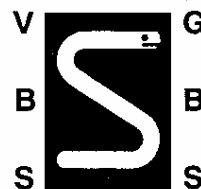


BELGISCHE VERENIGING VAN ARTSENSYNDICATEN  
ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX  
v.z.w. BVAS – ABSyM a.s.b.l.

Boondaalsesteenweg 6 bus 4  
Chaussée de Boondael 6 bte 4  
BRUXELLES 1050 BRUSSEL  
Tel.: (32-2) 644.12.88  
Fax: (32-2) 644.15.27  
E-mail : absym.bvas@euronet.be



Av. de la Couronne, 20 - 1050 Bruxelles  
Kroonlaan, 20 - 1050 Brussel

Brussel, 7 april 2005

O.ref:MM/050407

Aan de Heer R. DEMOTTE  
Minister van Sociale Zaken en  
Volksgezondheid  
Kunstlaan 7

1210 Brussel

Kopie: De Heer G. Verhofstadt, Eerste minister

Mijnheer de Minister,

Met bijzondere aandacht namen we kennis van de recentste ontwikkelingen in het kader van de tekst van het wetsontwerp 1627 evenals van het interessant verslag van de Parlementaire Commissie. We hopen U van dienst te zijn met enkele bedenkingen:

1. Wat betreft **artikel 7**: de aanpassing van dit artikel geeft een belangrijke verbetering wat de rechtszekerheid betreft. Toch blijft er een niet te verwaarlozen probleem met het begrip "aanbevelingen". Deze laatste hebben bij ons weten geen normatieve waarde, temeer daar ze meestal verschillende benaderings- en handelingsmodaliteiten t.o.v. verschillende pathologievariëaties, niet-noodzakelijk in een zwart-wit differentiële of alternatieve context plaatsen. Een type van éénduidige "aanbeveling" die een welbepaald gedragspatroon "oplegt" of "uitsluit" bestaat niet en is ook niet denkbaar.

Het is dan ook onmogelijk het "naleven" van aanbevelingen in een normatieve context te evalueren. Zo zal bvb. de innoverende arts die bepaalde post-experimentele technieken toepast zoals beschreven in de nieuwe Afdeling VII van Hoofdstuk I, Titel III van de GVU-wet (Bijzonder Solidariteitsfonds) meteen in aanmerking komen om zijn accreditering te verliezen. Misschien broedt vandaag ergens in België een niet-accrediteerbaar arts aan de meest nobele aanwinst van de Geneeskunde van morgen.

Indien het de bedoeling het naleven van een welbepaald gedragspatroon op te leggen in het kader van een welbepaald ziektebeeld, wat de diagnose en medische of medicamenteuze behandeling betreft, dan lijkt het ons aangewezen uitsluitend de term "regels" of "goede praktijkregels" te gebruiken. "Aanbevelingen" hebben een louter wetenschappelijk profiel en zijn ook niet normatief opgesteld.

De term "aanbevelingen" gaat, wegens het gebrek aan éénduidigheid, in dit verband meer verwarring zaaien dan nodig en ongetwijfeld aanleiding geven tot arbitraire en dus betwistbare evaluatie van het praktijkgedrag.

Tenslotte zal het voor de NRKP bijzonder moeilijk zijn om "aanbevelingen" in een normatieve betekenis vast te stellen omdat over dezelfde pathologische context verscheidene alternatieve, zelfs tegenstrijdige aanbevelingen mogelijk zijn.

Daarom zijn wij zo vrij voor te stellen om op deze plaats het woord "aanbevelingen" te schrappen. Een "aanbevolen praktijkgedrag" impliceert immers niet automatisch dat elk ander praktijkgedrag per definitie slecht of minder goed is.

Juridisch gezien lijkt het ons niet aangewezen om twee soorten tegenstelbare gedragsnormen te voorzien. De Raad van State heeft reeds verscheidene malen arresten gevelde die de noodzaak van de éénduidigheid in de regelgeving benadrukken. Twee soorten normen waarvan de ene ("regels") wel en de andere minder of niet éénduidig zijn, is dus een concept dat juridisch uitgesloten is.

Verder ziet men niet in waarom regels moeten beperkt worden tot het voorschrijven van "specialistische verstrekkingen". Het is toch de bedoeling "alle vormen van oneigenlijk gebruik en misbruik te bestrijden" (art 58,§2,1°). Het lijkt ons nogal evident dat de actieradius van de maatregel groter wordt als het woord "specialistische" geschrapt wordt.

2. In verband met **artikel 11** legde u verklaringen af in verband met de extramurale CT.

Het succesrijke TV- programma op de Vlaamse zender "Eén", "Dieren in nesten", toont wekelijks een "reality" –reeks over een dierenartsenpraktijk. Regelmatig neemt de dierenarts een CT van een of ander letsel bij een klein huisdier. Kan U de TV- kijkers uitleggen waarom in de ambulante diergeneeskunde performantere middelen worden ingezet dan bij mensen? CT is vandaag ook niet duurder dan een gewone radiologie-installatie en dan sommige echografietoestellen. Het is onredelijk de CT opnieuw in een programmatie op te nemen.

3. Eveneens in verband met **artikel 11**, stelt u, in antwoord op een opmerking van Mevr. Y. Avontroodt, dat voor erkenningen en het installeren van toestellen de beheerders "niet alléén beslissen" en dus (maar) medeverantwoordelijk zijn.

Wij kunnen het niet eens zijn met die uitspraak. Nulla pena sine lege. Om een inbreuk op de wet te plegen moet er een dader zijn. Door uw 10% op de honoraria (als enige directe sanctie) zegt U impliciet, en in het Commissiedebat ook expliciet, dat uitsluitend de verstreckende artsen verantwoordelijk zijn. Voormelde bepaling en uw uitspraak insinueren ten onrechte dat ze ook strafbaar zouden zijn op grond van art. 116.

Dit is juridisch en moreel voor de artsen onaanvaardbaar. Deze ontwerp tekst kan slechts juridisch gezien correct zijn indien de 10% heffing uitdrukkelijk wordt bepaald als zijnde van toepassing op de inkomsten die het ziekenhuis verwerft uit de honoraria. Dit kan oplopen tot rond de 80% wat PET en NMR betreft.

Pro memorie vermelden wij een aantal zéér duidelijke bepalingen van de ziekenhuiswet in dit verband:

- artikel 11

\* §1: de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder

\* §2 De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV. (d.i. de adviesprocedure van de Medische Raad.

- artikel 13: benoeming of aanwijzing door de beheerder van een hoofdgeneesheer, die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement.

In het uitvoeringsbesluit van 15.12.1987 betreffende de artikels 13 t.e.m.17 van de ziekenhuiswet zegt het artikel 5 "De hoofdgeneesheer neemt de nodige initiatieven om: 1° de toepassing van de wettelijke en reglementaire voorschriften te waarborgen, althans voor zover deze de medische activiteiten betreffen..."

- artikel 86:"De beheerder van het ziekenhuis moet aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft....mededeling doen..."

- artikel 116: Onverminderd de toepassing van de in het stafwetboek gestelde straffen, wordt gestraft met een gevangenisstraf van 8 dagen tot drie maanden en met een geldboete....

\* 6° hij die, met overtreding van art. 26, een ziekenhuis of een dienst bouwt, verbouwt of omschakelt, die niet past in het raam van het in artikel 23 bedoeld programma

\* 11° hij die, met overtreding van art. 44 (medische diensten en medisch-technische diensten) opricht of exploiteert, zonder erkenning of zonder aan de gestelde eisen te voldoen.

- artikel 125:

\* "10° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de bepaling van de prioriteiten binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;" (NB met gewoon advies vanwege de medische raad; de principiële beslissing wordt uitsluitend door de beheerder genomen)

\* "11° de aanschaffing, de vernieuwing alsmede grote herstellingen van de medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd"\_(NB met verzwaaard advies, maar, stelt art 127 §1, alleen op adviesaanvraag door de beheerder; alleen hij is de initiatiefnemer).

- artikel 130 (de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren) §1, 2e lid stelt: "Onverminderd de toepassing van de artikelen 13 tot 17 mag het algemeen reglement geen bepalingen bevatten die de professionele autonomie van de individuele ziekenhuisgeneesheer op het vlak van het stellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling in het gedrang brengt."

Wanneer de "algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit" van de ziekenhuisbeheerder ter discussie wordt gesteld wordt er graag een flou artistique gecreëerd. Uw verklaring in de Kamercommissie is duidelijk fout. De beheerder is niet de "medeverantwoordelijke" maar dé verantwoordelijke.

Uw wetsvoorstel wil uitsluitend de verstreker-arts, en niet de verantwoordelijke, straffen. De echte verantwoordelijke, die U verkeerdelijk " mede-verantwoordelijke" noemt, blijft helemaal buiten schot.

In de ziekenhuiswet is de professionele autonomie van de arts m.b.t. het verstrekken van zorgen (art 130§1) ondergeschikt aan de opgelegde organisatiestructuur, met aan de top de hoofdgeneesheer, aangestelde van de beheerder, die verondersteld wordt de conformiteit met de wet te waarborgen.

De artsen kunnen nooit een erkenning aanvragen, noch bekomen; alleen de beheerder kan dat, tenzij U de wet terzake zou wijzigen. De artsen kunnen alleen zorgen verstrekken in het structureel kader waarvan de beheerder van het ziekenhuis verondersteld wordt de wettelijkheid te waarborgen zoals ondermeer de erkenning van het ziekenhuis en de diensten.

De wet op de patiëntenrechten legt de arts de verplichting op de zorgen te verstrekken die medisch-kwalitatief in het belang van de patiënt nuttig en/of noodzakelijk zijn. De G.V.U.-wet voegt daaraan een principe toe: en die volgens Evidence Based Medicine verantwoord zijn.

Op dat vlak kan de arts, als hij een overtreding van de reglementering begaat (art. 73§1) vervolgd worden in het kader van de G.V.U. -wet. Hij kan nochtans niet vervolgd worden voor onregelmatigheden van welke aard ook die gepleegd worden uit hoofde van beheersbeslissingen van de zorgverlener "ziekenhuis".

Daarom dient §2, eerste lid van het nieuwe art. 64 van de G.V.U.- wet, als volgt te worden gewijzigd:

*"...gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt een door de Koning te bepalen percentage dat niet hoger mag zijn dan 10%, van de krachtens deze wet verschuldigde door de Koning aangeduide honoraria en forfaits voor verstrekkingen die gedurende het semester waarin deze opstelling of uitbating wordt vastgesteld zijn verricht in dat ziekenhuis, in mindering gebracht van de afhoudingen verricht door het ziekenhuis op voormelde honoraria, en teruggestort aan het RIZIV."*

In dezelfde § 2 dient het tweede lid als volgt te worden aangepast:

*"De in het eerste lid bedoelde vermindering van de afhoudingen op de verschuldigde honoraria..."*

4. In verband met (het nieuwe) **artikel 17**: de poging tot begripsomschrijving van implanteerbaar medisch hulpmiddel en de grotere duidelijkheid inzake prijsbepaling t.o.v. patiënt, vormt ongetwijfeld een belangrijke stap in de goede richting.

Een probleem dat zal moeten opgelost worden is dat nieuwe technische hulpmiddelen doorgaans ook gepaard gaan met aangepaste medische technieken die niet noodzakelijk woordelijk overeenstemmen met een strikt letterlijke lezing van de omschrijving ervan in de nomenclatuur. Dit heeft doorgaans meer te maken met de evolutie van de medische wetenschap en haar semantiek – er is een groeiende kloof tussen het oude en het actuele technisch denk-en handelingspatroon, inbegrepen het bijhorend jargon - dan met het principe zelf van de verzekeringstussenkomst. Hiervoor zal men dan naar een soepele oplossing moeten zoeken die rekening houdt met de praktijk "lege artis".

Het laatste lid van § 2 voorziet dat de Koning de nadere regelen en de procedure voor de toepassing van dit artikel bepaalt. Aangezien er reeds een uitvoerig aanbod van medische hulpmiddelen en implantaten aanwezig is in het kader van ziekteverzekering, is het ongetwijfeld aangewezen te voorzien dat de Koning deze nadere regelen "kan" bepalen.

5. De § 4 van **artikel 58** (volmachten):blijft incoherent. Immers, § 1 bepaalt het algemeen kader als zijnde de globale begrotingsdoelstelling van de verplichte ziekteverzekering (G.V.U.- wet).

De § 2 heeft het uitsluitend over dezelfde context (G.V.U.- wet), nl. het treffen van besluiten in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

Men ziet bijgevolg niet in waarom in § 4 voorzien wordt dat de volmachtbesluiten de wettelijke bepalingen "met betrekking tot de verzorgingsinstellingen" kunnen "opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen".

Op het vlak van de ziekenhuiswet zou hier dus een "blanco mandaat" gegeven worden, vermits de materies die bedoeld worden uitsluitend kaderen in de G.V.U.- wet.

Wij stellen dus als amendement voor in § 4 de woorden "en met betrekking tot de verzorgingsinstellingen" schrappen.

6. In verband met **artikel 59** (Comité voor de permanente doorlichting van de nomenclatuur dient vooral de vraag gesteld naar de noodzaak van dergelijk bijkomende structuur.

De bestaande Technisch geneeskundige raad (TGR) van het RIZIV, met zijn specifieke werkgroepen (interne geneeskunde, chirurgie, huisartsgeneeskunde, medische beeldvorming en laboratoriumgeneeskunde) en zijn algemene werkgroep (waar gemeenschappelijke punten worden besproken) zijn het orgaan bij uitstek waar de medische ontwikkelingen gepaard met deskundige technology assessment gebeuren. De vertegenwoordiging in de TGR van zowel de representatieve beroepsorganisaties die de concrete invulling van grote meerderheid van de medische activiteiten realiseren, de universiteiten met hun wetenschappelijke inbreng en superspecialisatie in welbepaalde domeinen, als de verzekeringsinstellingen met hun specifieke deskundigheid en gezondheids- economische invalshoek verzekert dat de TGR objectief en adequaat inspeelt op de zich snel ontwikkelende mogelijkheden in de medische technologie en uitzuivert wat wel en wat niet dient opgenomen te worden voor een eventuele terugbetaling door onze sociale zekerheid.

Een aantal taken die in het huidige artikel 19 van de G.V.U.- wet worden opgesomd, met name de medische technologische evaluatie en de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, worden continu behartigd door de TGR. Het soms langer dan gewenst uitblijven van resultaten heeft vooral te maken met de beperkte bezetting van het kader van ambtenaren dat deskundig is in deze complexe materie en is geenszins het gevolg van gebrek aan interesse of onwil. Integendeel, vele deskundige praktijkvoerende artsen zetten zich belangeloos en zeer dikwijls ten koste van hun eigen praktijk in om ononderbroken de nomenclatuur bij te schaven, ook wat de "herijking" betreft.

De creatie van het nieuwe Comité voor permanente doorlichting van de nomenclatuur lijkt ons dus contraproductief. Het lijkt ons nuttiger en noodzakelijk de bestaande TGR beter te ondersteunen.

In deze context is het ons inziens ook aangewezen te wijzen op de Programmawet van 24.12.2002 (Belgisch Staatsblad 31.12.2002 ) die met zijn artikel 259 en volgende het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg oprichtte. Artikel 264 stelt dat het Kenniscentrum studies en rapporten maakt voor ondermeer het RIZIV, met inbegrip van zijn advies-, overleg- en beleidsorganen, binnen het raam van de in een jaarprogramma gestelde opdrachten. Bij die opdrachten wordt in het 7° expliciet "de ondersteuning en de doorlichting van de nomenclatuur" vermeld.

Wij dringen aan dat de wijziging van het artikel 19 van de G.V.U.- wet, die trouwens vanuit de oppositie werd geïnspireerd, niet wordt weerhouden maar dat integendeel de werking van de bestaande Technisch geneeskundige raad wordt ondersteund en versterkt.

Met de meeste hoogachting,

Dr. Marc MOENS,  
Voorzitter BVAS  
Secretaris-generaal VBS