden, met name op 01.09.2002. (⁹⁹).

Het betreft de -10% maatregel op EMG, EEG, EKG, tympanoscopie; de -20% op de Holtermonitoring en de -50% op de gingivectomie.

Voorzitter PERL riep de Commissie artsen-ziekenfondsen twaalf maal samen : 14.01, 21.01, 25.02, 25.03, 22.04, 27.05, 01.07, 28.10, 18.11, 16.12 en 19.12.2002. De geplande vergadering van maandagavond 25.11.2002 werd afgelast. De spanning was erg hoog opgelopen en het leek de voorzitter niet wenselijk om 19 dagen vóór een nationale betoging van 14.12.2002 te Brussel te trachten tot een consensus te komen in de plenaire vergadering.

Informeel nodigde PERL regelmatig beperkte delegaties van de medico-mut uit. Met de BVAS-delegatie ontmoetten we de voorzitter, met de top van de RIZIV-administratie, op 05.11, 14.11, 01.12, 09.12 en de morgen van 16.12.2002.

Om de sfeer te illustreren, geef ik hier mijn letterlijk verslag weer van de "petit comité" vergadering van maandag 16.12.2002, bedoeld voor de niet-deelnemers :

"Om 10.00 uur afspraak van de BVAS (Jacques de Toeuf, Roland Lemye, Michel Vermeylen en Marc Moens) met Jo De Cock en Gabriël Perl over de financiële mogelijkheden binnen het te krappe budget. Jo De Cock zit nog even vast bij FVDB waar hij met de apothekersproblemen bezig is sinds 07.15 uur. De Cock arriveert rond 10.20 uur. De apothekers hebben blijkbaar helemaal niets bekomen, maar FVDB, even intellectueel oneerlijk als briljant, heeft hen vorige week wat op de mouw gespeld.

Na twee uur palaberen (en na alle voorgaande mini-vergaderingen) komt er iets uit de bus dat wij verdedigbaar achten voor onze Raad van beheer op woensdag 18.12.2002: in fases wordt tenslotte op 01.10.2003 18 euro voor de consultaties en 25 euro voor het huisbezoek bereikt, mits een verhoging van 1 euro remgeld voor het huisbezoek en mits uitstellen van de terugbetaling van +/- 20 miljoen euro voor sommige technisch medische verstrekkingen die reeds in het akkoord van 18.12.2000 waren voorzien. De 1euro remgeldverhoging voor het huisbezoek zou de goedkeuring hebben van de CM en SM wordt ons gezegd.

Om 19.00 uur vóórvorgadering met enkelen van BVAS (Jacques de Toeuf en Marc Moens), SM (Debacker, Laasmans en Y. Vandermeeren), CM (Justaert, Descamps,

⁹⁸ K.B. van 27.02.2002 tot wijziging van het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 01.03.2002).

⁹⁹ Nomenclatuur - K.B. van 22.08.2002 (B.S. 28.08.2002).

van den Oever) en het Kartel dat pas om 20.15 arriveert (R. Rutsaert, Ph. Vandermeeren en P. Putzeys). De Cock en Perl zijn opnieuw hun orders gaan halen bij FVDB en komen pas aan om 20.05 uur. Justaert verklaart dat hij in zijn wagen per GSM een onderhoud heeft gehad met de minister, maar zegt uiteraard niet wat diens bemoeienissen of marsorders inhouden. Later zal blijken dat zowel SM als CM niet meer willen horen van de één euro remgeldverhoging. De verkiezingen liggen blijkbaar dicht in het verschiet dan vorige week werd gedacht.

De cijfers die 's ochtends na ons overleg waren op papier gezet en klaar voor distributie op de tafel lagen, mogen plots onder géén beding worden rondgedeeld omdat de minister niet akkoord is en andere cijfers voorstelt. De 25 euro voor het huisbezoek kan t.g.v. de tussenkomst van FVDB niet meer bereikt worden in 2003. Op voorstel van de BVAS en mits een inlevering van 0,47 % index voor de medisch technische acten van de specialisten (1,5 i.p.v. 1,97% of een inlevering van +/-15 miljoen euro) ligt de 25 euro toch terug in de mogelijkheden. Gezien de fasering wordt het volle pond niet in 2003 uitgegeven maar bezwaart het voorstel reeds de begroting van 2004, terwijl het akkoord alleen 2003 betreft. De minister maakt hier telefonisch problemen over bij Perl en legt enerzijds beperkingen op over het "overflow"-bedrag (max 41 miljoen euro overschrijding op jaarbasis, d.w.z. een maximaal engagement voor 2004) en anderzijds moet er een clause in het akkoord 2003 worden opgenomen over de bestemming van dat geld in 2004 ! Ondertussen is het bijna 21.00 uur en dient de plenaire Medico-Mut aan te vangen (gepland volgens de schriftelijke uitnodiging om 20.00 uur en volgens telefonische correctie om 20.30 uur).

Ten gevolge van de tussenkomsten van de minister is er ondanks alle voorbereidend werk niets concreets voor de plenaire klaar. Wij suggereren nogmaals om het "comfort" van het huisbezoek te doen betalen door de patiënt en 2 euro remgeldverhoging toe te passen op het huisbezoek, eventueel gemoduleerd rekening houdend met de chronische zieken en bepaalde leeftijdscategorieën (een voorstel van de SM).

Perl terug aan de telefoon met FVDB gedurende +/- 45 minuten. BVAS en Kartel benutten hiervan +/- 30 minuten om elk afzonderlijk de info's van de dag aan hun vertegenwoordigers in de Medico-Mut toe te lichten. De vertegenwoordigers van de mutualiteiten, die niet om 19.00 uur waren uitgenodigd, zitten inmiddels al sinds 20.00 uur te wachten. Iets na 22.00 uur vangt een gedestabiliseerde voorzitter Perl de plenaire vergadering aan. Hij raakt niet verder dan de stand van zaken uiteen te zetten. Zijn gebruikelijk optimisme, vertrouwen en geduld schijnen aangetast te zijn. Volstrekt begrijpelijk.

Kortom, het idee dat Vandenbroucke heeft over "overleg" maakt het afsluiten van een akkoord quasi onmogelijk. Al zijn prietpraat op radio en TV dat het nu aan de partners van de Medico-Mut is, is raddraaijerij. Overleg betekent volgens FVDB onderschrijven al wat aan zijn diviene en hooghartige brein ontsproten is. Macchiavelli draait zich om in zijn graf van jaloersheid. In FVDB heeft hij zijn grootmeester gevonden.

Wij zullen de stand van zaken toelichten op onze beheerraad 18.12.2002. Als er één iemand schuld zal hebben dat de onderhandelingen niet uitmonden in een akkoord, dan is het wel FVDB die elke gangbare vorm van vergaderen en overleg onmogelijk

maakt, de door alle leden van de Medico-mut zeer gerespecteerde voorzitter van de commissie in feite ridiculiseert en de RIZIV administratie tot wanhoop drijft. Ondertussen desinformeert hij de bevolking door een verhoging met 6,3% van ons budget te vergelijken met een salarisverhoging van 6,3% en jut hij de patiënten op tegen hun (huis-) artsen door in de media de kwakkel te lanceren dat elke arts gemiddeld 350.000 BEF meer gaat verdienen.

Donderdagavond volgende ronde.

Als FVDB nu eens zijn GSM in de fik stak, dan zou het donderdagavond misschien kunnen lukken.”

De BVAS-beheerraad van 18.12.2002 besliste dat het toch beter is een akkoord af te sluiten. Twee huisartsen-gasten van formaat konden meemaken dat de beheerraad democratisch en paritair (Franstaligen-Vlamingen, huisartsen-specialisten) werkt : de “passionaria liégeoise” Claude DAWANCE, organisator van het eerste uur van tal van Waalse huisartsenacties en van de betoging van 14.12.2002 en Dr. Arlette GERMAY, voorzitter van de FAG (Forum des Associations de Médecins Généralistes). “Zaadpluis-” ⁽¹⁰⁰⁾voorvrouw Anne LEUNENS was ook uitgenodigd maar weigerde te komen.

De BVAS is er immers in geslaagd een reeks garanties in de wet te doen opnemen (cfr. supra), ondermeer dat in 2003 de minister geen nomenclatuurwijzigingen kan opdringen ⁽¹⁰¹⁾ ⁽¹⁰²⁾. Geen akkoord afsluiten betekent het bevriezen van de erelonen op het niveau 2002 (minister VANDENBROUCKE zwoer dat hij ze zou opleggen, dus voor alle artsen, ook zij die nog nooit een conventie aanvaardden), m.a.w. verlies van de index van 1,97 %, (88,4 miljoen euro of 3.566 miljoen BEF), de “bijkomende inspanning van de regering” van 19,8 miljoen euro (799 miljoen BEF) voor de intellectuele acten en de 2,25 miljoen euro (91 miljoen BEF) voor de “niet-prestatiegebonden activiteiten van de huisartsen (vb. administratief beheer of logistieke ondersteuning van groepspraktijken)”. ⁽¹⁰³⁾.

Bovendien gaat dan voor elkeen het sociaal statuut verloren. Velen, vooral huisartsen, hebben het de BVAS vroeger bitter verweten dat ze door het opzeggen of het niet sluiten van een akkoord hun sociaal statuut verloren.

Tenslotte is het voor representatieve artsenverenigingen niet goed om vlak voor de federale verkiezingen zichzelf quasi buiten spel te zetten als gevolg van het niet afsluiten van een akkoord.

Gemandateerd door zijn Beheerraad dwong de BVAS-delegatie in de nacht van 19 op 20 december 2002, om 03u12 in de ochtend om precies te zijn, een akkoord af, dat nauwelijks iemand nog voor mogelijk achtte. Het is verre van perfect, maar, om het eufemistisch te zeggen, het bedrag van 282,58 miljoen euro (11.399,1 miljoen BEF) werd niet afgewezen, maar nuttig besteed. Het verlies van de integrale index

¹⁰⁰ « Actie Zaadpluis » : asyndicale actie vanuit het ongenoegen van de basis – huisartsen initieel tegen de Bf-reglementering omtrent de geneesmiddelen, maar verruimd tot een brede waaier van huisartseneisen.

¹⁰¹ Programmawet (I) (1) van 24.12.2002, artikel 225 (B.S. 31.12.2002).

¹⁰² Punt 7.2. van het akkoord van 19.12.2002.

¹⁰³ Regeringsverklaring dd. 08.10.2002. Begroting 2003. Sociaal beleid. Fiche 5.

voor de dialysehonoraria en 0,47% voor de medisch-technische verstrekkingen is een bittere pil voor de specialisten die ofwel zonder ofwel met 1,5% resterende index een verwachte loonsverhoging van hun personeel met 3,5% in 2003 moeten financieren. De indexinlevering was nodig om de huisartsen de symbolische 18 euro voor hun consultatie en 25 euro voor hun huisbezoek in het vooruitzicht te stellen. Zonder die slag binnen te halen was een akkoord uitgesloten.

Te elfder ure, en in de wetenschap dat het kabinet VANDENBROUCKE niet akkoord ging met de dossiers stamceltransplantatie en pre-operatief anesthesiologisch consult, die goedgekeurd waren door de Technisch Geneeskundige Raad en die gebudgetteerd waren, werd 0,744 miljoen euro (30 miljoen BEF) vrijgemaakt om het pediatrisch toezicht te verhogen (codes 598802 en 598220) en werd 2,255 miljoen euro (91 miljoen BEF) gevonden om het bevallingshonorarium met 7,64% te verhogen, vóór indexatie met 1,5%.

De RIZIV-administratie werkte de ganse nacht door, zodat op 20.12.2002 om 10 uur 's ochtends het akkoord voluit beschikbaar was op de RIZIV-website. Minister VANDENBROUCKE toonde zich bijzonder verheugd over het bereikte akkoord.

Vrijdag 20.12.2002 werd het akkoord goedgekeurd door de Commissie voor begrotingscontrole, en maandag 23.12.2002 zowel door het Verzekeringscomité als door de Algemene Raad. Het verscheen in het – sinds 01.01.2003 nog uitsluitend elektronische – Belgisch Staatsblad op 20.01.2003.

De artsen die weigeren toe te treden hebben tot 19 februari 2003 de tijd om dit per aangetekende brief kenbaar te maken aan de Voorzitter van de Medico-mut. Op 6 maart 2003 kan het akkoord in voege treden, tenzij meer dan 40 % der artsen of meer dan 50% der huisartsen of 50% der specialisten, het zouden hebben verworpen (¹⁰⁴).

Dan kan de Koning “voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumhonoraria vaststellen”. (¹⁰⁵).

De deconventiecijfers zullen voer voor discussie van mijn volgend jaarverslag vormen.

Ter voorbereiding van een vergelijking : na de zware besparingen, opgedrongen ondanks het in voege zijnde akkoord van 18.12.2000, bleken begin 2002 12,15 % der huisartsen uit het akkoord te zijn gestapt en 25,30 % der specialisten, of samen 19,32 % (cfr. tabellen 7 en 8).

¹⁰⁴ G.V.U.-wet van 14 juli 1994 ; artikel 50 § 3.

¹⁰⁵ G.V.U.-wet van 14 juli 1994 ; artikel 50 § 11.

Akkoord 18.12.2000 : aantal weigeringen (01.01.2002)

	Huisartsen		Specialisten		Totaal artsen	
	totaal	weigeringen	totaal	weigeringen	Totaal	weigeringen
Antwerpen	2.515	144	2.836	600	5.351	744
Vlaams Brabant	2.047	193	3.002	663	5.049	856
West-Vlaanderen	1.678	65	1.734	422	3.412	487
Oost-Vlaanderen	2.104	83	2.500	662	4.604	745
Limburg	1.226	18	1.105	294	2.331	312
Vlaanderen	9.570	503	11.177	2.641	20.747	3.144
Brussel-Hoofdstad	2.429	628	3.614	998	6.043	1.626
Waals Brabant	808	188	1.318	432	2.126	620
Henegouwen	1.971	377	2.066	305	4.037	682
Luik	2.120	326	2.464	836	4.584	1.162
Luxemburg	442	104	365	134	807	238
Namen	928	93	901	197	1.829	290
Wallonië	6.269	1.088	7.114	1.904	13.383	2.992
België	18.268	2.219	21.905	5.543	40.173	7.762

Tabel 7

Bron : website RIZIV – Zorgverleners – Akkoord geneesheren-ziekenfondsen/Verzekering (<http://riziv.fgov.be>); opsplitsing per gewest : dr. M. MOENS.

Akkoord 18.12.2000 : percentage weigeringen (01.01.2002)

	Huisartsen		Specialisten		Totaal artsen	
Antwerpen	5,73		21,16		13,90	
Vlaams Brabant	9,43		22,09		16,95	
West-Vlaanderen	3,87		24,34		14,27	
Oost-Vlaanderen	3,94		26,48		16,18	
Limburg	1,47		26,61		13,38	
Vlaanderen	5,26		23,63		15,15	
Brussel-Hoofdstad	25,85		27,61		26,91	
Waals Brabant	23,27		32,78		29,16	
Henegouwen	19,13		14,76		16,89	
Luik	15,38		33,93		25,35	
Luxemburg	23,53		36,71		29,49	
Namen	10,02		21,86		15,86	
Wallonië	17,36		26,76		22,36	
België	12,15		25,30		19,32	

Tabel 8

Bron : website RIZIV – Zorgverleners – Akkoord geneesheren-ziekenfondsen/Verzekering (<http://riziv.fgov.be>); opsplitsing per gewest : dr. M. MOENS.

In Brussel-Hoofdstad deconventioneren huisartsen en specialisten quasi evenveel (+/- 26,9%). In Vlaanderen deconventioneert de huisarts vierenhalf maal minder frequent dan de specialist (5,26 % versus 23,63 %), in Wallonië anderhalf keer minder (17,36 % versus 26,76 %). De gemiddelde Belgische specialist deconventioneert ruim tweemaal meer (25,30 %) dan de gemiddelde Belgische huisarts (12,15 %).

Maar ook binnen hetzelfde gewest zijn er grote spreidingen. Bij de Vlaamse huisartsen van 1,47% (Limburg) tot 9,43 % (Vlaams Brabant) of een factor 6,4. Bij de Waalse huisartsen van 10,02 (Namen) tot 23,53 (Luxemburg) of een factor 2,3.

Bij de specialisten, waar de spreiding veel minder groot is, valt het lage deconventiecijfer van Henegouwen op, 14,76 of 2,5 maal lager dan het hoogste Belgische deconventiecijfer van 36,71 % in Luxemburg.

Bij de huisartsen zijn er zelfs binnen een provincie zeer grote arrondissementele verschillen vb. in West-Vlaanderen 0,00% in Diksmuide, en 25,49 % bij zijn buur Veurne. Of in Henegouwen 5,56 % in Moeskroen tegen 30,49 % in Thuin (cfr. RIZIV-website).

Minister VANDENBROUCKE is ongerust over de afloop van de deconventieslag die door een aantal huisartsen wordt gevoerd. De gemengde syndicaten bekijken argwanend de polarisatie tussen huisartsen en specialisten en de openlijke vraag van bepaalde huisartsen om het budget op te splitsen tussen beide groepen, en om voor de huisartsen de medico-mut overboord te gooien en rechtstreeks te gaan onderhandelen met de politici.

III.5. De accreditering

Dankzij de bijzondere inzet van de administratie, slaagde de accrediteringsstuurgroep er in om binnen een tijdsspanne van +/- 4 maand een kleine 15.000 dossiers te verlengen. Door overbelasting van de Dienst kon het in de steigers staande automatiseringssysteem nog niet gerealiseerd worden. De situatie t.o.v. mijn vorig jaarverslag is nauwelijks verbeterd (¹⁰⁶).

Door tegenwringen van de mutualiteiten is een nieuw reglement in verband met de minimumactiviteit nog steeds niet goedgekeurd. Het werd al in 2001 in de Technische Accrediteringsraad uitgewerkt onder impuls van Dr. Roland LEMYE, afgeketst door de CM in de accrediteringsstuurgroep, verwezen naar de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en daar tot driemaal toe door CM-voorzitter Marc JUSTAERT naar de Griekse kalender verwezen.

De geanonimiseerde resultaten van een grootschalige enquête over de activiteitsdrempel 1998 van 1.250 patiëntencontacten per jaar, leidden niet tot praktische conclusies en beleidslijnen. Het gevolg is dat sommige, vooral oudere, collega's hun accreditering kwijtraakten terwijl ze er volgens de geest van het systeem wel degelijk recht op hebben, maar vallen onder de brute bijl van het aantal patiëntencontacten. Deze situatie wordt door de slachtoffers als zeer onbillijk ervaren, en leidt voor de voorzitter van de Commissie van beroep van de accreditering, tevens onze VBS-voorzitter, Prof. Jacques GRUWEZ, tot zeer pijnlijke situaties, waar hij geen verweer tegen heeft. Het is mogelijk dat in 2003 voor het eerst bij de Raad van State klachten aanhangig worden gemaakt wegens het verlies van accreditering. Nochtans wordt de grote meerderheid van de ingediende beroepen opgevestigd door de Beroepscommissie, mits voorleggen van aanvullende gegevens of documenten.

Het aantal geaccrediteerde artsen t.o.v. vorig jaar is met 445 of met 1,91 % gedaald (cfr tabel 9) terwijl het absoluut aantal bij het RIZIV geregistreerde artsen toch met 580 eenheden steeg.

¹⁰⁶ « Doet Frank Vandenbroucke de accreditering imploderen ? ». VBS-jaarverslag 2001. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

VERGELIJKING aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2003-01.02.2002

2003		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		2002
		01.02.2003	01.02.2002	01.02.2003	01.02.2002	01.02.2003	01.02.2002	
	Artsen 001-002	3.693	3.809	0	0	0,00	0,00	
	Huisartsen 003-004	13.781	13.640	9.649	9.882	70,02	72,45	
	Huisartsen 005-006	748	753	0	0	0,00	0,00	
	Huisartsen 007-008	2	3	0	1	0,00	3,33	
	TOTAAL	18.224	18.205	9.649	9.883	52,95	54,29	
	Geneesheer specialist in opleiding (GSO)	3.459	3.383	1	0	0,03	0,00	
1.	Dermato-venerologie	636	622	509	515	80,03	82,80	1.
2.	Oftalmologie	983	964	761	759	77,42	78,73	2.
3.	Radiologie	1.456	1.434	1.090	1.118	74,86	77,96	3.
4.	Pathologische anatomie	272	262	203	199	74,63	75,95	5.
5.	Gastro-enterologie	405	388	302	296	74,57	76,29	4.
6.	O.R.L.	578	567	421	427	72,84	75,31	6.
7.	Neurologie	183	168	130	123	71,04	73,21	10.
8.	Fysische geneeskunde en fysiotherapie	434	431	308	319	70,97	74,01	8.
9.	Pneumologie	318	306	222	222	69,81	72,75	11.
10.	Nucleaire geneeskunde	312	304	216	228	69,23	75,00	7.
11.	Radiotherapie	151	142	104	104	68,87	73,24	9.
12.	Cardiologie	822	791	555	558	67,52	70,54	12.
13.	Psychiatrie	595	527	398	340	66,89	64,52	19.
14.	Urologie	349	342	230	241	65,90	70,47	13.
15.	Anesthesie	1.639	1.562	1.079	1.068	65,83	68,37	14.
16.	Gynecologie-verloskunde	1.287	1.255	839	854	65,19	68,05	15.
17.	Reumatologie	252	238	161	160	63,89	67,23	17.
18.	Orthopedie	893	857	552	583	61,81	68,03	16.
19.	Inwendige geneeskunde	2.002	1.966	1.235	1.284	61,69	65,31	18.
20.	Klinische biologie	699	697	421	438	60,23	62,84	20.
21.	Pediatrie	1.361	1.320	811	828	59,59	62,73	21.
22.	Neuropsychiatrie	1.358	1.378	805	847	59,28	61,47	22.
23.	Chirurgie	1.443	1.423	715	755	49,55	53,06	24.
24.	Neurochirurgie	146	138	72	70	49,32	50,72	25.
25.	Plastische chirurgie	190	182	92	98	48,42	53,85	23.
26.	Stomatologie	305	301	128	137	41,97	45,51	26.
	TOTAAL SPECIALISTEN	19.069	18.565	12.359	12.571	64,81	67,71	
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	22.528	21.948	12.360	12.571	54,87	57,28	
	ALGEMEEN TOTAAL	40.752	40.153	22.009	22.454	54,01	55,92	

Bron : Accrediteringsstuurgroep RIZIV

Tabel 9

De daling is algemeen bij de specialisten (met uitzondering van de psychiaters) en bedraagt gemiddeld 2,9 %. Bij de huisartsen is de afname geringer, nl. 1,34 %. Zoals gebruikelijk worden de specialisten in tabel 9 gerangschikt van de meest naar de minst geaccrediteerden. De top drie blijft ongewijzigd : dermato-venerologie, oftalmologie en radiologie. Stomatologie blijft op de laatste plaats staan en daalt nog verder met 3,54 %. Misschien zijn er een aantal stomatologen die de volledig forfaitaire betaling van het accrediteringssysteem der tandartsen verkiezen, boven het Q30-systeem (0,81 euro of 33 BEF) dat per raadpleging kan worden aangerekend en het accrediteringsforfait dat in 2003 op 527,77 euro (21.290 BEF) werd vastgesteld. (¹⁰⁷).

¹⁰⁷ Punt 1.3. van het Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 19.12.2002.

IV. PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD

IV.1. Numerus clausus voor artsen

Ik denk dat het hoog tijd wordt dat het VBS zich bezint over zijn naam. Het is zeker niet de eerste keer dat ik het in deze algemene statutaire vergadering opmerk, maar vermits vandaag (d.w.z. stand per 01.01.2002) 28,7 % der erkende specialisten en bijna de helft (47,5 %) van de specialisten in opleiding dames zijn, stel ik voor dat het Bestuurscomité in het werkjaar 2003 een naamswijziging in het Nederlands voorbereidt die volgend jaar door de algemene vergadering in de statuten zou worden ingeschreven : Verbond van Belgische Artsen-Specialisten. Aan de afkorting VBS dient niets te worden gewijzigd, en de Franstaligen behouden zowel het woord "médecin" spécialiste als de afkorting GBS.

Zoals aangekondigd in mijn vorig jaarverslag (¹⁰⁸), wijzigde de Planningscommissie via een Koninklijk Besluit (¹⁰⁹) het toekomstig medisch aanbod.

Tot 2011 werd het totaal aantal artsen dat binnen de RIZIV-structuur kan functioneren vastgelegd op een jaarlijks quotum van 700, taalkundig verdeeld in 420 Vlamingen en 280 Franstaligen. De cijfers voor 2005 en 2006 werden opgetrokken tot 700. In het K.B. van 07.11.2000, B.S. 08.12.2000, bedroegen de aantallen resp. 650 en 600. Het nieuwe K.B. legde de opsplitsing tussen huisartsen (300) en specialisten (400) slechts vast tot 2006 uit voorzichtigheidsoverwegingen. Als er een tekort zou ontstaan, zou het zich eerst manifesteren in de huisartsenpopulatie. We hebben de tabellen vorig jaar al getoond. De aantallen bleven ongewijzigd. (¹¹⁰).

Het K.B. van 30 mei 2002 heeft ook quota vastgelegd voor de verschillende specialistische disciplines en uitgesplitst per taalrol. Hierbij werd niet systematisch de verdeelsleutel 60 % Nederlands- en 40 % Franstaligen gehanteerd. De Planningscommissie hield, discipline per discipline, rekening met de bestaande situaties en noden en met de feminisatie. Het gebruikte wiskundig model hanteert de sleutel dat vrouwelijke collegae gemiddeld 20 % minder presteren dan de gemiddelde mannelijke collegae. Opmerkelijk is dat voor sommige "kleinere" specialismen er minder kandidaten zullen worden toegelaten dan er universitaire opleidingsmogelijkheden zijn (stomatologie, fysiotherapie, radiotherapie, nucleaire geneeskunde en pathologische anatomie). Zeventig plaatsen van de 400 werden niet toegewezen om toekomstige noden en discussies op te vangen.

Disciplines die geen RIZIV-uitgaven genereren, zoals de specialisten in het beheer van de gezondheidsgegevens, in de medisch-gerechtelijke en in de arbeidsgeneeskunde, vallen buiten het contingent.

De invoering in 1997 van het ingangsexamen in Vlaanderen vóór het eerste jaar geneeskunde, heeft het aantal generatiestudenten in de geneeskundestudies drastisch doen dalen. Van 1.160 in 1996 naar 692 in 1997 en 377 in 1998 (tabel 10).

¹⁰⁸ VBS-jaarverslag 2001. V. Numerus Clausus en Planningscommissie. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

¹⁰⁹ Koninklijk besluit van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002).

¹¹⁰ V.B.S.-Jaarverslag 2001. Tabellen 12, 13 en 14. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

Evolutie van het aantal generatiestudenten

Academiejaar	Vlaanderen (1)	Franstalig België (2)	Totaal (3)	% vrouwen (4)
50-51	-	-	1.192	10,8
60-61	-	-	1.349	14,2
70-71	-	-	3.182	25,0
80-81	-	-	2.548	38,2
90-91	-	-	2.193	55,8
91-92	-	-	2.183	55,2
92-93	1.144	974	2.118	55,9
93-94	1.034	994	2.028	56,6
94-95	1.185	693	1.878	56,0
95-96	1.171	957	2.128	56,1
96-97	1.160	892	2.052	59,8
97-98	692	889	1.581	60,7
98-99	377	858	1.235	62,3
99-00	345	870	1.215	-
00-01	361	817	1.178	-

Bronnen : (1) <http://www.vlir.be> Tabel 10
 (2) <http://www.cref.be>
 (3) Universitaire Stichting
 (4) BIGE, compendium gezondheidsstatistiek 2001

In 1997 werd, na protest, slechts de helft van het examen in aanmerking genomen, met name alleen het gedeelte i.v.m. de attitude ("vermogen tot het verwerven en verwerken van informatie"). Vanaf het academiejaar 1998-1999 telde ook de wetenschappelijke helft mee ("kennis en inzicht in de wetenschappen"). Sindsdien zal zeven jaar later het aantal beginners in Vlaanderen lager liggen dan het aantal van 420 dat na 2004 binnen het RIZIV aan de slag kan.

In 2003, 2004 en 2005 zullen er in Vlaanderen theoretisch resp. 751, 740 en 272 artsen meer afstuderen dan er RIZIV-mogelijkheden gepland zijn. Vanaf 2006 zullen er minder Vlaamse artsen afstuderen dan er RIZIV-mogelijkheden zijn voorzien.

In Franstalig België blijft het overaanbod quasi ongewijzigd, een kleine inzinking in het academiejaar 1994-1995 terzijde gelaten.

Bij napluizen en rondvragen bij de bevoegde diensten zou het onmogelijk blijken dat afgestudeerde Franstalige artsen het Vlaams tekort zouden komen aanvullen. Blijkbaar zou een EU-onderdaan-arts makkelijker aan de slag kunnen in België (Vlaanderen of Franstalig België) dan een Vlaamse/Franstalige Belg in resp. Franstalig België/Vlaanderen.

De Franstalige universiteiten hebben steeds geweigerd om een ingangsexamen te organiseren. Zij voeren een selectie uit gebaseerd op een communautair decreet van 5 september 94, dat bij decreet van 14 juli 1997 werd gewijzigd. De toegang tot het doctoraat in geneeskunde en tot de derde cyclus van de medische studies werd beperkt in functie van de quota's die door de federale regering werden vastgesteld.

De gemeenschapsminister had een reserve van 15 % aan studenten voorzien, een aantal dat, volgens de Franstalige decanen (¹¹¹), precies overeenstemt met de verhouding geneesheren die buiten het RIZIV-kader werkzaam zijn.

Tot op heden konden, op enkele uitzonderingen na, alle Franstalige studenten een toelating bekomen voor inschrijving in de 2^{de} cyclus van de medische studies. Deze enkele uitzonderingen kregen de mogelijkheid om zich toe te leggen op de biomedische wetenschappen of het diploma volksgezondheid waartoe zij toegang hebben. Deze “passerelles” kunnen natuurlijk onmogelijk grote aantallen afgestudeerde artsen heroriënteren.

In 2004 zal het theoretisch gaan om 612 afgestudeerde “docteurs en médecine, chirurgie et accouchement”, in 2005 om 609, in 2006 om 578, in 2007 om 590, enzovoort ...

Daar komt nog bovenop dat de Regering van de Franstalige Gemeenschap op 09.01.2003 het licht op groen heeft gezet om alle vormen van beperking tot de studies van arts (of tandarts) onmogelijk te maken. Het systeem dat sinds 1997 in voege is, heeft geleid tot het verdwijnen van elke vorm van studentikositeit in de faculteit geneeskunde en tot het ontstaan van bikkelharde concurrentie om de uitverkoren plaatsen te bereiken, die leiden tot de klinische medische professie. Terwijl de geesten van sommige Franstalige decanen eindelijk rijp waren om aan een ingangsexamen vóór het begin van de medische studies of na de eerste kandidatuur te gaan werken, stevenen de Franstalige medische faculteiten nu op een regelrechte catastrofe af, als minister van hoger onderwijs, Françoise DUPUIS (P.S.) haar zin zou krijgen. (¹¹²).

IV.2. Nep-doktoren gezocht als goedkope werkrachten.

Via artsen-leden van de Nationale Raad voor Verpleegkunde bereikten ons eind november 2002 een bundel documenten betreffende de invoering van een reeks nieuwe gezondheidszorgberoepen als “Physician assistant – Medisch assistent – Assistant médical”, “Health care technician” en “Surgical physician assistant – Chirurgisch assistent – Assistant médical en chirurgie”.

In een verslag van Prof. Ph. BAELE van een vergadering hierover gehouden in het Ministerie van Volksgezondheid dd. 17.09.2002, en in een voorontwerp van besluit, vinden we welke soort taken hen zou worden toegewezen. We citeren o.m. “het onderzoek van de algemene en chirurgische toestand van de patiënt”, in het Frans “y compris l'examen physique général et chirurgical de routine préopératoire, ... la vérification des examens préopératoires ..., suivi postopératoire chirurgical du patient en hospitalisation et en consultation ...”. Taken die ons inziens onlosmakelijk deel uitmaken van het correcte medisch handelen door een arts, die de patiënt in zijn hele

¹¹¹ Brief dd. 21.10.2002 namens de decanen van de Franstalige faculteiten, gepubliceerd in “De Geneesheer-Specialist” nr. 8, november 2002.

¹¹² Bij het ter perse gaan van de kopijen voor de Algemene Vergadering, kregen wij op 07.02.2003 bericht vanwege Prof. Dr. J.J. Rombouts, woordvoerder van de Franstalige universiteiten, dat de Commissie Onderwijs van het Parlement van de Franstalige Gemeenschap op 05.02.2003 inderdaad beslist heeft om de numerus clausus na het derde jaar geneeskunde af te schaffen in Franstalig België. Bij de vergadering op de P.S. dd. 06.02.2003 over de problemen in de gezondheidszorg, noemde ondergetekende de houding van minister Dupuis crimineel.

persoonlijkheid benadert, en hem niet als een defect orgaan of als een symptoom bekijkt dat via (chirurgisch) bandwerk kan verholpen worden.

De voorstellen werden ingediend door de “K.U.Leuven, Universitaire ziekenhuizen, Katholieke Hogeschool Leuven, Departement Verpleegkunde en Vroedkunde”, door een interuniversitaire werkgroep genoemd “SCHUIND” (Prof. Dr. Frédéric SCHUIND is orthopedist-traumatoloog aan het Hôpital Erasme, ULB) en door de minister zelf, uiteengezet door Frédéric LAFOSSE, jurist bij het ministerie van Volksgezondheid.

Prof. Ph. BAELE sluit het verslag van 17.09.2002 af met (citaat) “*D’ici là (= fin novembre 2002) on nous demande de consulter les écoles, facs, enseignants, groupes professionnels, etc. »* .

Geen VBS-ser of BVAS-ser is bij mijn weten gecontacteerd geweest. Geïnformeerd dankzij een gunstige wind, hebben wij ondertussen een aantal academici aangeschreven en aangesproken, en hebben wij (via de BVAS) Dr. J.P. DERCQ hierover ontmoet.

Uit de documenten blijkt dat wel de Nationale Raad voor Paramedische beroepen om advies zal worden gevraagd, maar niet de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen, noch de Nationale Raad voor Verpleegkunde. Alhoewel niet geagendeerd, heb ik dit punt op de installatievergadering van de nieuw benoemde Nationale Raad voor Paramedische Beroepen dd. 12.12.2002 aangesneden. Het was duidelijk dat niet alleen de aanwezige artsen, maar ook de verpleegkundigen en sommige paramedische beroepen (met name de technologen medische beeldvorming) dit ontwerp fel zullen bekampen.

Het is bijzonder treurig dat sommige academici dergelijke voorstellen op ministerieel niveau uitwerken, zonder overleg met de professionele verenigingen, en op een moment dat ze geen enkele concrete oplossing aanbieden voor het dramatische overaanbod artsen dat ze in hun faculteiten laten afstuderen.

Het voorstel van de minister wil deze nieuwe gezondheidsberoepen, ik citeer « (rendre) *accessible aux professionnels de la santé étrangers qui ne peuvent normalement pas exercer chez nous : utilité en vue de l’élargissement de l’Union Européenne*” (einde citaat).

Gaat de minister op die manier de vooral administratieve overlast voor artsen oplossen ? Zullen slecht Nederlands, resp. Frans-kundigen, die geen kennis hebben van ons hypercomplex sociaal zekerheidssysteem van (para-) medicus omgetoverd worden tot slecht (?) betaalde “administratieve techniekers” ?

Terwijl de actieve welvaartsstaat van Frank VANDENBROUCKE België nog altijd zegent met +/- 985.000 inwoners die een of andere uitkering krijgen van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (¹¹³). Waar is de logica ? Eens te meer een fata morgana van een kabinet dat volgens VLD-senator en psychiater Jef VALKENIERS, vol groene dromers zit (¹¹⁴) ?

¹¹³ « De zegeningen van de welvaartsstaat ». Knack. 27.03.2002.

¹¹⁴ « Kabinet Aelvoet met groene dromers ». Artsenkrant nr. 1470. 22.11.2002.

Hopelijk wordt dit misbaksel snel afgevoerd en zorgt de Overheid voor een financiële ondersteuning van de administratieve hulp die alle artsen dringend nodig hebben en zorgen de academici er voor dat de specialisten niet verder afglijden naar super-technici, die de humane aspecten van de zorg doorschuiven naar een hulpje.

IV.3. Het kadaster van de gezondheidszorgberoepen

Een voor ons ontgoochelende realisatie door de regenboogcoalitie is het quasi ter sluiks op 05.12.2002 door Kamer en Senaat goedgekeurde “Wetsontwerp houdende oprichting van de federale databank van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen” (¹¹⁵). Zonder schroom veroorlooft België zich een databank betreffende rekbare en interpreteerbare thema’s als de “werkkracht” en de “sociologische kenmerken” van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen. Het getuigt van een ongezonde en betreuenswaardige nieuwsgierigheid dat men voor dit soort doelstellingen identificeerbare gegevens verzamelt zoals de beroepsadressen, de uitoefening als loontrekkende of als zelfstandige in hoofd- of bijberoep of als pensioengerechtigde, met desgevallend het inschrijvingsnummer van de werkgever, of, als het zelfstandigen betreft, de erkende verzorgingsinstellingen, rusthuizen en de openbare of privé-instellingen die zorgen verstrekken of preventieve activiteiten uitoefenen. Geen enkel van deze gegevens kan als een redelijk, betrouwbaar en evenredig verantwoord indicator beschouwd worden voor de “werkkracht” of voor de “sociologische kenmerken” van een zorgverlener. “Een” zorgverlener. Het woord “anoniem” komt nergens in de tekst voor.

De toegang tot deze gegevens verontrust ons al evenzeer. Zo hebben verzekeringsmaatschappijen toegang tot de gegevens betreffende “de erkenning van praktijken”. De geregistreerden zelf mogen de hen betreffende gegevens “kosteloos doen verbeteren”. Er valt te vrezen dat de data binnen de kortst mogelijke tijd waardeloos zullen zijn, wegens onregelmatig bijgewerkt. Het schrappen van bv. hun persoonlijke professionele status (loontrekkend, zelfstandig of gepensioneerd) is daarentegen formeel verboden.

Er werden ook enkele beperkingen opgenomen. De uitbreiding van de rechtstreekse toegang tot de gegevens naar de overheidsinstellingen van sociale zekerheid en de openbare overheden in het algemeen geldt slechts voor zover die instellingen door of krachtens een (andere) wet bevoegd zijn om desbetreffende informatie te kennen. Het opvragen van de vrijwillig medegedeelde gegevens betreffende “bijzondere activiteiten- of onderzoeksgebieden” is slechts mogelijk in de mate dat deze vermeld worden in een lijst vastgesteld door de federale minister van Volksgezondheid op advies van de bevoegde erkenningsraad.

De nieuwe wet integreert jammer genoeg geen enkel bijkomend controle-element tegen mogelijke misbruiken. Ze leidt niet tot een betere bestrijding van de onwettige uitoefening van een gezondheidszorgberoep of van het misbruiken van academische titels of beroepsbekwaamheden, een fenomeen dat af en toe opduikt in onze samenleving. Wel integendeel. Voortaan zullen er, maar dan op een gesofistikeerder

¹¹⁵ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. 05.12.2002. Doc. 50 **2022/007**.

niveau, immers verscheidene toegangswegen openstaan waarlangs kan worden binnengeglipt in de centrale databank van de gezondheidszorg. Kwaad opzet en een knappe hacker volstaan om zich voor het Belgische publiek uit te geven voor wat men niet is. Maar we hoeven ons geen zorgen te maken. Big brother waakt over ons: vermits de databank eigendom is van de Staat, is deze laatste ook de enige verantwoordelijke.

We waren wel onthutst toen we in het verslag ⁽¹¹⁶⁾ lazen dat in de inleidende uiteenzetting op 08.11.2002 Minister Jef TAVERNIER in de Kamer van Volksgezondheid onderstreepte: *“Ook de betrokken representatieve beroepsorganisaties werden geraadpleegd omtrent het wetsontwerp. Zij hebben geen bezwaren geuit.”* Misschien heeft Jef TAVERNIER kinesitherapeuten, verpleegkundigen, alternatieve therapeuten of/en anderen geraadpleegd, maar allicht geen artsen.

Noch als VBS-secretaris, noch als BVAS-ondervoorzitter heb ik de Heer TAVERNIER al officieel ontmoet. Noch het bestuur van het VBS noch de beheerraad van de BVAS heeft ooit melding gemaakt van een gesprek met TAVERNIER in verband met het kadaster. We herinneren ons wel een ontwerp van Koninklijk Besluit dienaangaande, dat we met een aantal leden van het BVAS-bureau op 05.07.2000 grondig met Adviseur-generaal Dr. Jean-Paul DERCQ besproken hebben, waarbij we ons afgrijzen niet onder stoelen of banken staken. Na dit voorbereidend gesprek, stond het “kadaster - ontwerp K.B.” ook op de dagorde van een overlegvergadering met minister AELVOET op 26.07.2000. Als BVAS-voorzitter heb ik haar dan op 20.09.2000, ditmaal per brief, nogmaals een aantal fundamentele zowel als punctuele bemerkingen opgesomd over het toenmalig ontwerp van K.B.. Het ontwerp werd desalniettemin ongewijzigd op 21.09.2000 voorgelegd aan de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen. Het werd er als volstrekt onaanvaardbaar afgevoerd.

Begin 2001 veranderde het ontwerp van K.B. in een wetsontwerp. Op 28.01.2001 zond ik kabinetschef Manu KEIRSE een reeks bezwaren en opmerkingen. Half maart 2001 leek het ontwerp verdwenen te zijn uit het voorontwerp van wat later de eerste paars-groene gezondheidswet zou worden. ⁽¹¹⁷⁾.

Sindsdien hebben we er niets meer van gehoord, tot we het kadaster onder vorm van Wet, gestemd en wel, op de parlementaire website aantreffen, klaar voor handtekening door de Koning en voor elektronische publicatie. Gelukkig verdwenen een aantal monstrositeiten uit het originele ontwerp.

“Geen bezwaren geuit” is dus een krasse onwaarheid. Jef TAVERNIER, die onverwacht de stoel van Magda AELVOET heeft moeten overnemen, was misschien niet op de hoogte, maar DG2 (directeur-generaal gezondheidsberoepen, medische bewaking en welzijn op het werk) Dr. Herman VAN LOON, die trouwens de lokalen van Dr. J.P. DERCQ, adviseur-generaal van de voormalige Directie geneeskundepraktijk heeft ingepalmd, inclusief de secretaressen, en die aanwezig was op 26.07.2000, had beter moeten weten.

¹¹⁶ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. 08.11.2002. Doc. 50 **2022/002**.

¹¹⁷ “Artsenkadaster voorlopig van de baan”. Artsenkrant nr. 1334. 16.03.2001.

V. DE ARTSEN EN DE ZIEKENHUIZEN

V.1. De ereloonsupplementen

Artikel 4 van de wet van 14.01.2002 (¹¹⁸) heft het beruchte artikel 50 bis van de GVV op, de zgn. wet "Vermassen - Lenssens".met effect op datum van publicatie, m.a.w. op 22.02.2002. De artikels 84, 85, 109 en 114 van dezelfde wet voegen een nieuwe reglementering inzake honorariumsupplementen in de ziekenhuiswet in.De belangrijke wijzigingen aan het artikel 138 van de ziekenhuiswet werden, nog voor hun publicatie in het Staatsblad, toegelicht in "De Geneesheer-Specialist"(¹¹⁹) en tLIENHYPERTEXTEer gelegenheid van de datum van invoegetredeing op 01.12.2002 gaven we nog meer details (¹²⁰) (zie ook www.vbs-gbs.org).

Die datum van invoegetredeing was een intrige op zich. Als in een thriller had de minister de ontknoping bewaard tot op het einde. De invoegetredeing van o.m. het nieuwe artikel 138 hing immers af van een uitvoeringsbesluit waarvan de publicatie op zich liet wachten. De overgangsbepalingen van artikel 114 van de "Gezondheidswet II" daarentegen voorzagen meteen vanaf de publicatiedatum 22.02.2002 dat de bestaande supplementenregeling bleef bestaan. Deze overgangsbepaling werd op twee manieren geconditioneerd. Enerzijds bleef de regeling slechts geldig zolang de maximumtarieven die zouden gelden overeenkomstig het nieuwe artikel 138 niet bepaald waren in de algemene regeling van de rechtsverhoudingen en anderzijds dienden de maximumhonoraria volgens de voorgeschreven regels in voege te zijn gebracht. Bij de publicatie van de Wet van 22.08.2002 (¹²¹) kwam plots de aap uit de mouw. Artikel 48 stelt doodleuk dat de overgangsbepalingen van artikel 114 van "Gezondheidswet II" uitdoven na twee jaar met andere woorden vanaf 22.02.2004.

De ontknoping konden we lezen in artikel 6 van het KB van 29.09.2002 (¹²²) in het Staatsblad van 29.10.2002. Artikel 138 gaat in voege op 01.12.2002. Het jaar 2003 zal dus van cruciale betekenis zijn voor de ziekenhuisartsen: de beheerders en medische raden zullen een overeenkomst moeten treffen omtrent de bepaling van de honorariumtarieven (maximum- tarieven) en eventueel de gevallen waarin ze voor de verschillende medische activiteiten kunnen aangerekend worden. Wil men enige continuïteit verzekeren dan moeten deze bepalingen door de beheerder medegedeeld worden vóór 22.02.2004 aan het RIZIV en aan het secretariaat van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen (NPCGZ). Inmiddels ontving de NPCGZ reeds enkele van die mededelingen.. De verantwoordelijkheid voor de eventuele niet-mededeling van gemaakte afspraken terzake berust bij de ziekenhuisbeheerder.

¹¹⁸ Wet van 14.01.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (1). B.S. 22.02.2002. In dit hoofdstuk verder "Gezondheidswet II" genoemd. In het Belgisch Staatsblad van 01.09.2001 verscheen immers al de "Wet van 10.08.2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg". Dit was de "Gezondheidswet I" van de paars-groene coalitie.

¹¹⁹ « Tarievenregeling ziekenhuizen. » De Geneesheer-specialist n° 1, januari 2002.

¹²⁰ « Honorariumtarieven bij opgenomen patiënten. " De geneesheer-specialist. Speciaalnummer november 2002.

¹²¹ Wet van 22.08.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. B.S. 10.09.2002. In dit hoofdstuk verder "Gezondheidswet III" genoemd.

¹²² K.B. van 29.09.2002 tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 07.08.1987.

Voor alle duidelijkheid, artikel 138 is eveneens van toepassing op de verstrekkingen in daghospitalisatie waarvan de lijst bepaald is in bijlage van het KB van 29.09.2002, die inmiddels reeds herbepaald is in het K.B. van 09.01.2003 (¹²³). Als een akkoord in voege is mogen de geneesheren die geweigerd hebben er toe te treden evenwel geen supplementen aanrekenen voor de categorieën van "sociale" patiënten die omschreven zijn in artikel 2 van dit K.B. en die opgenomen zijn in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers (zie "De Geneesheerspecialist", speciaalnummer november 2002). Als er géén akkoord is, dan vormen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming de maximumtarieven die aan voormelde patiënten categorieën en keuzen van opnamen, kunnen aangerekend worden.

V. 2. ...en de "opnameverklaring"

In het najaar 2002 kreeg de thriller van de supplementenregeling nog een staartje. Vóór de verkiezingen van 18.05.2003 wil minister VANDENBROUCKE blijkbaar nog uitpakken met een politieke stunt. Dwars doorheen de bepalingen van Magda AELVOETS' patiëntenrechtenwet, die AGALEV stemmenwinst moet bezorgen, zoekt Frank VANDENBROUCKE "freewheelend" naar doorslaggevende argumenten die hoog scoren bij de nog weifelende kiezers. Zijn meest populistische vondst werd de "opnameverklaring", een soort van bestek, dat het ziekenhuis de patiënt bij zijn opname ter hand moet stellen en moet doen ondertekenen.

Alsof het ziekenhuis een garage is en het menselijk lichaam een eenvoudige machine met in tijd beperkte productwaarborg en samengesteld uit een standaardreeks van passende vervangingstukken. In de commerciële wereld is trouwens geen enkel bedrijf verplicht vooraf een bestek op te maken. Op vraag doet ze het (soms). Als het wat moeilijk wordt werkt een bedrijf steeds in regie. Omdat de kosten onvoorspelbaar zijn.

Het eerste ministerieel ontwerp werd koeltjes onthaald, zowel in de Nationale Paritaire Commissie Artsen Ziekenhuizen (NPCAZ) als in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV). De vraag naar volledige informatie over kostprijzen en tarieven was zodanig ruim en irrealistisch gesteld dat alle betrokkenen uit de sector, artsen zowel als ziekenhuisbeheerders het éénparig als onverwezenlijkbaar verwierpen. Bovendien zou de patiënt een invulformulier aangeboden krijgen, dat de valse indruk wekte dat hij in feite zelf de prijs kon bepalen, dus liefst gratis. Aan de keuze van de laagste prijs koppelde het formulier de afstand van vrije keuze van de arts.

Onder druk van VANDENBROUCKE trachtte de Voorzitter van de NRZV, Prof. Dr. Jan PEERS, wanhopig een gemengde werkgroep van de NPCGZ en NRZV in een ijlt tempo een passende praktische oplossing te laten vinden. Eind 2002 was er nog geen "opnameverklaring".

Samen met de ziekenfondsen, ontwierp het kabinet dan maar zelf een modelformulier en een ontwerp K.B. tot uitvoering van de artikelen 91 (kamerssupplementen) en 138 (honorarium supplementen) van de ziekenhuiswet. Het werd aan de leden van de gemengde werkgroep bezorgd de vooravond van de

¹²³ K.B. van 09.01.2003 tot wijziging van het K.B. van 29.09.2002 tot uitvoering van het artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 07.08.1987 (B.S. 03.02.2003).

ultieme vergadering van 30.01.2003. Als gevolg van de aanwezigheid van de vertegenwoordigster van de minister, dienden de ziekenfondsen, de ziekenhuizen en enkele artsenvertegenwoordigers, ondanks de ellenlange lijsten van bemerkingen en correcties van de ziekenhuizen en ondanks een door ons ingediend concreet maar eenvoudig tegenvoorstel, de initiële structuur van het document te behouden. Dank zij ons niet aflatend aandringen, werd de oorspronkelijke bestekformule tenslotte vervangen door de termen: *"Ik weet dat ik het recht heb inlichtingen te verkrijgen over de mogelijke persoonlijke financiële gevolgen van mijn keuze. Ik kan van de geneesheer informatie krijgen over de kosten die ik persoonlijk moet dragen voor de voorzienbare medische handelingen, wetende dat het niet mogelijk is alles te voorzien."*

De prioritaire vraag *"Ik wens verzorgd te worden aan het verbintenistarief"* (in de oorspronkelijke versie wenste men *"opgenomen"* te worden aan verbintenistarief) als eerste stap van een in feite omgekeerde beslissingsboom, bleek voor de vertegenwoordigster van de minister zo goed als onbespreekbaar. We stelden dat de eerste vraag, wil men geen misleidende informatie verstrekken aan de patiënt, moest zijn: *"Ik heb kennis genomen van de inkomensvoorwaarden om in aanmerking te komen voor de toepassing van het verbintenistarief en verklaar hieraan te beantwoorden/niet te beantwoorden."* De inkomensgrens van de akkoorden zou, ondanks verzet (met welk recht?) van de ziekenfondsen, opgenomen worden in het opnameformulier. Wij slaagden er in de beperking van de vrije artskeuze te doen verdwijnen. Elke patiënt heeft immers vrije keuze niet alleen onder de verbonden artsen, maar ook de mogelijkheid een afspraak te maken met een niet-verbonden arts. Volgens de ministeriële logica zou een niet-verbonden arts verplicht zijn supplementen te vragen.

De wet op de rechten van de patiënt voorziet dat de geneesheer informatie bezorgt betreffende de mogelijke kosten van zijn medisch handelen. Niet het ziekenhuis. Hij kan die slechts verstrekken in de mate dat ze hem bekend zijn. Hij kan hieromtrent afspraken maken met de patiënt enerzijds, en met het ziekenhuis anderzijds. Wat dit laatste betreft is het uitgangspunt waarop de minister zich baseert artikel 138 van de ziekenhuiswet. Uit die afspraak kan geenszins afgeleid worden welk honorarium de geneesheer vraagt, doch alleen het maximum ereloon dat de patiënt gevraagd kan worden. In vele ziekenhuizen zullen die maximum honoraria bovendien verschillen naargelang de medische activiteit. O.i. berust het ontwerp dat de minister wil concretiseren op een verkeerde redenering.

V.3. Een evenwichtige relatie tussen artsen en beheerders in het ziekenhuis.

De onderhandelingen in de Task Force Perl met de beheerders hadden de bedoeling een redelijker en financieel - zekerder statuut te voorzien voor de ziekenhuisartsen. Alhoewel ze op 18.12.2001 definitief waren afgesprongen wegens de onwillige houding van de ziekenhuisbeheerders (¹²⁴), bleef de website van de Minister van Sociale zaken begin 2002 onverstoord en met de glimlach "positieve" boodschappen uitstralen. In zijn "Agenda 2002 voor verandering in de gezondheidszorg" schreef hij onder de titel "Een evenwichtige relatie tussen artsen en beheerders", dat de ministers besloten hadden "nog geen knopen door te hakken"

¹²⁴ Cfr. V.B.S. jaarverslag 2001. "III.6. De afloop : woordbreuk van de ziekenhuisbeheerders". Dr. M. Moens. 02.02.2002.

m.b.t. de wetgeving op de kostenverdeling (art 140 ziekenhuiswet) in de ziekenhuizen. Ze hadden wel "onmiddellijk" drie "positieve" maatregelen genomen.

Om een echt partnership tussen ziekenhuis en artsen te verwezenlijken was vooreerst al het K.B. van 18.12.2001 (¹²⁵) gepubliceerd waardoor de Medische Raad mededeling zou krijgen van alle financiële en statistische gegevens m.b.t. het ziekenhuis. Er werd beloofd dat die maatregel nog een verlengstuk zou krijgen via een wettelijk op te richten "Financiële Commissie" in elk ziekenhuis (¹²⁶).

Ten tweede zou de door de ziekenhuisbeheerders vastgestelde 17 miljard BEF structurele onderfinanciering in de verpleegdagprijs objectief onderzocht worden. Die financiële put veroorzaakt onvermijdelijk groeiende spanningen tussen artsen en beheerders in verband met de uit de pan swingende afhoudingen op de erelonen. De ministers beloofden de onmiddellijke oprichting van een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de afdeling Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en vertegenwoordigers van de ministers en de administratie.

Om de problematiek in zijn geheel te evalueren kondigden de ministers als derde maatregel aan dat Ere-Rector DILLEMANS van de K.U.Leuven een informatieopdracht zou krijgen om de knelpunten te inventariseren en oplossingen voor te stellen. Waarbij het dan wel de bedoeling was nog tijdens de huidige regeerperiode conclusies te trekken en die om te zetten in een wetsontwerp. Maar...

Het K.B. van 18.12.2001 over de informatie-mededeling aan de Medische Raad gaf al meteen aanleiding tot betwistingen omtrent de zeer restrictieve interpretaties van het VVI. Het VVI meende verkeerdelijk dat die verplichting beperkt zou zijn tot ziekenhuizen met volledige centrale inning door de instelling en dat de Medische Raad gehouden zou zijn tot de strikte geheimhouding t.o.v. de medische staf.

Ondanks de schijn van onpartijdigheid die de Minister zich wou aanmeten, kon hij het toch niet nalaten het VVI-standpunt gewoonweg bij te treden in een antwoord op een parlementaire vraag. Zo zorgde hij direct voor nog een bijkomend knelpunt op de lange waslijst van Ere-Rector DILLEMANS

Over de nieuwe §5 van artikel 140 van de ziekenhuiswet wordt in alle talen gezwegen (¹²⁷). Deze wijziging laat de beheerder toe, via een Medische Raad die hij op allerlei manieren onder druk kan zetten, de contractueel vastgestelde afhoudingen op te trekken. In feite is dit een éézijdige handeling, want de Medische Raad is geen partij in dat individueel contract van de specialist met het ziekenhuis. Ondanks alle politieke pogingen om de invoering van deze paragraaf te verhinderen, werd de Gezondheidswet II onveranderd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 22.02.2002.

¹²⁵ Koninklijk besluit van 18.12.2001 tot uitvoering van artikel 128 bis van de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 07.08.1987. (B.S. 28.12.2001, Ed. 1).

¹²⁶ Deze belofte werd inderdaad waar gemaakt via het artikel 129 bis van de Wet van 22.08.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (B.S. 10.09.2002). (hier « Gezondheidswet II » genoemd.

¹²⁷ Cfr. VI.1. Juridische procedures.

Titel II van de Gezondheidswet III (22.08.2002; B.S. 10.09.2002) voert de "Financiële Commissie" in, samen met de Referentiebedragen in titel III (¹²⁸).

De tweede aankondiging in verband met de objectivering van de 17 miljard BEF structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, is maar zeer gedeeltelijk uitgevoerd. Misschien beschouwde de regering de vervanging van het woord "verpleegdagprijs" door "budget van financiële middelen van het ziekenhuis", met ingang van 1.07.2002 (¹²⁹), alvast als een belangrijke invulling van de door haar aangegane belofte. . De lectuur van het Belgisch staatsblad van 30.05.2002 was voor velen een ijskoude douche. Een aantal financieringsmiddelen voor de universitaire ziekenhuizen, die andere instellingen logischerwijze als "oneigenlijk" bestempelen omdat ze hen uitdrukkelijk worden verboden, worden vanaf 01.07.2002 van overheidswege als een objectief en eeuwigdurend recht bestendigd. Niet de wijze waarop de middelen verkregen werden, maar het bedrag.

Het budget van de algemene ziekenhuizen mocht als troostprijs genieten van enkele punctuele maatregelen die vanaf 1.01.2003 in voege komen.

Zo werd de besparingsmaatregel ten nadele van de spoeddiensten (8.130.908 euro voor het land) ingetrokken. Men vroeg zich trouwens af waarom die maatregel ooit getroffen werd.

Er werd een bijkomende financiering voorzien voor medische producten (29.596.000 euro voor het land). Dit gaat wel gepaard met een herdefinitie van dit begrip, waardoor het voor opgenomen patiënten verboden wordt hen nog productkosten aan te rekenen, tenzij ze in de nomenclatuur staan of voorkomen op een door de minister goedgekeurde lijst. Het debat over de inhoud van die lijst woedt vandaag nog volop. Er werd een financiering ingeschreven van de erkende MUG- functies (222.146 euro per functie)

Tenslotte werden er nog een aantal kleinschaligere maatregelen en aanpassingen doorgevoerd i.v.m. inhaalbedragen na opening of sluiting van bedden, de minimale klinische gegevens, de financiële impact van de MUG (vanaf 01.01.2000) en andere materiële correcties.

Op het terrein worden de financiële spanningen alsmaar groter. Wegens ernstige liquiditeitsproblemen eisen sommige beheerders fenomenale bijdragen vanwege de artsen. De economische balans van het nieuwe financieringssysteem zal slechts vanaf 2003 echt duidelijk worden, vermits het systeem pas op 01.07.2002 startte.

Ere-Rector Dillemans ontmoette voor het eerst de partners van de Medico-Mut begin maart 2002. Met Jacques de Toeuf ontmoette ik hem op 05.03.2002 voor een "tour d'horizon". De volgende afspraak volgde op 21.11.2002 waarbij hij ons een inventarisnota overhandigde. Na aandringen van zijn collega emeritus en onze voorziter, Prof. Jacques GRUWEZ, zal half februari uiteindelijk ook een ontmoeting met een VBS- delegatie plaatsvinden. Frank VANDENBROUCKE slaagt er als enige politiker in om wetsontwerpen in minder dan twee maanden door het Parlement te jagen (¹³⁰). Maar met artikel 140 van de ziekenhuiswet kan het niet traag genoeg

¹²⁸ Cfr. II.2. Individuele responsabilisering en referentiebedragen.

¹²⁹ Koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. (B.S. 30.05.2002, Ed. 3).

¹³⁰ Cfr. II.2. Het spitsvondig « amendement » met de wet op de individuele responsabilisering, ingelast in de "Gezondheidswet III"

gaan. De aankondiging om werk te maken van een "evenwichtige relatie tussen artsen en ziekenhuizen" mogen we nu wel toevoegen aan het lijstje "Paroles, paroles, paroles .." van onze regering, bij de beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

V.4. Het globaal ziekenhuisbudget

De juridische grondvesten van het globaal ziekenhuisbudget, inclusief de medische activiteiten, werden gelegd door de regering DEHAENE in 1997. Bij de voorbereiding van het nieuw financieringssysteem voor de ziekenhuizen, speelde de regenboog-regering met de idee om een beslissende eerste stap in die richting te zetten. In een eerste stadium beperkt tot de universitaire ziekenhuizen. Frank VANDENBROUCKE trof alvast de nodige voorbereidende maatregelen door art 56bis van de G.V.U.-wet aan te passen via art 9 van Gezondheidswet II (wet van 14.01.2002; BS 22.02.2002). Door dit artikel kan immers afgeweken worden van het normale vergoedingssysteem van de Z.I.V. zodat een in een Ministerraad overlegd KB *"een alomvattende begroting van financiële middelen (kan) vaststellen voor de door (de Koning) vastgestelde verstrekkingen van art 34 die worden verleend aan rechthebbenden die zijn opgenomen in de verpleeginrichtingen, die Hij (de Koning) aanwijst, bedoeld in art. 2 van de wet op de ziekenhuizen..."*. Dit is precies één van de bepalingen die toelaten dat de minister, via de Algemene Raad van het RIZIV, transferten kan organiseren van uitgaven voor medische verstrekkingen; zoals honoraria klinische biologie, medische beeldvorming en nierdialyse, naar het onderdeel B7 van het ziekenhuisbudget van de universitaire ziekenhuizen (¹³¹, ¹³²).

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen krijgt in deze aangelegenheid uitsluitend recht op een gewoon "advies". Het KB kan bepalen voor welke ziekenhuizen deze bepalingen toepasselijk zijn. Het is dus geenszins uitgesloten dat hier budgettaire privileges aan bepaalde bevriende ziekenhuizen kunnen mee georganiseerd worden.. De overeenstemmende uitgaven komen uiteraard in mindering van de federale begroting bestemd voor de medische zorgverlening in de andere instellingen. Minister VANDENBROUCKE is wel degelijk een vooruitziend man.

Volledigheidshalve werd in Gezondheidswet II nog een artikel 64bis van de G.V.U.-wet voorzien waarin bepaald wordt dat voor de verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk vergoed worden door het budget van financiële middelen bedoeld in art. 87 van de wet op de ziekenhuizen, geen enkele verzekeringstegemoetkoming kan toegekend worden, behoudens voor het deel dat niet door het budget wordt terugbetaald. De hoger vermelde transfers zijn nu precies het omgekeerde van wat met dit artikel 64 bis bedoeld werd..

Het tweede lid van art. 64bis zegt dat bij KB, na advies van het RIZIV-verzekeringscomité, de honoraria, prijzen, terugbetalingstarieven, en andere reglementair of conventioneel vastgestelde bedragen, worden gewijzigd op de datum dat de overeenstemmende verstrekkingen door het budget worden vergoed. Ook die bepaling werd bij hoger vermelde transfers van klinische biologie en medische beeldvorming niet toegepast in de B7 ziekenhuizen.

¹³¹ Artikel 79 §1 van het KB van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. (B.S. 30.05.2002),

¹³² Cfr. VI.1.6. Procedure tegen het K.B. van 25.04.2002.

Dit sterk beknopte, noodzakelijkerwijze complexe, verhaal over één enkel artikel van de G.V.U.- wet en over wat er met de uitvoering daarvan gebeurde, leert ons veel over de moraliteit van het bestuur in een parlementaire democratie. Meer nog zegt het over hoe arbitrair ons systeem van gezondheidszorg kan evolueren zodra de overheid met een steeds hermetischer systeem van forfaitaire vergoedingen gaat spelen om budgetten te verdelen. Een van de belangrijkste uitdagingen bij de eerstvolgende legislatuur, niet alleen voor de artsen maar mogelijks voor de ganse gezondheidszorg, zal erin bestaan op doelmatige wijze te reageren op de veralgemening van globale budgetsystemen, niet alleen in de ziekenhuiszorg, maar misschien ook in de zorg door huisartsen. In het kader van een reeks audities onder de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen die de Parti Socialiste in januari en februari 2003 organiseert, verklaarde partijvoorzitter Elio DI RUPO zich bij de start op 12.12.2002 meteen voorstander van een verdergaande forfaitarisering van de financiering van de ziekenhuisactiviteit. Hij ziet een budget dat is samengesteld uit drie deelbudgetten. Voor de medische en paramedische verstrekkingen een deelbudget a rato van 80% op basis van pathologiegegevens en 20% per prestatie. Daarnaast een deelbudget voor de geneesmiddelen en tenslotte één voor de ziekenhuisexploitatie.

Di Rupo meent dat daarvoor drie voorwaarden vereist zijn.

Ten eerste de invoering van een zeer snel registratiesysteem van de gegevens m.b.t. de medische activiteit, zodat de financiering zeer vlot de realiteit van de zorgverlening kan opvolgen. O.i. lijkt zo iets eerder utopisch zodat structurele liquiditeitsproblemen onvermijdelijk zullen volgen.

Ten tweede ziet hij een vereenvoudiging van erkenningsnormen van diensten, gecompenseerd door een systeem van accreditering van activiteiten. Wij vrezen vooral additionele, vermoedelijk ook vlottende normen (dezelfde wijn in andere kruiken) en de mogelijkheid van arbitraire toewijzingen. Ten slotte stelt hij een herziening van het statuut van de ziekenhuisartsen voor in de zin van een verdergaande integratie van de artsen in het ziekenhuis. Vermits het over financiering gaat, vermoeden we dat het over artikel 140 gaat.

We hebben geantwoord dat zijn zienswijze als twee druppels water gelijk op de absurde logica van een Nationale Gezondheidsdienst zoals die in het Verenigd Koninkrijk bestaat. Na uitputting van het jaarbudget moeten patiënten er wachten tot het nieuwe budget kan aangesneden worden. Als we het goed begrepen hebben dan zou de enige Belgische particulariteit van zijn systeem erin bestaan dat, dank zij de 20% betaling per prestatie, de artsen nog voldoende als zelfstandigen kunnen beschouwd worden, zodat de beheerders de recidiverende liquiditeitsproblemen via artikel 140 op de honoraria zou kunnen verhalen. Artsen – werknemers zijn immers uitgesloten van dergelijke recuperaties.

Maar dat wordt weer een ander verhaal, want zijn minister, Laurette ONCKELINX, heeft inmiddels besloten de strijd aan te binden tegen de zogenaamde schijnzelfstandigen. In 1997 had de toenmalige minister van Sociale Zaken, Magda DE GALAN, eveneens P.S., nochtans openlijk verklaard dat ons systeem budgettair niet bij machte was om loontrekkende ziekenhuisartsen te betalen.

VI. JURIDISCHE PROCEDURES

VI.1. Vorderingen ingeleid in 2002 (in chronologische volgorde)

Beslissingen van het Bestuurscomité van 04.04.2002, 23.05.2002, 04.07.2002, 07.11./2002

VI.1.1. **Wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. (B.S. 22.02.2002) – Gemeenschappelijke vordering door het VBS en de BVAS ingeleid voor het Arbitrage Hof.**

1. Artikel 112 van hoger vermeldde wet voegt volgende paragraaf toe aan artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen

"§ 5 De overeenstemming tussen de beheerder en de Medische Raad, als bedoeld in §§ 3 en 4, is bindend voor de betrokken ziekenhuisgeneesheren, niettegenstaande elk andersluidend beding in de individuele overeenkomsten en benoemingsakten bedoeld in artikel 131".

Ingevolge deze nieuwe bepaling kunnen ingeval van akkoord tussen de Medische Raad en de beheerder de inhoudingen op de honoraria gewijzigd worden ongeacht wat bepaald is in de individuele overeenkomst van de geneesheren. De individuele overeenkomst van de geneesheer biedt hem dus geen enkele financiële zekerheid meer.

2. Artikel 28 van de wet van 14 juli 2002 voegt een artikel 173 bis in de GVVU-wet van 14 juli 1994.

« Art. 173bis. Indien de Dienst voor geneeskundige controle of de dienst voor administratieve controle, op eigen initiatief of na melding door een verzekeringsinstelling, vaststelt dat een zorgverlener, ondanks schriftelijke aanmaning, op onrechtmatige wijze verstrekkingen aanreken of door derden laat aanrekenen, is de betrokken zorgverlener, overeenkomstig de door de Koning te bepalen voorwaarden en modaliteiten en onverminderd de sancties en terugvorderingen bedoeld in titel VII van deze wet, een compenserende vergoeding verschuldigd.

Deze vergoeding is verschuldigd voor vaststellingen van fouten die niet uitsluitend betrekking hebben op het niet naleven van de onderrichtingen betreffende de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische dragers, die door het Verzekeringscomité werden vastgesteld met toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze vergoeding bedraagt 20 % van het foutief aangerekend bedrag voor een eerste vaststelling en 50 % van het foutief aangerekende bedrag in geval van herhaling binnen een periode van twee jaar.

De Koning bepaalt de bestemming en de wijze van boeking van de geïnde vergoedingen alsook het aandeel dat eventueel aan de verzekeringsinstelling wordt overgemaakt. »

Volgens de Memorie van Toelichting is deze nieuwe bepaling noodzakelijk "omdat de strafsancties en andere sancties (Titel VII van de wet) die voorzien zijn bij wet niet adequaat zijn wegens de zwaarheid van de te doorlopen procedures. De bestraffing blijft meestal beperkt tot de loutere recuperatie van de onverschuldigd aangerekende prestaties. Dergelijke toestand is ontoelaatbaar. Hij veroorzaakt frustratie bij de controlediensten. Deze bepaling strekt ertoe om zij die onrechtmatig factureren te verplichten te delen in de kosten van de controle en recuperatie. Op deze wijze wenst de Minister de controlediensten te stimuleren.'

Dit systeem is ronduit schandalig. Vooral als men weet dat heel wat problemen omtrent de toepassing van de nomenclatuur hun oorsprong vinden in de soms heel verwarrende beschrijvingen van de geneeskundige prestaties en de nog verwarrender interpretatieregels.

Het nieuwe systeem moet beschouwd worden als een soort afschrikkingssysteem. Inderdaad de geneesheer zal zich verplicht voelen om in te gaan op een mogelijks onvoldoende gemotiveerd voorstel tot minnelijke schikking om erger te voorkomen.

3. Artikel 63 en volgende van de Wet van 14.01.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg bepalen onder meer dat:

"Artikel 40 van dezelfde wet (men leze : de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987) wordt vervangen door de volgende bepaling :« Art. 40. Toestellen en uitrustingen die met toepassing van artikel 38 door de Koning als zware medische apparatuur zijn aangemerkt, mogen noch worden opgesteld, noch uitgebaat zonder voorafgaande toestemming van de overheid als bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet. Die toestemming is vereist, zelfs wanneer de initiatiefnemer geen beroep doet op de tegemoetkoming bedoeld in artikel 46 en zelfs wanneer de investering plaatsvindt buiten een ziekenhuis of een medisch-sociale instelling. »

"Artikel 41 De Koning kan, per toestel vermeld in artikel 38 bedoelde lijst van zware medische apparatuur, nadere regelen bepalen inzake het maximum aantal dat in gebruik mag worden genomen en uitgebaat. "

De gebruikte terminologie is heel ruim. De zware medische apparatuur kan zowel betrekking hebben op de eenvoudige echografietoestellen, de laserapparaten of, ruimer, op een laboratorium.

Het is niet aanvaardbaar dat de wet aan de Minister de bevoegdheid toekent om de lijst op te maken van de toestellen, en dus prestaties, die niet langer buiten het ziekenhuis kunnen uitgevoerd worden. Bedoelde prestaties kunnen in deze omstandigheden evenmin buiten de ziekteverzekering aangerekend worden aan de patiënt.

VI.1.2. Financiële steun van de vordering ingeleid tegen een ziekenhuisdirectie ten einde te bekomen dat tussentijdse verkiezingen zouden georganiseerd worden.

Ingevolge de gespannen relaties met de directie en na een reeks ernstige incidenten hebben de leden van een Medische Raad, met uitzondering van twee leden, waaronder de voorzitter, hun ontslag ingediend. Ondertussen zijn verschillende geneesheren werkzaam in dit ziekenhuis zonder enig advies van de Medische Raad aan de deur gezet. Het dossier werd voorgelegd aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen die in een eerste instantie een bemiddelings-rol heeft vervuld. Gezien de blijvende starre houding van de directie om tussentijdse verkiezingen voor de Medische Raad te organiseren werd het dossier overgemaakt aan het Parket. Niettegenstaande deze procedure bleef de directie van het ziekenhuis bij haar standpunt en weigerde tussentijdse verkiezingen te organiseren gezien enkele maanden later sowieso verkiezingen moesten georganiseerd worden.

Het bestuurscomité van het VBS heeft unaniem beslist om de vordering tegen de directie om hen te verplichten om tussentijdse verkiezingen te organiseren financieel te steunen. Het betreft immers een principiële aangelegenheid : de houding van de directie komt neer op de louter miskennis van de elementaire bevoegdheden van de Medische Raad.

VI.1.3. Ministerieel besluit van 3 januari 2002 houdende de erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten in de psychiatrie en meer bepaald de psychiatrie voor volwassenen en voor kinder- en jeugd psychiatrie (B.S. 21.02.2002)

In het kader van de slotbepalingen van dit Ministerieel Besluit wordt het MB van 29 juli 1987 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van de psychiatrie en de neurologie, met uitzondering van de bepalingen met betrekking tot de neurologie opgeheven. Deze bepaling heeft tot gevolg dat alle overgangsbepalingen omtrent de neuropsychiaters eveneens verdwijnen en dit terwijl zij nog de grootste groep uitmaken. Op het totaal van 1.953 specialisten die de psychiatrie beoefenen zijn er 1.358 neuropsychiaters (69,5 %) en 595 (30,5%) psychiaters.

VI.1.4. Een vordering tot betaling van de verschuldigde bijdragen door de Beroepsvereniging der Dermatologen voor het jaar 2001 werd ingeleid voor de rechtbank van eerste aanleg te Brussel.

VI.1.5. Vordering ten gronde ingeleid tegen de eerste trein besparingsmaatregelen in voege getreden op 01.03.2002 (K.B. van 27.02.2002)

Een eerste trein besparingsmaatregelen is in voege getreden op 1 maart 2002. De verbonden geneesheren die binnen de 30 dagen per aangetekend schrijven gericht aan het RIZIV hun andersluidende wilsuiting te kennen hadden gegeven konden tot 31.12.2002 aan deze maatregelen ontsnappen. Het VBS en de BVAS hebben na een grondige juridische analyse van het akkoord hun leden aangemoedigd om van

deze mogelijkheid gebruik te maken gezien dit het sociaal statuut niet in het gedrang bracht. Dhr. *PERL*, op bevel van zijn voogdijminister Minister *F. VANDENBROUCKE*, heeft de geneesheren verwittigd dat zij in dit geval het recht op hun sociaal statuut verliezen en zij als niet-verbonden voor hun volledige activiteit zullen worden beschouwd. Dr. *J. DE TOEUF*, Voorzitter van de BVAS, heeft in persoonlijke naam een kortgeding ingespannen tegen het RIZIV, ten einde zijn recht op het sociaal statuut te laten erkennen. Het RIZIV werd op 2 mei 2002 door de rechter in kortgeding in het ongelijk gesteld. Dr. *J. DE TOEUF* behoudt zijn sociaal statuut omdat hij in uitvoering van punt C6 van het akkoord artsen- ziekenfondsen van 18.12.2000, binnen de dertig dagen na het verschijnen van het besparings-K.B. het RIZIV zijn "andere wilsuiting" had betekend. Deze beslissing werd echter door de rechter in kortgeding zetelend in Beroep verbroken.

Deze vordering moet nog beslecht worden door de rechter ten gronde die in geen enkel opzicht gebonden is door de uitspraken van de rechter in kortgeding. In het kader van het nieuwe akkoord afgesloten op 19 december 2002 en gepubliceerd in het B.S. van 20 januari 2003 wordt echter uitdrukkelijk vermeld dat, ingeval de Minister in 2003 eenzijdig besparingsmaatregelen oplegt, de getroffen nomenclatuurnummers automatisch buiten het akkoord treden en de verbonden geneesheren bijgevolg zelf hun honorarium voor die verstrekkingen kunnen bepalen en toch hun recht op het sociaal statuut behouden. Dit punt uit het akkoord wordt wettelijk onderbouwd door artikel 225 van de Programmawet van 24.12.2002 (B.S. 31.12.2002)

VI.1.6. *K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. (B.S. 30 mei 2002 3^{de} editie)*

In het kader van de nieuwe ziekenhuisfinanciering worden de universitaire ziekenhuizen ons inziens onrechtmatig bevoordeligd ten opzichte van de andere ziekenhuizen. Het B7 (A en B) onderdeel van de "verpleegdagprijs" wordt gespijst ondermeer door de afname van een bepaald bedrag van het globale honorariumbudget van de klinische biologie.

Het B7B onderdeel is bedoeld voor niet-universitaire ziekenhuizen die genieten van een financiering voor de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van de nieuwe medische technologieën en/of opleiding. De voorwaarden om te kunnen genieten van deze bijkomende financiering werden echter zo opgesteld dat in praktijk geen enkel ziekenhuis kan beantwoorden aan de gestelde voorwaarden (o.m. centrale inning van alle honoraria, per 3 erkende bedden één fulltime equivalent ziekenhuisarts, meer dan 70 % van de ziekenhuisactiviteit moet uitgevoerd worden door voltijdse artsen, voor alle activiteiten moeten de verbintenistarieven worden gerespecteerd, enz..).

Met deze nieuwe maatregel gaat Minister *F. VANDENBROUCKE* lijnrecht in tegen zijn beloften gedaan ter gelegenheid van de officiële opening (20.09.2000) van de nieuwe ziekenhuisvleugel van het O.L.Vrouw- ziekenhuis te Aalst. In zijn toespraak had hij het pleidooi gehouden dat voortaan voor dezelfde activiteiten alle ziekenhuizen op een identieke manier zouden gefinancierd worden.

VI.1.7. M.B. van 1 oktober 2002 houdende wijziging van het M.B. van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen.

Ingevolge hogervermeld ministerieel besluit, genomen in uitvoering van een Europese richtlijn, kunnen voortaan de kandidaat-huisartsen hun opleiding tot huisarts aanvangen na het 6de jaar geneeskundestudies. De geneesheren-specialisten kunnen hun specialistische opleiding slechts aanvangen na het 7de jaar. Er wordt alzo een discriminatie geschapen tussen huisartsen en specialisten.

VI.2 Uitspraak

Op 11 december 2002 werd door de Beperkte Kamer een uitspraak gedaan in de procedure aangespannen door het RIZIV tegen een aantal geneesheren-specialisten, waaronder enkele oogartsen en een dermatoloog, in terugvordering van de consulten ten huize van de patiënt (prestatie 103014). Vermits het een principiële zaak betrof, had het bestuurscomité beslist deze procedure financieel te steunen. De vordering van het RIZIV was gebaseerd op de niet naleving van de bepalingen vervat in de interpretatieregel 200-3/5 waarbij gestipuleerd werd dat dit consult diende te gebeuren in aanwezigheid van de huisarts.

De Beperkte Kamer heeft de vordering van het RIZIV ongegrond verklaard op basis van het fundamentele principe dat een interpretatieregel geen bijkomende voorwaarden mag opleggen. De simultane aanwezigheid van de geneesheer-specialist en de huisarts was immers niet voorzien in de nomenclatuur. De geneesheren hadden dus gehandeld conform de nomenclatuur. Deze materie werd definitief geregeld met het K.B. van 15/01/2002 (B.S. 03/07/2002) dat in voege trad op 01/09/2002. Vanaf die datum wordt uitdrukkelijk in de nomenclatuur vermeld dat de simultane aanwezigheid slechts vereist is indien dit door de aanvragende geneesheer uitdrukkelijk wordt aangevraagd. In alle andere gevallen volstaat het schriftelijk verslag van de geneesheer-specialist aan de aanvragende geneesheer.

VII. URGENTIEGENEESKUNDE

VII.1. Financiële opdoffer voor de ziekenhuizen

De gespecialiseerde spoedgevallenzorg, dringende geneeskundige hulpverlening en mobiele urgentiegroepen worden geplaagd door nevelachtige regelgeving en massa's besluiten. Een erfenis met sequellen van "Keizer-Koster Marcel COLLA". In 2002 werden er acht Koninklijke Besluiten gepubliceerd over de MUG's (¹³³).

Op 31.01.2003 publiceert de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu in het Belgisch Staatsblad de lijst met erkende MUG's (¹³⁴).

¹³³ Drie K.B.'s van 15.07.2002 (B.S. 13.08.2002, Ed. 1), twee K.B.'s van 18.07.2002 (B.S. 13.08.2002, Ed. 1), K.B. van 20.09.2002 (B.S. 26.09.2002) en twee K.B.'s van 25.11.2002 (B.S. 21.12.2002, Ed. 2).

¹³⁴ Ministerieel Besluit van 29.01.2003 tot opname van de erkende functies « medische urgentiegroep » in de dringende medische hulpverlening (B.S. 31.01.2003).

Artikel 10 van het Ministerieel Besluit van 5 maart 2002 (¹³⁵) leidt tot consternatie : om “een verdere vermindering van de verpleegdagen door de aanmoediging van het dagziekenhuis en beter gebruik van de spoedgevallendienst” te bewerkstelligen, worden de onderdelen B1 en B2 voor de acute diensten verminderd met 0,28 % en 0,70 %. Gevolg : de spoedgevallendiensten leveren 10 miljoen euro in, terwijl ze al deficitair zijn. Deze voorlopige maatregel werd opgeheven vanaf 01.01.2003.

Deze nieuwe financiële klap leidde ook tot het dispuut over het vragen van een soort “entrée-geld” op de spoedgevallendienst. De oproep van het VVI (¹³⁶) aan zijn ziekenhuizen om vanaf 01.06.2002 25 euro aan de patiënt aan te rekenen, ter dekking van de totaal ontoereikende vergoeding van de kosten voor materiaal en personen werd door minister VANDENBROUCKE een “oorlogsverklaring” genoemd. Quasi iedereen keerde zich tegen deze “heffing” op spoedgevallen (¹³⁷). Onze geassocieerde beroepsvereniging BeCEP (Belgian College of Emergency Physicians) maakte van de gelegenheid gebruik om hun problemen nogmaals duidelijk in de verf te zetten (¹³⁸), mede naar aanleiding van enkele drama’s met de MUG’s.

In een zaak aangespannen door de Socialistische Mutualiteiten gaf de vrederechter in Lier in augustus 2002 het lokale H. Hartziekenhuis gelijk dat een forfait van 500 BEF (12,39 euro) aanrekende bij aanmelding op spoed. De rechter beschouwde dit bedrag “als billijke vergoeding”.

Ondertussen heeft minister VANDENBROUCKE deze mogelijkheid in de wet ingeschreven (¹³⁹). Hij kreeg dit aan zijn weigerachtige PS-collega’s verkocht als een vorm van “responsabilisering” van de patiënt. Lang niet alle ziekenhuizen zullen van deze mogelijkheid gebruik maken. Zo stelde Yvan MAYEUR, ondervoorzitter van de Raad van beheer van het Brusselse Sint-Pieterziekenhuis dat “*Imposer ces 12,5 euro, c’est établir une relation commerciale avec le patient*” en dus zullen ze dat bedrag niet vragen (¹⁴⁰).

De uitvoeringsbesluiten laten nog op zich wachten en de minister laat ondertussen weten dat de inning van dit nieuwe remgeld (nog) niet is toegestaan.

¹³⁵ Ministerieel Besluit van 05.03.2002 houdende vaststelling voor het dienstjaar 2002 van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten. (B.S. 29.03.2002).

¹³⁶ Verbondsnota VVI, 2002/68 dd. 14.05.2002.

¹³⁷ « Caritas-ziekenhuizen willen patiënten 25 euro aanrekenen. Iedereen tegen heffing spoedgevallen ». De Morgen. 30.05.2002.

¹³⁸ « Urgences : afflux des patients, exil des médecins ». Le Soir. 21.06.2002.

¹³⁹ Federale overheidsdienst Kanselarij aan de Eerste Minister. Programmawet (I) (1) van 24.12.2002. Artikels 32 en 44. (B.S. 31.12.2002).

¹⁴⁰ « La décision de l'hôpital du centre-ville devrait influencer les autres établissements publics bruxellois. Saint-Pierre refuse les 12,5 euro ». Le Soir. 29.11.2002.

VII.2. Wil de echte urgentist nu opstaan ?

Zoals vorig jaar medegedeeld (¹⁴¹) besliste de Raad van State tot nietigverklaring van twee Koninklijke Besluiten (¹⁴²) op verzoek van de BeCEP. Dientengevolge werden er opnieuw overgangsbesluiten getroffen via de hogervermelde K.B.'s.

Wij maakten een reeks voorstellen tot wijziging over aan het kabinet AELVOET, inmiddels TAVERNIER, die we ook gingen bespreken met de kabinetsmedewerkers Prof. Dr. Walter BUYLAERT en Dr. Koen VAN DE WOUDE. Op 22.11.2002 ontvingen we van het kabinet een ontwerp van ministerieel besluit "tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van de arts met de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisarts voor de permanentie acute geneeskunde en van de geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde". Het VBS-bestuur wees dit voorstel categoriek af en deed een tegenvoorstel. Er dient ook rekening te worden gehouden met de artsen 001 en 002 die het brevet acute geneeskunde haalden. Normaliter zouden zij immers vanaf 01.01.2003 elke mogelijkheid verliezen om binnen de ZIV nog prestaties aan te rekenen. Ze zouden alleen nog geneesmiddelen mogen voorschrijven.

Via de nomenclatuur heeft de Medico-Mut een wijziging voorzien die een overgangstermijn creëert, waarbinnen een definitieve oplossing moet worden gevonden voor die artsen die noch huisarts, noch specialist zijn, en dit ook niet willen worden. Een soort van "instellingsarts" zoals Nederland kent. Een definitieve oplossing is nog niet voor morgen.

Ondertussen blijven de spoedartsen op hun honger zitten voor een betere honorering. In een brief van 17.01.2003 aan minister VANDENBROUCKE heeft BeCEP-voorzitter Dr. Jan STROOBANTS de bezwaren van zijn vereniging geuit in verband met het Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 19.12.2002 en om toelichting gevraagd over het uitblijven van bijkomende middelen of een herschikking van de financiering.

¹⁴¹ V.B.S.-jaarsverslag 2001. VIII. Urgentiegeneskunde. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

¹⁴² Beslissingen van de Raad van State nr. 96.289 van 11 juni 2001 en 96.285 van 8 juni 2001 ter vernietiging van respectievelijk het K.B. van 26 maart 1999 tot wijziging van het besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden en van het K.B. van 26 maart 1999 tot wijziging van het basisbesluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

VIII. IN VOGELVLUCHT

VIII.1. Radiologie

VIII.1.1. *Regeling Derde Betaler (D.B.R.) en medische beeldvorming*

De besparingen zonder einde in de medische beeldvorming sinds het afsluiten van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 18.12.2000, heeft het percentage gedeconventioneerde radiologen doen oplopen van 10,64 % begin 2001 naar 51,67 % begin 2002.

Zeven maand later de mutualiteiten betijen maar half september vindt het intermutualistisch college het blijkbaar welletjes geweest en stuurt aan de niet-gebonden radiologen een brief die stelt dat, om de regeling derde betaler (R.D.B.) te gebruiken, zij zich moeten houden aan de ZIV-tarieven en hiervoor een verbintenis moeten ondertekenen. Kort daarop krijgen ook klinisch biologen, cardiologen, fysiotherapeuten een analoge brief, waarin gedreigd wordt met de intrekking van de R.D.B.. De oorzaak van de mutualiteitsreactie is te vinden in het feit dat vele van deze collega's het vroeger tarief blijven aanrekenen, met als gevolg dat het bedrag van de vermindering van de terugbetaling nu als een supplement wordt aangerekend.

Op 03.10.2002 schrijft het VBS samen met de BVAS een open brief aan Mevrouw N. BADIE, Secretaris van de Commissie R.D.B. van het Nationaal Intermutualistisch College om haar te wijzen op een reeks ernstige fouten in haar dreigbrief, verwijzend naar de in voege zijnde regelgeving (¹⁴³).

Ondertussen werd op 19.12.2002 een nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen afgesloten met opnieuw een clause over de regeling derde betaler. Punt 4.2. zegt : *“De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden, voor zover ze het Nationaal intermutualistisch college kennis ervan geven dat ze de tarieven van het akkoord voor de door de derdebetalersregeling gedekte verstrekkingen zullen naleven onder dezelfde voorwaarden als de verbonden geneesheren”*.

Een dergelijke bepaling staat sinds 1993 in het akkoord. Er werd ons melding gemaakt van één groep verstrekkers die het met een lokale mutualiteit aan de stok had eind december 2002.

Tot 06 maart 2003, datum dat het akkoord ten vroegste wettelijk in voege kan gaan, kunnen de mutualiteiten niets doen. Op dit ogenblik zijn er, conform punt 10.1 (¹⁴⁴) van het akkoord van 19.12.2002 geen tarieven volgens het akkoord in voege.

¹⁴³ K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. B.S. 28.10.1986. Artikel 4 bis.

¹⁴⁴ Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 19.12.2002. Punt 10.1. “De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen neemt met genoegen akte van de beslissing van de representatieve organisaties van de geneesheren om de betrokken geneesheren aan te bevelen de in het akkoord bedongen honoraria vanaf 1 januari 2003 in acht te nemen, nog vóór het akkoord in werking is getreden”.

Er is alleen een aanbeveling om toch al de tarieven te respecteren vanaf 01.01.2003. De enige goede remedie om die plagerijen door de mutualiteiten tegen te gaan is de R.D.B. zo weinig mogelijk te gebruiken. Het terug manueel verwerken van klassieke getuigschriften voor verstrekte hulp i.p.v. de gecentraliseerde verwerking van de magneetbandfacturatie, levert de V.I.'s zoveel extra werk en dus personeel en kosten op, dat we dit als efficiënt wapen kunnen inzetten.

We hebben hierover een uitvoerige technische toelichting gepubliceerd in januari 2003 (¹⁴⁵).

VIII.1.2. De guidelines medische beeldvorming

In de Task Force Perl hadden de radiologen voorgesteld om, als pasmunt voor verdere forfaitarisering van hun nomenclatuur die momenteel voor +/- 31 % via forfaitaire honoraria wordt betaald, guidelines uit te werken voor hun discipline. NUR- en BVAS-vertegenwoordigers, samen met de Koninklijke Belgische Vereniging van radiologie hebben in het Consilium Radiologicum enorm veel tijd en energie gestopt in het opstellen van deze guidelines.

De voorstellen werden op 07.01.2003 voorgesteld aan de algemene werkgroep van de Technisch Geneeskundige Raad. Er kwam heel wat kritiek los van de verschillende specialistische disciplines, ondermeer van de pneumologen. Ook de houding van de Dienst voor geneeskundige controle en evaluatie was verrassend. De co-responsabiliteit van de voorschrijver en de radioloog staat blijkbaar nog maar in de kinderschoenen. De Dienst zal zich misschien moeten aanpassen aan zijn nieuwe opdracht (¹⁴⁶), met name het evalueren, en dus afstappen van de al te gemakkelijke vorm van controle die er zich toe beperkte te verifiëren of het voorschrift wel de naam, voornaam, "kunne", datum etcetera bevatte, en, bij het ontbreken van één van de vele administratieve gegevens, om nadien de bedragen terug te vorderen bij de radiologen.

Het V.B.S. is het orgaan bij uitstek om de betrokken beroepsverenigingen samen te brengen om met de radiologen de ontwerpen van guidelines te toetsen aan de medische evidentie én aan de praktische mogelijkheden op het terrein. Want niet elke arts kan in elke uithoek van het land de ideale beslissingsboom in het gebruik van beeldvormende apparatuur volgen, om de eenvoudige reden dat de ideale apparatuur niet overal ter beschikking is.

VIII.2. Oftalmologie

VIII.2.1. De nieuwe nomenclatuur wordt geblokkeerd

Het is bijzonder frustrerend dat, omwille van louter budgettaire redenen, de realisatie wordt tegengehouden van een deskundig uitgewerkte nieuwe nomenclatuur oftalmologie. Dr. Christa VAN DEN NESTE coördineerde de werkzaamheden van de verschillende subspecialiteiten, zowel universitaire als niet-universitaire, betrok er alle LOK-groep voorzitters bij, de beroepsvereniging en het oftalmologisch syndicaat

¹⁴⁵ "Derde Betalersregeling (DRB) : de maat is vol !". De Geneesheer-Specialist. Speciaal nr. januari 2003.

¹⁴⁶ Federale Overheidsdienst Kanselarij van de Eerste Minister. Programmawet (II) (1) van 24.12.2002, artikels 13 tot 49 (B.S. 31.12.2002).

SOOS, en bezorgde o.m. TGR-voorzitter, Dr. J. DE TOEUF en mijzelf op 29.03.2002 een voorstel, inclusief het budgettaire impact.

Zelfs de kataraktoperatie met phako-emulsificatie, die een belangrijke besparing kan meebrengen omdat ze zeer dikwijls ambulante kan worden uitgevoerd of de ligduur duidelijk verkort, en bovendien onder lokale anesthesie i.p.v. onder meer risicohoudende algemene anesthesie, geraakt niet door de budgettaire zift. De mutualiteiten en het ASGB, via zijn vroegere bestuursleden die nu adviseur zijn op het kabinet VANDENBROUCKE, verzetten zich actief tegen de verdere opwaardering van de oftalmologie via de geplande fasen twee en drie van de modernisering van de nomenclatuur oftalmologie.

Tijdens de vergadering van het RIZIV-Verzekeringscomité van 27.01.2003 gaf adjunct-kabinetschef, Dr. Ri DERIDDER, nog een budgettaire sneer naar het phako-dossier, waarvan ik ondermeer het sociaal belang had onderstreept.

De mutualiteiten weigeren te "investeren" in de oftalmologie, omdat ze aantonen dat de investering in 1999 het aantal geconventioneerde oftalmologen nauwelijks heeft doen toenemen (¹⁴⁷). Hen interesseert vooral het feit dat hun leden aan terugbetalingstarieven zullen worden behandeld. En dus weigeren ze de nieuwe nomenclatuur op zijn kwalitatieve en sociale aspecten te evalueren.

VIII.2.2. *Oftalmologen versus opticiens*

Na een ruim 11 jaar durend juridisch gevecht tegen de internationale optieketen Vision Express, en na een antwoord van het Europees Hof van Justitie op 01.02.2001 op een prejudiciële vraag dd. 27.03.1996 door de Belgische Beroepsvereniging van Oogheelkundigen, werd Vision Express begin november 2002 door de 55^{ste} Kamer van de correctionele rechtbank van Brussel veroordeeld wegens het illegaal uitoefenen van de geneeskunde. Het was een principiële veroordeling. De schadevergoeding van 2 eurocent was louter symbolisch.

Op 09.09.2002 beslechtten minister VANDENBROUCKE samen met minister AELVOET een ander dispuut dat al sinds de vergadering van het Verzekeringscomité van 25.06.2001 liep in verband met de criteria betreffende de bevoegdheid en de uitoefening van het beroep van opticien (¹⁴⁸).

De term "optometrie" wordt niet opgenomen in de wetgeving. Minister VANDENBROUCKE stelt heel duidelijk dat het ministerie van Sociale Zaken niet voor de kar kan worden gespannen van sommige structuren in het Hoger Onderwijs, die om opportuniteitsredenen nieuwe richtingen creëren die uitmonden in niet door het RIZIV erkende beroepen. Een zeldzaam unisono-moment MOENS-VANDENBROUCKE. Nota afgevoerd van de agenda van het Verzekeringscomité. Doek.

¹⁴⁷ Het aantal oftalmologen dat weigerde toe te treden tot de akkoorden ligt gemiddeld rond de 50 %. Bij het akkoord van 13.12.1993 weigerde 52,46 % toe te treden; op 11.12.1995 : 49,94 %; op 03.11.1997 : 54,27 %; op 15.12.1998 : 55,10 %; op 18.12.2000 : 51,48 %; op 15.12.2001 : 56,54 %. Alleen de dermatologen en de plastisch chirurgen deconventioneren nog meer.

¹⁴⁸ Nota C.G.V. 2001/134 bis dd.14.06.2001. Ontwerp K.B. tot wijziging van het artikel 96 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

VIII.3. Oncologie en hematologie

De RIZIV-nomenclatuur voor het multidisciplinair oncologisch consult ging eindelijk in voege op 01.02.2003. (¹⁴⁹). Het gehakketak rond de beroepstitel daarentegen is nog niet ten einde.

Voor de voorgeschiedenis verwijs ik naar mijn vorige jaarverslagen (¹⁵⁰).

Behalve de “ware (internist-) oncologen” was bijna niemand akkoord met de ontwerpen van ministerieel besluit. Een incidentrijke vergadering van de Hoge Raad voor Geneesheren-specialisten en Huisartsen dd. 17.09.2002 verwierp het voorstel tot erkenning van de internist-oncoloog en pediater-oncoloog meerderheid tegen minderheid. Deze vergadering was voorafgegaan door een aangetekende brief dd. 15.04.2002 aan Dr. J.-P. DERCOQ, voorzitter, getekend door 18 leden van de Hoge Raad, die zich niet akkoord konden verklaren met de manipulatie van de Hoge Raad door de Ministers AELVOET en, alhoewel in deze materie niet rechtstreeks bevoegd maar minstens even zwaar doorwegend, VANDENBROUCKE. Ondanks de grote inspanningen van onze voorzitter kan geen consensus worden gevonden, en het ontwerp van Ministerieel besluit blijft hangende.

Net zoals het ontwerp besluit over de zorgprogramma's oncologie.

We volgen deze zaak op de voet.

De erkenning van de nieuwe beroepstitel van hematoloog ging vlotter. We hebben weliswaar flink moeten ingrijpen in de Hoge Raad, want in de originele tekst had de voorzitter van de Belgian Haematological Society, K.U.Leuven professor hematologie Marc BOOGAERTS, “zonder het zo te bedoelen” het ganse laboratorium hematologie ingepalmd en onder de leiding van de internist hematoloog geplaatst.

In zijn zeer drastisch herwerkte versie, met onder meer de specificering dat het om “klinische” (en dus geen laboratorium-) hematologie gaat, was het ook voor klinisch biologen aanvaardbaar en kon het worden goedgekeurd.

De bijzondere beroepstitel “...en in de klinische hematologie” werd gepubliceerd in het Staatsblad van 23.10.2002 (¹⁵¹). Het ministerieel besluit met de criteria verscheen op 27.11.2002 (¹⁵²).

De hematologen hadden ondertussen al wel een uitgebreide verlanglijst bezorgd aan de Technisch Geneeskundige Raad met prestaties waarvoor zij zich bevoegd achten, ondermeer wat betreft de transfusies. Na onderzoek in de werkgroep interne geneeskunde, waar een aantal zaken werden geschrappt zoals bv. de

¹⁴⁹ K.B. van 25.11.2002 tot wijziging van het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 13.12.2002).

¹⁵⁰ O.m. VBS-jaarverslag 2001. VII. Oncologie en oncologische zorgprogramma's. Dr. M. Moens. 02.02.2002.

¹⁵¹ Koninklijk besluit van 30.02.2002 tot wijziging van het K.B. van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (B.S. 23.10.2002).

¹⁵² Ministerieel besluit van 18.10.2002 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie alsmede van stagemeesters en stagediensten in de klinische hematologie.

wisseltransfusie bij pasgeborenen uitgevoerd door hematologen (!), werd de afgeslankte lijst goedgekeurd door de plenaire Technisch Geneeskundige Raad op 28.01.2002 en vervolgt hij zijn weg door de volgende RIZIV-echelons.

VIII.4. De gynecologische eenmaking

Het huidige bestuursteam van de Beroepsvereniging van Belgische Verloskundigen en Gynecologen (BBVG/APOGB) is erin geslaagd om in één jaar tijd haar eenmaking te realiseren met de Nederlandstalige en Franstalige wetenschappelijke verenigingen. Door deze belangrijke ingreep steeg het ledenaantal van de Beroepsvereniging van 404 leden in 2001 naar 767 in 2002, m.a.w. een bijna verdubbeling.

Een nieuw bestuur op voordracht van enerzijds de “Beroepsbelangencommissie” van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) en de “Cellule de défense professionnelle” van de Franstalige Groupement de Gynecologues Obstetriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) anderzijds, zal weldra ter bevestiging in zijn functie voorgesteld aan de Algemene vergadering van de Beroepsvereniging. We feliciteren de architecten van deze geslaagde constructie, die bovendien zonder aflaten en met volle aandacht de belangen van hun discipline hebben behartigd.

IX. BESLUIT

2002 was een jachtig jaar. Een legertje kabinettards zorgt er voor dat hun generaal Frank VANDENBROUCKE voor de buitenwacht haast dagelijks een goed nieuws show kan brengen. De “inner circle” weet beter. De verbetering van de minister van Sociale Zaken pleziert evenmin de minister van Volksgezondheid.

De effecten van het hooghartige handelen van VANDENBROUCKE zijn merkbaar. Als geen ander is hij er in geslaagd groepen tegen elkaar uit te spelen. Is de lage deelname aan de artsenverkiezingen van juni 2002 toe te schrijven aan apathie of kiemde toen al het zaad van ongenoegen dat VANDENBROUCKE door zijn autoritair handelen kwistig had rondgestrooid ?

Het medisch landschap zou na de federale verkiezingen van 18 mei 2003 sterk kunnen veranderen. Niets nieuws onder de zon met huisartsen die apart hun weg willen gaan. Huisartsen die rechtstreeks met politici willen onderhandelen daarentegen is een politiek explosieve evolutie, vooral omdat de Vlaamse defederaliseringsreflex die hier onlosmakelijk aan gekoppeld is, in de ogen van Franstalig België geïnitieerd en onderhouden wordt door federaal minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE.

Premier VERHOFSTADT heeft op 31.01.2003 een nationale delegatie van “eerstelings gezondheidswerkers” ontvangen en Dr. Yolande AVONDROODT, VLD, en voorzitter van de Commissie Volksgezondheid, heeft er de huisartsen aangespoord om een eenheidsfront te vormen.

Wordt het einde van de gemengde syndicaten hierbij ingeluid ? “Le splitsing” huisarts-specialist, die “le splitsing” Noord-Zuid voorafgaat ?

Als de premier de intentie heeft de representativiteitsregels voor de artsensyndicaten te herzien, geheel – zowel qua taalrol als qua huisartsen resp. specialisten apart – of gedeeltelijk – alleen huisartsen en specialisten apart – dan is het V.B.S. de facto een speler van formaat, die een nieuwe weg zal moeten vinden om een onontwijkbare partner te worden in de gezondheidspolitiek.

Continu overleg en ruggespraak met alle beroepsverenigingen is hierbij de hoeksteen, wel wetende dat de huidige voluntaristische werking van de beroepsverenigingen soms een belemmering vormt om echt efficiënt aan de weg te timmeren. Wij kijken nieuwsgierig en met vertrouwen naar de toekomst.

Met dank voor uw aandacht.

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal
08.02.2003