

V.B.S. JAARVERSLAG 2000  
Dr. Marc MOENS  
Secretaris-generaal  
03.02.2001

**DE MIRAKELOPLOSSING VOOR  
MAGDA EN FRANK :**

**A JOINT A DAY KEEPS  
THE DOCTOR AWAY !**

Kritische medico-sociale en politieke beschouwingen  
omtrent de situatie van de specialistische geneeskunde  
in België

## INHOUDSTAFEL

I.	Politiek en ethiek.....	1
1.	De verkiezingen van 08.10.2000 : belofte maakt schuld.....	1
2.	Het medisch beroepsgeheim : een burgerrecht.....	2
3.	Politiek : van embryokweek... ..	3
4.	... over euthanasie .....	3
5.	... tot gelegaliseerd blowen .....	4
II.	Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 18.12.2000.....	5
1.	Budgettaire aspecten .....	5
2.	Politieke aspecten .....	7
3.	Het Globaal Medisch Dossier (G.M.D.).....	7
4.	De valse noot : het besparings-K.B. van 08.12.2000 (B.S. 16.01.2001) .....	8
5.	De accreditering.....	9
1.	De accrediteringsstructuren binnenkort geregeld bij K.B. ....	9
2.	Aantal geaccrediteerde artsen op 01 februari 2001 .....	9
III.	Numerus Clausus.....	10
1.	Protest : fictie versus realiteit.....	10
2.	Het ontwerp K.B. i.v.m. het kadaster van huisartsen en specialisten .....	12
3.	Aantal bij het RIZIV geregistreerde beroepsactieve artsen .....	12
IV.	De rechten van de patiënt en de medische aansprakelijkheid .....	13
1.	Het wetsvoorstel Magda DE MEYER (SP) .....	13
2.	Het wetsvoorstel Maggie DE BLOCK (VLD) .....	14
3.	Beroepsaansprakelijkheidsverzekering : fault, no fault ... or ?.....	14
4.	De vergoeding therapeutische ongevallen volgens Anne-Marie LIZIN (PS).....	15
5.	Het meningsverschil FAGNART-VAN SWEEVELT.....	15
6.	De conceptnota over de rechten van de patiënt van minister Magda AELVOET .....	16
1.	De "Definitieve versie 01 december 2000".....	16
2.	Brainstorming in het VBS-Bureau .....	17
3.	Hoorzitting in de Kamercommissie Volksgezondheid dd. 09.01.2001 .....	18
V.	Het gerechtelijk "contentieux" van het Verbond .....	19
1.	Artikel 50 bis van de gecoördineerde GUV-wet van 14.07.1994 (zgn. Wet Vermassens-Lenssens).....	19
2.	De oncologie en de beroepstitels .....	20
3.	De oncologie en de voorwaarden inzake geneesmiddelenvoorschrift.....	21
4.	De normen van de functies spoedgevallen en MUG.....	21
5.	Prejudiciële vragen betreffende o.m. het publiek karakter van de rechtspraak in het kader van het RIZIV .....	22
6.	Andere RIZIV-zaken.....	22
7.	Het arrest van 22 maart 2000 van het Hof van beroep van Antwerpen (plastische chirurgie en dermatologie) .....	23
8.	Bijzondere eisen van de patiënt : raadpleging op afspraak.....	23
9.	Reumatologie : connexe klinische biologie en radiologie.....	24

VI.	Oncologie : stand van zaken op het terrein .....	24
VII	Urgentiegeneeskunde .....	25
	1. Erkend tegen de zin van de bevoegde ministers .....	25
	2. De beleidsnota van de ministers M. AELVOET en F. VANDENBROUCKE dd. 20 juni 2000.....	25
	3. De problematiek van de opleiding .....	27
	4. Attestendag en de permanenties .....	28
	5. Erkenningscommissies urgentiegeneeskunde hersamengesteld.....	28
	6. Forfaitaire permanentiehonoraria gewijzigd : K.B. 04.12.2000 (B.S. 16.01.2001) .....	29
VIII.	Het ziekenhuislandschap .....	30
	1. Artikel 128 bis van de ziekenhuiswet: de mededeling van statistische en boekhoudkundige gegevens aan de Medische Raad .....	30
	2. De sociale akkoorden en het onderdeel B6 van het ziekenhuisbudget .....	31
	3. De afzetting .....	32
	4. Koninklijke, universitaire en basisziekenhuizen .....	33
IX.	De eerste lijn en de geneesheren-specialisten .....	34
	1. De ministeriële nota "Ondersteuning en structurering van de Eerste Lijn : de essentiële component in de gezondheidszorgorganisatie" .....	34
	2. De reacties van het VBS-bestuur .....	35
	3. ... en een handgreep uit de reacties van VBS-leden .....	36
	4. Ontwerp-K.B. "tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging".....	37
	5. De nota DETIENNE : "De concrete organisatie van de eerste lijn rond de patiënt"...	37
	6. Onderhoud met minister Thierry DETIENNE dd. 05.10.2000.....	38
	7. Laat U niet om de groen(t)e(n)tuin leiden : de patamédecine volgens Prof. VANHERWEGHEM.....	39
X.	Enkele beroepsverenigingen in vogelvlucht.....	40
	1. Anesthesie .....	40
	2. Cardiologie .....	40
	3. Dermatologie.....	40
	4. Gastro-enterologie.....	41
	5. Gynecologie en Radiologie.....	42
	6. Inwendige geneeskunde .....	42
	7. Fysische geneeskunde en readaptatie .....	42
	8. Pediatrie .....	43
	9. Psychiatrie.....	43
	10. Stomatologie .....	44
XI.	De SIS-kaart .....	44
XII.	Het geneesmiddelenbeleid en het medisch gebruik van cannabis.....	45
XIII.	BESLUIT .....	47

## **I. Politiek en ethiek.**

### **I.1. De verkiezingen van 08.10.2000 : belofte maakt schuld.**

In de aanloop naar de verkiezingen van 8 oktober 2000 voor de vernieuwing van de provincie- en de gemeenteraden, en na exact één jaar paars-groene regering, liet premier Verhofstadt in een interview met Artsenkrant (nr. 1279 – 07.07.2000) blijken dat hij vast gelooft in de vrije artsenuitvoering en vrijheid van therapie. Een hart onder de riem voor vele artsen die de betuttelende ondertoon in de teksten van minister van Volksgezondheid Magda AELVOET (Agalev) en de dirigistische trekjes in de aanpak van minister van Sociale Zaken, Frank VANDENBROUCKE (SP), moeilijk kunnen pruimen.

In Vlaanderen boekte zijn partij, de VLD, op 08.10.2000 de grootste vooruitgang, in Franstalig België scoorde de PS zeer hoog. De voorzitter van de Algemene Raad van het RIZIV, en PS-coryfee, Michel JADOT, bakte het op 08.01.2001 bij de RIZIV-nieuwjaarsreceptie voor zijn Vlaamse toehoorders wel erg bruin door in zijn zwartgallige nieuwjaarstoespraak letterlijk te zeggen : “Men dacht dat het nazisme tot het verleden behoorde, maar het volstaat naar Oostenrijk en de situatie in Antwerpen te verwijzen om te weten dat dit niet het geval is.”

Het was een moeilijke regeringsklus om de hoog gespannen verwachtingen ten gevolge van opgeblazen beloften van sommige leden van de regering te herleiden tot realistische proporties. Gelukkig is de economische groei, ondanks een oliecrisis en ondanks het spraakmakende debacle rond LERNOUT & HAUSPIE, de zevende en beste partner van deze regenboogcoalitie. De kameraadschappelijke sfeer tussen VLD, PRL, SP, PS, Agalev en Ecolo werd immers, vooral na het zomerreces 2000, reeds herhaaldelijk en pijnlijk vertroebeld.

Zoals hij in zijn boek “Op zoek naar een redelijke utopie. De actieve welvaartstaat in perspectief” (Uitgeverij Garant. 2000) omschrijft, wil minister Frank VANDENBROUCKE van een overspannen naar een ontspannen welvaartstaat.

Minister VANDE LANOTTE (SP) drukt het “Zilverfonds” door om een miljardenreserve op te bouwen voor de moeilijke pensioenjaren 2010-2030 en in de Vlaamse Gemeenschap zal minister van Welzijn en Gezondheid, Mieke VOGELS (Agalev), een Vlaamse zorgverzekering starten op 01.07.2001.

Minister van Ambtenarenzaken Luc VAN DEN BOSSCHE (SP) wil de administratie grondig omturnen met zijn Copernicus-plan : de secretarissen-generaals zullen “general managers” moeten worden. Alle plaatsen van de topambtenaren worden vacant verklaard. De bevolking verdient een klantgerichte, performante en beschikbare ambtenarij.

Ondertussen blijft de Multiple Sclerose-patiënt die geleidelijk aan achteruitgaat en niet met opstoten, zelf zijn beta-interferon betalen aan 36.500 BEF/maand en wordt de terugbetaling van de eerste generatie Alzheimer-geneesmiddelen uitgesteld wegens de hoge kostprijs die op 600 miljoen BEF/jaar wordt geraamd. Minister VANDENBROUCKE laat uitschijnen dat, indien de artsen rationeler en minder zouden voorschrijven, hij gemakkelijker innoverende moleculen zou kunnen terugbetalen. Waarmee hij nogal lichtzinnig de ethische verantwoordelijkheid doorschuift naar de artsen.

## **I.2. Het medisch beroepsgeheim : een burgerrecht.**

Zowel nationaal als internationaal wankelt het medisch geheim onder druk van politieke en gerechtelijke overheden. De publieke opinie blijkt het medisch beroepsgeheim zelfs als een voorrecht voor de artsen te beschouwen, terwijl het nochtans een essentieel burgerrecht is. Minister VANDENBROUCKE liet zich tijdens een debat in Leuven op 26.09.2000 ontvallen dat de privacy-wetgeving het wetenschappelijk werk blokkeert.

Gevaarlijke uitspraken als men vaststelt wat internationaal gebeurt. De IJslandse regering verkocht de gegevens van zijn 270.000 inwoners met betrekking tot hun genetisch patrimonium voor veel geld aan de Zwitserse farma-reus ROCHE. Het koninkrijk Tonga, een archipel in de Stille-Zuidzee, verkocht de genetische informatie over zijn 108.000 Polynesische inwoners aan het Australische bedrijf AUTOGEN, gespecialiseerd in genetische research.

Estland nam een wet aan zodat zijn 1,4 miljoen inwoners op vrijwillige basis kunnen deelnemen aan het opstellen van een "genen-bank".

"Het Volk" van 13.12.2000 meldt dat dergelijke gegevens ook in België worden gecollecteerd door een privé-laboratorium, via een speekselbank waarvoor reclame wordt gemaakt langs een website op Internet. De platte commercie rondom de collectie van stamcellen uit navelstrengbloed begin december 2000 was een ander alarmsignaal dat erop duidt dat de ethiek achter de snel evoluerende wetenschap aan hinkt. Op 29.08.2000 werd Adam NASH in Colorado (USA) geboren. Hij is de eerste "Designer baby" die werd verwekt om zijn zusje Molly, 6 jaar oud, te kunnen behandelen voor een fatale ziekte. Ook in België is dit mogelijk zoals de VUB meldde in "De Morgen" van 05.10.2000.

De jacht op genen is geopend. Op 14 maart 2000 gaven de Britse premier Tony BLAIR en de Amerikaanse president Bill CLINTON een gezamenlijk perscommuniqué uit : "De fundamentele gegevens betreffende het humaan genoom, met inbegrip van de sequentiëring van het ganse menselijke DNA-genoom en zijn variaties, zouden moeten toegankelijk zijn voor de wetenschappers van de gehele wereld." Zij zegden dus neen tegen de privatisering van het genetisch patrimonium.

Naast de wetenschappers nemen ook de verzekeraars actief deel aan deze jachtpartij. In Groot-Brittannië besliste de Overheid dat verzekeringsmaatschappijen DNA-testen mogen gebruiken.

De privacy van de medische gegevens vormt ook de hoeksteen in de discussies over Farmanet en over de gegevensverwerking door de mutualiteiten, door privé-ondernemingen zoals Care-web, door artsenorganisaties zoals het "Instituut Lemye" of de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen. Een mogelijke Big Brother in onze medische databanken blijft onaanvaardbaar. Niet tegen betaling door een privé-firma, noch omdat de Overheid gegevens opeist om de gezondheidszorg "economischer" te organiseren.

Als we op een deskundige manier gegevens willen verzamelen zullen we het zelf en samen moeten organiseren, onder absolute beveiliging en met objectieve garanties door een onafhankelijke Ethische Commissie.

### **I.3. Politiek : van embryokweek...**

Na het op de wereld brengen van ANDi, de eerste transgene primaat op onze planeet, door de Universiteit van Portland (Oregon, USA) begin oktober 2000, zette het Britse Lagerhuis net voor Kerstmis 2000 het licht op groen voor het cloneren van menselijke embryo's met de bedoeling er cellen uit af te zonderen die kunnen worden gebruikt bij de behandeling van tot nog toe ongeneeslijke ziekten zoals Alzheimer, Parkinson, diabetes,... . Het "House of Lords" bevestigde de stemming van deze wet op 23.01.2001. Ze ging in voege op 01.02.2001.

Op 16.01.2001 startte in Straatsburg de "Tijdelijke Commissie betreffende de humane genetica en andere nieuwe technologieën in de moderne geneeskunde" van het Europees Parlement haar werkzaamheden. De 36 Euro-volksvertegenwoordigers krijgen één jaar de tijd om "duidelijke regels op te stellen die een waarborg bieden voor de ethische principes in de biotechnologische domeinen zodat de wetenschap niet zou dicteren in welke richting de samenleving moet evolueren".

### **I.4. ... over euthanasie.**

In België wordt meer politieke tijd en energie gestopt in het euthanasiedebat dan in het debat over de bouwstenen van het leven, clonering en embryokweek. De behoefte tot het omschrijven van een maatschappelijke visie hieromtrent is allicht groter dan de noodzaak om een euthanasiewet te maken, gezien de razendsnelle wetenschappelijke ontwikkelingen. Het Comité voor bio-ethiek dat de wetgever hierover raad moet geven staat voor een bijzonder moeilijke opdracht.

De indieners van het euthanasie-wetsvoorstel hadden graag hun wet in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd gezien ter gelegenheid van de tiende verjaardag van de publicatie van de abortuswet dd 03.04.1990. Het is hen niet gelukt. Het debat werd verruimd, maar nog lang niet afgesloten. Een gelukkig neveneffect is dat er nu daadwerkelijke steun is tot stand gekomen voor de palliatieve zorg, inclusief de budgettaire voorzieningen.

Naar aanleiding van ons editoriaal "Geen euthanatische hardnekkigheid" in de Geneesheer-specialist nr. 6 (juni 2000) hadden Prof. J. GRUWEZ en ondergetekende op 27.09.2000 een bijzonder openhartig en hoffelijke discussie met VLD-senator Dr. Jan REMANS, reumatoloog en zijn echtgenote Dr. M. VAN EMELEN, anesthesiste, over euthanasie.

Beide partijen bleven bij hun eigen visie. Het VBS bezorgde alle parlementariërs zijn bedenkingen bij de amendementen die, na het zomerreces 2000, bij het origineel wetsvoorstel van de meerderheid van 20 december 1999 werden ingediend. (cf. De Geneesheer-specialist nr. 9, december 2000, p. 6-10)

Collega REMANS blijft het wetsvoorstel objectief beredeneerd steunen. Hij verdedigt consequent het zelfbeschikkingsrecht van het individu in zijn keuze voor een waardig levenseinde. Na twee dagen zitting van de euthanasiecommissie van de Senaat op 12 en 13.01.2001 in Hertoginnedal over het artikel 3, dat euthanasie ook toelaat voor niet-terminale patiënten, stemden 17 leden vóór en 10 leden tegen. Dr. Jan REMANS was de enige van de vier aanwezige artsen die artikel 3 goedkeurde. De dokters Georges DALLEMAGNE (PSC) en Alain DESTEXHE (PRL) stemden tegen, Dr. Paul GALAND (Ecolo) onthield zich (cf. La Lanterne 16.01.2001).

Het zelfbeschikkingsrecht dat voor de voorstanders van euthanasie op niet-terminale patiënten blijkbaar allesoverheersend is, werd door het Franse Hof Van Cassatie tot in het absurde toe doorgetrokken met zijn uitspraak dd. 17.11.2000 in de zaak Nicholas PERRUCHE. De jongeman, geboren in 1982 en zeer zwaar gehandicapt ten gevolge van het miskennen van een rubella-infectie bij zijn moeder in het eerste zwangerschapstrimester, kreeg, na een rechtszaak van 8 jaar ingespannen door de ouders namens hun zoon, een schadevergoeding van ± 700.000 BEF per maand omdat zijn "recht op niet geboren worden" werd geschonden (De Morgen; 18.11.2000). Vermits de rubella-infectie werd miskend, werd aan de moeder ook nooit voorgesteld over te gaan tot een abortus.

Advocaat LE PRADO van de veroordeelde arts noemt de uitspraak een gevaarlijk precedent. Bij elk kind dat met een handicap wordt geboren zullen de ouders zich volgens LE PRADO tegen de arts kunnen keren. En hij vreest dat de publieke opinie er van zal uitgaan dat een gehandicapt leven per definitie dient gecatalogeerd te worden als zijnde niet waard te worden geleefd.

Alhoewel Meester LEBOIS, advocaat van de familie, na de uitspraak stelde "...Il ne s'agit pas d'un arrêt qui ouvre la porte à l'eugénisme ; c'est au contraire un arrêt humaniste qui prend en compte la douleur d'une famille et d'un enfant » stellen velen zich de vraag of hier niet veeleer utilitaristische dan humanistische overwegingen de doorslag hebben gegeven.

Collega Luc MICHEL, chirurg en VBS-lid, schreef over de zaak PERRUCHE een schitterend opiniestuk in "Le Soir" van 29.11.2000 onder de titel : "Le syndrome de Petrucciani". De wereldberoemde jazz-pianist, Michel PETRUCCIANI (°28.12.1962 - +06.01.1999) leed aan osteogenesis imperfecta. Ondanks zijn dwerggroei was hij een reus in zijn muziekgenre. Een van zijn drie kinderen erfde de ziekte over. Alhoewel beide ouders er reeds tijdens de zwangerschap van op de hoogte waren, verklaarden zij : "Le nier, ça aurait été nous nier ; lui donner la vie, c'est un cadeau, le cadeau de la vie telle qu'elle est."

### **1.5. ... tot gelegaliseerd blowen**

De artsenverenigingen namen over de wetgevende initiatieven i.v.m. het legaliseren van cannabisgebruik (mis-)gebruik geen standpunt in. Individuele artsen hebben dit wel gedaan, soms met flamboyante oproepen tot en met het kort en klein slaan van het Belgisch Parlement (Dr Luc BEAUCOURT, CVP dd. 25.01.2001).

Vermits sommigen cannabis ook als geneesmiddel willen gebruiken, komen we hier in het desbetreffend hoofdstuk op terug (cfr. punt XI).

Het "nu of nooit" gevoel bij de behandeling van ethisch gevoelige punten voert de regenboogcoalitie, bevrijd van oubollige kerkelijke schroom, blijkbaar nogal lichtvaardig naar hogere regionen.

De grote voortrekkers van de legalisering Dr. Patrik VAN KRUNKELSVEN en Vincent VAN QUICKENBORNE (die het cannabisgebruik in de senaat propageerde) dreigen straks hun eigen partij VU-ID de lucht in te blowen.

## II. Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 18.12.2000.

### II.1. Budgettaire aspecten.

Op vraag van minister VANDENBROUCKE legde de artsenbank van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen op 6 juni 2000 zijn prioritaire behoeften vast voor de jaren 2001 tot 2003. De grootste aandacht ging naar een betere honorering van de intellectuele acten : beide artsensyndicaten vroegen gezamenlijk een verhoging van 10 % voor deze honoraria per jaar en dit zowel in 2001, 2002 als 2003, samen goed voor drie maal 5.250 miljoen BEF of 15,75 miljard.

Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen 06/06/2000

Voorstel geneesheren : gecumuleerde bedragen

	2001	2002	2003
I. Lopende dossiers (goedgekeurd door TGR en NCGZ)			
1. Radiotherapie	440,0	440,0	440,0
2. Heelkunde	8,3	8,3	8,3
3. Anesthesiologie	321,6	321,6	321,6
4. Cardiologie	-139,8	- 139,8	- 139,8
Subtotaal	630,1	630,1	630,1
II. Uitvoering akkoord			
Gynecologie, pediatrie, oftalmologie, psychiatrisch toezicht, Geriatric	650,1	1.300,2	1.300,2
III. NMR + PET SCAN	600,0	600,0	600,0
IV. Nieuw			
1. Plastische heelkunde	32,0	32,0	32,0
2. Kanker heelkunde	15,0	15,0	15,0
3. Fysiotherapie	65,0	65,0	65,0
4. Palliatieve verzorging	200,0	200,0	200,0
Subtotaal	312,0	312,0	312,0
V. Intellectuele handelingen Verhoging raadplegingen en bezoeken, GMD, toezicht (algemeen), consultancy radiologen	5.250,0	10.500,0	15.750,0
VI. Ontsmetting endoscopisch materiaal (exogeen)	500,0	500,0	500,0
VII. Klinische biologie	1.200,0	1.200,0	1.200,0
TOTAAL	9.142,2	15.042,3	20.292,3
		20.292,3	

Tabel 1

Het verzekeringscomité had op 11/09/2000 unaniem een budget voorgesteld van 554.5 miljard voor 2001. Het hield daarbij rekening met een vermoedelijke budgetoverschrijding in 2000 van 6 à 8 miljard. (Eind januari 2001 weten we dat de overschrijding rond de 10 miljard kan liggen).

De begroting 2001 die premier VERHOFSTADT half oktober voorstelde liet veel minder toe dan de verkiezingscampagne had doen verhopen. Toch steeg het budget, ondanks tegenstribbelen van de sociale partners, van 500,7 miljard in 2000, naar 542,8 miljard in 2001. Dit ging niet zonder slag of stoot. Een geplande vergadering van de Medico-Mut dd 09.10.2000 's avonds werd afgelast, nadat de Algemene Raad van het RIZIV 's ochtends zijn budgettaire plannen had ontvouwen. En op 11.10.2000 publiceerden artsensyndicaten, mutualiteiten en ziekenhuisgroeperingen samen een noodoproep in de pers om meer middelen te vragen voor de gezondheidszorg. "Pas d'argent, pas de médico-mut" blokletterde le Journal du Médecin (nr. 1296, 13.10.2000) of, in de Artsenkrant : « Artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen : één strijd. »



Minister VANDENBROUCKE kreeg de Medico-Mut budgettair over de streep met een injectie bovenop de groeinorm van 2,5 % ten bedrage van 2,25 miljard BEF : 500 miljoen voor de uitbreiding van het Globaal Medisch Dossier, 625 voor de verhoging van de intellectuele acten (of slechts 13,2 % van de gevraagde verhoging), 325 miljoen voor de uitvoering van het vorig akkoord (of net de helft van het nodige bedrag), 300 miljoen voor de radiotherapie, 200 miljoen voor het multidisciplinair oncologisch consult en 300 miljoen voor de NMR.

Het begrotingsobjectief 2001 nemen we over uit punt E (Correctiemaatregelen) van het akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 18.12.2000.

#### OBJECTIEF 2001

Omschrijving	Basis	Regering	TOTAAL
Klinische biologie	29.857,6		29.857,6
Medische beeldvorming	28.255,7	540,0	28.795,7
Raadplegingen- bezoeken : huisartsen - specialisten	39.243,2	918,5	40.161,7
Speciale verstrekkingen behalve genetica en radiumtherapie	31.282,8	36,0	31.318,8
Genetica	1.040,4		1.040,4
Radiumtherapie	1.568,4	500,0	2.068,4
Heelkunde - Anesthesiologie	26.955,9	165,0	27.120,9
Gynecologie	2.268,5	124,0	2.392,5
Toezicht	7.187,9	565,0	7.752,9
<b>S/TOTAAL</b>	<b>167.660,4</b>	<b>2.848,5</b>	<b>170.508,9</b>
Accreditering (20.306 BEF)	446,7		446,7
Forfait Medisch dossier (5.000 BEF)	101,5		101,5
<b>TOTAAL</b>	<b>168.208,6</b>	<b>2.848,5</b>	<b>171.057,1</b>
Dialyse	3.714,0		3.714,0

Tabel 2

Onder de titel "Basis" vinden we de technische ramingen van het RIZIV, verhoogd met de index die voor alle disciplines lineair op 1,53 % werd vastgesteld. Onder de titel "Regering" vinden we 2,8485 miljard, wat 240 miljoen voor de mammoscreening, 283,5 miljoen voor de vermindering op de remgelden in de A,K,T-diensten en t.g.v. de uitbreiding van het Globaal Medisch Dossier (GMD) in 2000, 50 miljoen voor het ten laste nemen van de remgelden bij palliatieve huisbezoeken door huisartsen en 25 miljoen voor het ten laste nemen van de remgeleden op de palliatieve toezichtshonoraria of samen 598,5 miljoen BEF (Prioriteiten Gezondheidszorg 2001-2002-2003; RIZIV; Nota CGV 2000/281 dd. 18.10.2000, pag. 6 en 7)

Opmerkelijk is dat hoe langer hoe meer remgelden die het RIZIV ten laste neemt worden opgenomen in het artsenbudget. Tot vóór de introductie van het G.M.D., dat voor de patiënt een verminderd remgeld als voordeel oplevert, bestond dit fenomeen niet.

#### **II.2. Politieke aspecten.**

Het akkoord van 18.12.2000 kwam bijzonder moeilijk tot stand. In 2000 vergde het 13 officiële vergaderingen van de Nationale Commissie, drie bijzondere werkgroepvergaderingen over het meest explosieve deel, nl. de supplementenregeling in de context van het beruchte artikel 50 bis van de G.V.U.-wet (de zogenaamde wet Vermassen-Lenssens), drie moeizame redactiecomitévergaderingen, en talrijke informele vergaderingen met toppolitici van allerlei strekking en topambtenaren.

Van begin juni tot half september dacht elkeen dat het akkoordensysteem om politieke redenen werd opgedoekt. In oktober doken dan de budgettaire problemen op.

Dankzij de hardnekkigheid en het onderhandelings talent van medico-mut-voorzitter Gabriël PERL en het vertrouwen dat de politici gaven aan de syndicale artsenafgevaardigden bleef het consensusmodel overeind.

Het akkoord over het zelfstandig vaststellen van de honoraria, door de mutualiteiten steevast supplementen genoemd, moet nu snel via een wet worden geregeld. Deze wet vormt de lakmoesproef op de beloften die minister VANDENBROUCKE dienaangaande heeft gedaan.

### **II.3. Het Globaal Medisch Dossier (G.M.D.)**

Het akkoord stelt het G.M.D. open voor de vijftig-plussers vanaf 01.05.2001 en voor de ganse bevolking vanaf 01.05.2002. Minister VANDENBROUCKE stelt hiervoor, gespreid over 2001 en 2002, 1.400 miljoen extra ter beschikking van de huisartsen.

De eis van C.M.-voorzitter Marc JUSTAERT, om in 2001 de 50-plussers en de kinderen van 0 tot 14 jaar prioritair op te nemen in de cohorte die recht heeft op het G.M.D. werd afgewimpeld maar een uitbreiding was echter niet tegen te houden. Door vanaf 01.05.2002 alle leeftijdscategorieën toe te laten worden de pediaters minder gevisieerd.

Het bijhouden van het G.M.D. door de huisarts heeft geen consequenties wat betreft de vrije keuze van de arts, huisarts of specialist, omdat het geen differentiële terugbetaling meebrengt. De patiënt die zijn dossier door een huisarts laat beheren krijgt wel een vermindering met 30 % van het remgeld wanneer hij een huisarts raadpleegt.

#### **II.4. De valse noot : het besparings-K.B. van 08.12.2000 (B.S. 16.01.2001).**

Terwijl de onderhandelingen in de laatste rechte lijn zaten (met NCGZ-vergaderingen op 06.11, 20.11, 27.11, en 18.12.2000 en redactiecomité's op 01.12, 06.12 en 14.12.2000) met haast wekelijkse contacten met minister VANDENBROUCKE zelf of met zijn kabinet, verzond dit laatste een Besluit ter ondertekening aan de Koning betreffende enerzijds een wijziging van de nomenclatuur inzake permanentiehonoraria (K.B. van 04.12.2000; B.S. 16.01.2000) en anderzijds een besparings-K.B. Volgens de berekeningen van het kabinet Sociale Zaken zou dit ± 650 miljoen besparingen opleveren : ± 500 in de cardiologie, ± 75 miljoen in de cardiochirurgie, ± 35 miljoen in de fysiotherapie, ± 50 miljoen in de algemene specialistische verstrekkingen en nog enkele andere kleinere besparingen.

De Koning ondertekende respectievelijk op 4 en 8 december 2000. Dit K.B. is een negatieve primeur : tegen de twee unaniem negatieve adviezen in van de Technisch Geneeskundige Raad drijft VANDENBROUCKE koppig zijn zin door en bespaart. Hij baseert zich daarbij op het artikel 35, § 2, 2° en 3°, van de G.V.U.-wet, gecoördineerd op 14.07.1994. Deze bewuste paragraaf werd in de G.V.U.-wet ingevoegd onder het ministerschap van Mevr. Magda DE GALAN en allicht bedacht door de Heer Jan BEECKMANS, toen kabinetsmedewerker en nu inmiddels opgeklommen tot adjunct-kabinetchef van VANDENBROUCKE.

M.a.w., terwijl de artsensyndicaten en de mutualiteiten onderhandelen over een nieuw akkoord laat VANDENBROUCKE een besparingsbesluit tekenen door de Koning dat niet 650 miljoen BEF op jaarbasis bespaart zoals punt I (Duur van het akkoord), onderdeel Romeinse III vermeldt (en waarbij mutualiteiten en artsensyndicaten zich binden om als partij het akkoord niet op te zeggen bij de publicatie ervan) maar minstens 1.200 miljoen. Een exacte becijfering blijft moeilijk, omdat het aantal verstrekkingen die betrekking hebben op een tweede of volgend onderzoek slechts via detailanalyse bij alle zorgverleners te bekomen zijn.

In zijn brief van 04.04.2000 aan Dr. Jacques de TOEUF, voorzitter van de Technisch Geneeskundige Raad, stelt de minister dat deze maatregelen geen besparingen maar herschikkingen zijn van de ter beschikking staande middelen. De cardiologen zullen dat niet op die manier begrijpen : de doorsnee cardiologische ziekenhuisdienst verliest gemiddeld 4 miljoen aan inkomsten, de grotere cardiologische centra gemiddeld ruim 10 miljoen frank en de individuele extramurale cardiologen 25 à 40 % van hun honoraria. Afbetalingen en personeelskosten worden ondraaglijk indien de cardiologen zich aan de conventietarieven moeten houden. We hebben de cardiologen (en ook de fysiotherapeuten en andere specialisten) opgeroepen te weigeren toe te treden tot het akkoord van 18 december 2000.

Vermits dit op 20 januari 2001 in het Belgisch Staatsblad verscheen, hebben zij tot 19 februari 2001 de tijd om per aangetekend schrijven hun weigering aan het RIZIV mee te delen of hun gedeeltelijke toetreding volgens welbepaalde uren en plaatsen.

## **II.5. De accreditering**

### **II.5.1. De accrediteringsstructuren binnenkort geregeld bij K.B.**

In ons vorig jaarverslag (05.02.2000) meldden we dat de ministers AELVOET en VANDENBROUCKE de intentie hadden de dubbele regelgeving i.v.m. het globaal medisch dossier en de kwaliteitsevaluatie weg te werken.

Na een incidentrijk parcours bereikte de Medico-mut op 06.11.2000 tenslotte een akkoord over een ontwerp K.B. dat de accreditering, gestart eind 1993, een wettelijke structuur geeft. Dit betekent dat in de toekomst de mandaten in de verschillende organen via K.B. zullen worden ingevuld.

Dankzij het verzet van de BVAS zijn de ministers VANDENBROUCKE via zijn adviseur (en per 01.01.2001 inmiddels adjunct-kabinetchef) dr. Ri DE RIDDER en minister AELVOET via haar adviseur Dr. Herman VAN LOON, er niet in geslaagd van de accrediteringsstructuur een marionettentheater te maken waarin de ministers het eerste en het laatste woord hadden. In de nieuw op te richten Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (die het Nationaal Peer Review Comité vervangt) staat de deelname van de regeringsbank op gelijke voet met deze van de andere partners (artsensyndicaten, mutualiteiten en verzekeringsinstellingen). De band met de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen blijft bovendien bewaard.

Dit ontwerp werd inmiddels ook goedgekeurd door het RIZIV-Verzekeringscomité dd 15.01.2001 en werd bezorgd aan de bevoegde ministers. Bij die gelegenheid hebben wij gevraagd de bevoegde ministers eraan te herinneren dat ze zich in een brief van 19.11.1999 hadden geëngageerd om de Koninklijke Besluiten betreffende het algemeen medisch dossier, de evaluatie van de medische praktijkvoering en de afdeling artsen van de Hoge Raad voor Gezondheidsberoepen op te heffen en de wetgeving aan te passen. Deze hersenspinsels van ex-minister COLLA zullen overbodig zijn geworden wanneer voormeld K.B. in voege zal zijn getreden.

### **II.5.2. Aantal geaccrediteerde artsen op 01 februari 2001.**

Er zijn nauwelijks wijzigingen op te merken t.o.v. de accrediteringspercentages van vorig jaar die in het jaarverslag van 05.02.2000 zijn opgenomen. Het hoogste aantal geaccrediteerden vinden we onveranderd onder de dermatologen, het laagste aantal onveranderd bij de stomatologen. Van deze laatsten is het cijfer niet noodzakelijkerwijze correct omdat de stomatologen, gezien ze ook licentiaat zijn in de tandheelkunde, zich eventueel ook kunnen laten accrediteren via het dento-mutualistische systeem. De accreditering van de tandartsen, ingevoerd in 1998, stelt uitsluitend een jaarlijks forfaitair honorarium ter beschikking van 75.000 BEF, maar kent geen bijkomend honorarium per raadpleging.

## Aantal geaccrediteerde artsen op 1 februari 2001

	Totaal actieven	Totaal geaccrediteerd	% geaccrediteerd
Huisartsen 001-002	3.695	0	0,00
Huisartsen 003-004	13.477	9.761	72,43
Huisartsen 005-006	742	0	0,00
Huisartsen 007-008	3	1	33,33
<b>TOTAAL HUISARTSEN</b>	<b>17.917</b>	<b>9.762</b>	<b>54,48</b>
Geneesheer-assistenten in opleiding GSO	3.456	1	0,03
Dermato-venereologie	610	498	81,64
Radiodiagnose	1.419	1.106	77,94
Oftalmologie	950	736	77,47
Gastro-enterologie	368	280	76,09
Anatomo-pathologie	251	190	75,70
Kerngeneeskunde	299	223	74,58
NKO	557	417	74,87
Fysische geneeskunde	419	310	73,99
Radiotherapie	138	99	71,74
Neurologie	151	110	72,85
Cardiologie	758	535	70,58
Urologie	328	231	70,43
Pneumologie	289	201	69,55
Reumatologie	232	159	68,53
Gynecologie-verloskunde	1.231	839	68,16
Anesthesiologie	1.519	1.015	66,82
Orthopedie	837	556	66,43
Inwendige geneeskunde	1.938	1.268	65,43
Psychiatrie	463	299	64,58
Kindergeneeskunde	1.290	814	63,10
Neuropsychiatrie	1.368	851	61,40
Klinische biologie	694	424	61,10
Plastische heekunde	172	101	58,72
Heekunde	1.407	760	54,09
Neurochirurgie	128	67	52,34
Stomatologie	294	136	46,26
<b>Totaal specialisten</b>	<b>18.126</b>	<b>12.225</b>	<b>67,44</b>
<b>Totaal specialisten + GSO</b>	<b>21.582</b>	<b>12.226</b>	<b>56,65</b>
<b>ALGEMEEN TOTAAL</b>	<b>39.499</b>	<b>21.988</b>	<b>55,67</b>

Tabel 3

Bron : RIZIV, accrediteringsstuurgroep

## **III. Numerus Clausus.**

### **III.1. Protest : fictie versus realiteit.**

Vooraf aan Franstalige kant roerden de studenten en de universiteiten zich in de media en op straat om aan te kondigen dat we op een dreigend artsentekort afstevenden en om uiting te geven aan het onmenselijke selectiesysteem. De Franstalige minister van Hoger Onderwijs, Françoise DUPUIS (PS), slaagde er zelfs in een resolutievoorstel dat de numerus clausus verwerpt (ingediend door PRL, PS, Ecolo en PSC) unaniem te doen goedkeuren door het parlement van de Franse Gemeenschap op 21.11.2000. Alleen volksvertegenwoordiger Daniel BACQUELAINE (PRL) kwam hier naderhand tegen in het verzet.

Ondanks de overduidelijke publicatie van AUXIM vzw dd 14 juni 2000 "Rapport over de beperking van het medische aanbod" door Dr. Jean-Paul DERCO, Alexander VAN OYTSEL en Aurélie SOMER, blijft Prof Denise DELIEGE (Ecole de Santé Publique, U.C.L.) de media bestoken met rampscenario's over "la pénurie de médecins". België heeft 1,57 keer meer artsen dan Nederland per inwoner. In vergelijking met het aantal artsen per inwoner van Frankrijk heeft België er minder, nl. 0,87 (afgeleid uit BIGE Compendium Gezondheidsstatistiek 1999).

De cijfers van Dr. J.P. DERCO vergelijken de densiteit (of de plethora-index) van de Belgische gemeenschappen t.o.v. Frankrijk en Nederland.

<b>Plethora-Index</b>			
Tegenover	Vlaamse Gemeenschap	Nederland	Frankrijk
Franse Gemeenschap	+ 30,84 %	+ 46,16 %	+ 22,98 %
Vlaamse Gemeenschap	0	+ 22,15 %	-11,37 %
Frankrijk	+ 10,21 %	+ 30,10 %	0

Tabel 4

De -11,37 % betekent dus niet dat Vlaanderen een tekort heeft aan artsen zoals Artsenkrant nogal ongelukkig afdruckte op 30.06.2000.

Dit "tekort" werd, zoals gebruikelijk, met graagte via de overige media, zoals VRT, Radio 1-nieuws verspreid. Het cijfer -11,37 % betekent alleen dat in Vlaanderen de artsenplethora minder groot is dan in Frankrijk.

Op advies van de Planningscommissie publiceerde minister AELVOET op 08.12.2000 in het Belgisch Staatsblad het K.B. van 07.11.2000 dat de contingenteringscijfers voor de toegang tot het medisch beroep specificceert tussen huisartsen en specialisten voor de jaren 2004 tot 2006 (de globale cijfers waren al vastgelegd bij K.B. van 29.08.1997; B.S. 05.09.1997) en het globaal cijfer vastlegt voor de jaren 2007 en 2008.

Jaar	Aantal artsen			Huisartsen			Specialisten		
	Totaal	N	F	Totaal	N	F	Totaal	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	650	390	260	300	180	120	350	210	140
2006	600	360	240	300	180	120	300	180	120
2007	700	420	280	-	-	-	-	-	-
2008	700	420	280	-	-	-	-	-	-

Tabel 5

De uitsplitsing huisartsen/specialisten voor 2007 en 2008 werd nog niet vastgesteld. Op basis van de vermelde studie van Dr. J.P. DERCO zullen de globale cijfers voor de jaren 2009-2013 allicht versoepeld worden : 750 artsen zouden worden toegelaten, waarvan 450 voor Vlaanderen en 300 voor de Franse Gemeenschap.

### **III.2. Het ontwerp K.B. i.v.m. het kadaster van huisartsen en specialisten.**

In de zomer had Dr. J.P. DERQC het VBS en de BVAS informeel gepolst over de noodzaak om objectieve gegevens te kunnen verwerven nodig om een juiste behoeftenraming te kunnen maken wat betreft het aantal en de specialisatie van de artsen.

Het ontwerp-K.B. dat het kabinet hierover ter advies voorlegde aan de Hoge Raad, die na twee jaar onderbreking op 21.09.2000 onder meer hierover vergaderde, week in belangrijke mate af van de door Dr. J. P. DERQC geschetste doelstelling.

Bovendien respecteerde het ontwerp op meerdere punten de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer niet. Rekening houdend met een ganse reeks bemerkingen die we dienaangaande gemaakt hadden in een brief rechtstreeks gericht aan minister AELVOET dd. 20.09.2000, voerde Dr. J.P. DERQC het punt af van de agenda. Het ganse ontwerp vergt immers een zeer grondige herwerking.

### **III.3. Aantal bij het RIZIV geregistreeerde beroepsactieve artsen.**

	01.02.2001	01.02.2000	Δ 2001-2000 %
Huisartsen 003-004	13.477	13.252	+ 1,70
Huisartsen 001-002	3.695	3.690	+ 0,14
Huisartsen 005-006	742	747	- 0,67
Huisartsen 007-009	3	3	0,00
<b>Totaal Huisartsen</b>	<b>17.917</b>	<b>17.692</b>	<b>+ 1,27</b>
Inwendige geneeskunde	1.938	1.923	+ 0,78
Anesthesie	1.519	1.436	+ 5,78
Radiologie	1.419	1.386	+ 2,38
Chirurgie	1.405	1.376	+ 2,11
Neuropsychiatrie	1.386	1.419	- 2,33
Pediatrie	1.290	1.247	+ 3,45
Gynecologie-verloskunde	1.231	1.198	+ 2,75
Oftalmologie	950	932	+ 1,93
Orthopedie	837	808	+ 3,59
Cardiologie	758	725	+ 4,55
Klinische biologie	694	691	+ 0,43
Dermatologie	610	598	+ 2,01
NKO	557	548	+ 1,64
Psychiatrie	463	409	+ 13,20
Fysische geneeskunde	419	410	+ 2,20
Gastro-enterologie	368	345	+ 6,67
Urologie	328	318	+ 3,14
Kerngeneeskunde	299	291	+ 2,75
Stomatologie	294	294	0,00
Pneumologie	289	268	+ 7,84
Pathologische anatomie	251	242	+ 3,72
Reumatologie	232	229	+ 1,31
Plastische chirurgie	172	165	+ 4,24
Neurologie	151	140	+ 7,86
Radiotherapie	138	136	+ 1,47
Neurochirurgie	128	124	+ 3,23
<b>Totaal specialisten</b>	<b>18.126</b>	<b>17.638</b>	<b>+ 2,77</b>
<b>Geneesheer-specialisten in opleiding</b>	<b>3.456</b>	<b>3.404</b>	<b>+ 1,53</b>
<b>Totaal specialisten + GSO</b>	<b>21.582</b>	<b>21.042</b>	<b>+ 2,57</b>
<b>Algemeen Totaal</b>	<b>39.499</b>	<b>38.734</b>	<b>+ 1,98</b>

Tabel 6

Bron : RIZIV, Accrediteringsstuurgroep

## **IV. De rechten van de patiënt en de medische aansprakelijkheid.**

### **IV.1. Het wetsvoorstel Magda DE MEYER (SP)**

Zoals verscheidene andere oorspronkelijk door Marcel COLLA opgezette initiatieven, bleef ook het opzet van een wettelijke bepaling van de "Rechten van de patiënt" verder leven. In het maartnummer van "De Geneesheer-Specialist" publiceerden we onze commentaren en bedenkingen omtrent een eerste wetsvoorstel, ingediend door Mevr. Magda DE MEYER (SP). Ons eerste en belangrijkste bezwaar, dat nog steeds geldt t.o.v. de talloze daarop volgende voorstellen en ontwerpen, is het ontbreken zoniet minstens ontwijken van een eenduidige bepaling van de onaantastbaarheid van de basisrechten van de zieke mens.

De bescherming van de zieke mens dient niet alleen benaderd in het kader van de zorgverlening zelf, maar m.b.t. tot alle omgevingselementen en maatschappij-componenten die rechtstreeks of onrechtstreeks in verband staan of kunnen staan met de situatie van het ziek-zijn. Nochtans, nauwelijks een woord daarover. Blijkbaar zien onze politici er geen graten in dat een verzekeraar of een werkgever het zelfbeschikkingsrecht naar zijn hand zou zetten om op grond daarvan bvb. de mededeling van medische persoonsgegevens te bekomen. Welke aandacht gaat er bvb. naar de beschermende maatregelen voor psychisch zieke of afhankelijke mensen die al dan niet in instellingen verblijven, buiten de zuivere verzorgingscontext?

Zelfs in de medische sfeer, ontwijkt men systematisch elk aspect van patiëntenbescherming die buiten de zuivere context van de zorgverlening staat. Is het vb. normaal dat een controle-arts zomaar in het privé-leven van mensen kan binnendringen wanneer hij een enquête voert over het medisch handelen van een te controleren collega ?

Neen, alle aandacht moet blijkbaar uitsluitend gaan naar deze materies die het reeds nauwelijks houdbare "evenwicht" van de medische aansprakelijkheidsproblematiek helemaal dreigen te destabiliseren. Men schrijft wel "zorgverlener", maar denkt eigenlijk "de arts". Niet om het even welke. Neen, de "ervaren specialist". En het gaat uitsluitend over recht op de juiste zorg, recht op de juiste informatie, recht op alles wat in het dossier staat. Indien brainscanners gedachten lezen, dan zou daarover ook een recht ontstaan. Van meet af aan werden de gestelde vereisten inzake informatieplicht geformuleerd vanuit de onmogelijke visie dat geneeskunde een exacte wetenschap zou zijn, alsof de juiste diagnose het logisch en exact gevolg zou zijn van een diagnostisch onderzoek, de prognose met onfeilbaarheid zou kunnen voorspeld worden en elke behandeling mathematisch tot het juiste resultaat zou leiden.

Het gaat niet op de aansprakelijkheidsaspecten van de zorgverlening te verruimen zonder in de wet een duidelijke definitie van de beroepsaansprakelijkheid van de zorgverlener, in een mogelijk wettelijk initiatief op het vlak van de patiëntenrechten op te nemen. Dit impliceert: recht op een zorgvuldige zorgverlening volgens de stand van de wetenschap, medisch handelen waarover een medisch-wetenschappelijke consensus bestaat. Een recht op onfeilbaar medisch handelen of een gewaarborgd gunstig resultaat kan niet worden toegekend. Ook op het vlak van de informatieplicht kan de zorgverlener noch garanderen dat de patiënt de toelichting begrepen heeft, noch waarborgen dat de verstrekte informatie de enige en absoluut exacte is.



Een totale formalisering van rechten, zoals bvb. de informatieplicht en het "informed consent" leidt tot een onmogelijke opdracht voor de meest integere, zorgvuldige en plichtsbewuste behandelende arts. Het ampliërend effect van een verpletterend veeleisende rechtspraak op het gebied van de medische aansprakelijkheid, de totaal onhoudbare begripsverwarring die via de media wordt rondgezaaid over "medische fouten", het opbod van de opeenvolgende versies van ontwerpen van wettelijke initiatieven, alle gericht op hetzelfde smalveld, leiden tot een ongekende impasse die de medische zorgverlening, één van de beste van Europa en van de wereld, dreigt te drijven naar een zielloos immobilisme.

#### **IV.2. Het wetsvoorstel Maggie DE BLOCK (VLD)**

In de maand juni werd Prof. GRUWEZ gecontacteerd door VLD-volksvertegenwoordigster, Dr. Maggie DE BLOCK omtrent een wetsvoorstel dat deze laatste in voorbereiding had. Het uitvoerend comité van het VBS onderzocht grondig deze "sneueltekst". Onze commentaren werden ten gepaste tijde overgemaakt, waarbij vooral de nadruk werd gelegd op enkele basisrechten zoals de keuzevrijheid van arts en het recht op een tweede advies, en waarbij duidelijk werd gesteld dat geneeskunde geen exacte wetenschap is en dat op de geneesheer geen resultaatsverbintenis kan rusten.

Enige tijd later werd aan de VLD-fractie een volledig herwerkte tekst van wetsvoorstel en memorie van toelichting bezorgd.

#### **IV.3. Beroepsaansprakelijkheidsverzekering : fault, no fault ... or ?**

Tijdens een symposium met de ronkende titel "Fault, no fault ... or ?" georganiseerd door het Federaal Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, op 14 juni 2000, kondigde minister M. AELVOET haar voornemen aan om in het najaar uit te pakken met haar wetsontwerp over de patiëntenrechten. Ze liet daarbij meteen verstaan dat het aansprakelijkheidsprobleem zeker geen prioriteit was en best nog geruime tijd kon wachten: eerst moesten de rechten van de patiënt in het Staatsblad komen. (een theorie die ze later opnieuw ontwikkelde in haar beleidsnota over de patiëntenrechten). In antwoord op een vraag gesteld door een verpleegkundige die het beu was om door soms onhebbelijke patiënten uitgekafferd te worden, voegde ze eraan toe dat ze evenmin het voornemen had patiëntenplichten te bepalen.

Wat de vraag "Fault, no-fault ?" zelf betreft, waren we na dit symposium geen sikkepit wijzer geworden. Een interministeriële werkgroep die al geruime tijd voordien was opgestart, zat nog altijd in de schemerzone en blijkbaar kwamen de eerste symptomen aan het licht van een groeiend meningsverschil tussen de twee juridische tenoren van het "no-fault" systeem, de Professoren Th. VANSWEEVELT en J.L. FAGNART. De vraagstelling was niet langer "fault or no fault?", maar "no fault + fault", met een keuze tussen "+ alleen zware fout" en "+ ook de lichtste". En als toemaatje de vraag of het slachtoffer al dan niet de exclusieve keuze moet maken tussen "foutloze" vergoeding en de vergoeding op basis van foutaansprakelijkheid. Gelukkig kwam de afgevaardigde van minister Charles PIQUET enige nuchterheid brengen in het debat met de stille wenk dat men best zou vermijden vergoedingen uit te keren waarmee de spiraal van de foutaansprakelijkheid nog zou aangezwengeld worden. Desondanks verlieten we het symposium met het hoofd vol tegenstrijdigheden en het nare gevoel dat de denkers van verschillende strekkingen bezig waren zich in een uitzichtloze impasse in te graven. En de angstwekkende bedenking dat een oplossing vermoedelijk ver buiten de cartesiaanse logica zou moeten gezocht worden.

#### **IV.4. De vergoeding therapeutische ongevallen volgens Anne-Marie LIZIN (PS)**

Na een natte zomer bereikte ons het wetsvoorstel van PS-volksvertegenwoordiger Anne-Marie LIZIN, over de vergoeding van "therapeutische ongevallen". Met een overvloedig juridisch hermetisme werd het "no fault" systeem vertaald in het "wetstraatees" waarbij, vereenvoudigend uitgedrukt, "vermijdbare schade" ten gevolge van medisch handelen vergoed zou worden door een schadefonds, waarvan het leidend orgaan zelf zou bepalen of de schade eventueel zou verhaald kunnen worden op een aansprakelijke derde (arts?). We deden herhaalde pogingen om het te begrijpen en kwamen, na enkele gedachtenwisselingen met verstandig geachte mensen, tot het besluit dat ons onbegrip door menigeen gedeeld werd. Dat "vermijdbare" schade in een "no fault" systeem zou vergoed kunnen worden door een schadefonds kan voorstelbaar lijken. Maar het vergt een bijna ziekelijke dosis fatalisme vanwege het slachtoffer om te aanvaarden dat het schadefonds zou zeggen dat de schade weliswaar kon worden vermeden, doch dat diegene die ze had kunnen vermijden daarvoor niet kan aangesproken worden. Hoeveel dergelijke uitspraken zouden de lui van het schadefonds zich kunnen veroorloven alvorens met naam en beeld en onder vette koppen in de media te belanden? Het lijkt in dat opzicht zeker verkieslijk de keuze tussen de twee vergoedingssporen aan de klagende partij te laten.

#### **IV.5. Het meningsverschil FAGNART-VAN SWEEVELT**

Op 16 november 2000 kregen we een nieuwe lading aanvullende opties aan het "no fault" systeem op een interessante studieavond georganiseerd door de Vereniging van Verzekeringjuristen. Twee sprekers: Prof. Th. VAN SWEEVELT en Dr M.CALLENS van L.C.M.(Ledenbescherming). Uit het betoog van de eerste vernamen we dat binnen de interkabinetten-werkgroep het meningsverschil onder de tenoren een openlijke kloof was geworden. VAN SWEEVELT staat achter het volledig behoud van alle mogelijkheden tot verhaal op basis van de foutaansprakelijkheid, maar blijft voorstander van een eerstelijns vergoeding op foutloze basis. Een volledige vergoeding in een foutloos systeem zou "onbetaalbaar" zijn. Wat volgens hem niet wegneemt dat het slachtoffer moet recht hebben op een volledige vergoeding.

Dat het debat al zijn grenzen kent, is een stap vooruit: het moet betaalbaar zijn. Maar meteen is ook artikel 1 van de toekomstige wet op de patiëntenrechten geschreven: het recht op het onbetaalbare. Want toen uit de zaal werd geopperd dat het veel logischer zou zijn de patiënt voor de keuze te plaatsen: ofwel "no fault" vergoeding, ofwel de rechtbank, vond VAN SWEEVELT het "immoreel" dat het slachtoffer een exclusieve keuze zou opgelegd worden. Ook wimpelde hij af dat zijn zgn. "foutloze" eerstelijnsvergoeding in feite een overheidspremie voor advokaatskosten zou vormen.

En dan werd toegelicht –niets anders dan de weergave van het LIZIN-concept, gekoppeld aan de evoluties van de rechtspraak – op welke basis het foutloos (betaalbare) + foutaansprakelijk (onbetaalbare) systeem gaat werken. Het abstracte concept van de "vermijdbare schade" ontstaat uit het handelen (of niet-handelen) van de onfeilbaar geachte exacte wetenschapper, de "ervaren specialist". Op de huisartsenpraktijk rust geen schadeprincipe. We hadden in juli '99 al gemerkt dat in het Algemeen Medisch Dossier van patiëntenrechter COLLA, het woord "diagnose" niet vermeld stond en inhoudelijk dus niet verondersteld wordt in het dossier aanwezig te zijn.

Aan de twee eerste luiken wordt nog een derde toegevoegd: een systeem van ongevallenpreventie. Het is ongetwijfeld een bron van kwaliteitsverbetering dat een meer systematische opvolging van schadegegevens wordt georganiseerd. Die data zouden ter

beschikking moeten zijn van peer review colleges en de professionele kwaliteitsgroepen van de "ervaren specialisten", zodat daaruit praktische beveiligingsregels kunnen gedistilleerd worden. Het zou evenwel kortzichtig zijn te stellen dat er tot nog toe geen schadepreventie wordt toegepast. Er weze terzake opgemerkt dat ongevallenpreventie niet de minste oplossing biedt voor de kostenverzwarende juridische vitterij binnen de huidige gehanteerde abstracte aansprakelijkheidsconcepten.

Op het vlak van de vergoeding van het slachtoffer wordt naast de klassieke (onbetaalbaar wordende) aansprakelijkheidsverzekering, en de nieuwe foutloze eerstelijnsvergoeding, op de koop toe gedacht aan een ongevallenverzekering afgesloten door de "ervaren specialist" voor de dekking van de schade aan zijn patiënten. Een nieuw product dat vragen doet rijzen: wordt zoiets afgesloten, a priori, voor alle patiënten, of voor een welbepaalde geplande ingreep? Met mededeling of zelfs met vaststelling van het verzekerd bedrag in akkoord met de patiënt? Valt zoiets buiten de conventietarieven? Veroorzaakt zoiets geen verdubbeling van de verzekeringskost? Verhaalmogelijkheid op de BA-verzekeraar ? enz...

En dan volgde het betoog van Dr M. CALLENS die meende dat het onbillijk was een onderscheid te maken tussen twee soorten slachtoffers, dezen van de "vermijdbare schade" en die van de "onvermijdbare schade". Waarom zou men het slachtoffer van vermijdbare schade vergoeden en het slachtoffer van tegenslag niet? Strikt mathematisch blijft immers het onbetaalbare onbetaalbaar. Zoals het "oneindige".

Het gevolg van LIZIN's "vermijdbaar" criterium zal dan vermoedelijk ook zijn dat het "schadefonds" om humanitaire redenen met de tijd de neiging zal hebben om "onvermijdbare" schadegevallen in het vergoedingssysteem op te nemen, net zoals het zorgvuldigheidsprincipe van het aansprakelijkheidsrecht inmiddels tot een resultaatprincipe werd omgebogen. Met als gevolg dat "onvermijdbare schade" als "vermijdbaar" zal worden gekwalificeerd zodat de "ervaren specialist" zich ook daarvoor zal moeten verantwoorden.

Niets is moeilijker om mee te leven dan iets onvermijdelijks dat als een beroepsfout wordt beschouwd. Even moeilijk als met een klacht omtrent een mislukt resultaat dat niet kon gewaarborgd worden. Nog moeilijker wordt het wanneer men zich voor zoiets moet verantwoorden in een situatie van omgekeerde bewijslast. In oktober 2000 liet minister van Justitie, Marc VERWILGHEN, duidelijk verstaan dat hij de bewijslast immers op de schouders van de artsen wil leggen. Misschien is het daarom dat men ook in medische middens op een bepaald moment aan een no-fault systeem is gaan denken.

#### **IV.6. De conceptnota over de rechten van de patiënt van minister Magda AELVOET**

##### **IV.6.1. De "Definitieve versie 01 december 2000"**

"Definitieve versie 01 december 2000" staat onderaan de conceptnota van minister AELVOET over de rechten van de patiënt. We vonden er opnieuw haar prioriteitstheorie in: eerst een wet over de patiëntenrechten maken en dan het aansprakelijkheidsprobleem regelen, want als je omgekeerd tewerk gaat "kan dat kwalijke gevolgen hebben, niet enkel in politieke termen doordat de aandacht voor patiëntenrechten dan afneemt maar ook inhoudelijk." En zij citeert het voorbeeld van de Scandinavische landen met hun "foutloze" schaderegeling zonder directe foutaansprakelijke verantwoording vanwege de zorgverleners.

Ze vergeet echter dat elk van de patiëntenrechten die in haar ontwerp, net zoals deze van haar collegae parlementariërs, staan omschreven, in België stuk voor stuk op grond van het burgerlijk wetboek gerechtelijk afdwingbaar zijn. Alsof dat geen stimulans zou zijn voor de eerbiediging van de patiëntenrechten !

Stilaan werken de artsen met de daver op het lijf. Als de huidige aanpak van de medico-legale problematiek ontoereikend blijkt voor de samenleving, dan is dat niet in de eerste plaats een zaak van de gezondheidszorg, dan wel een zaak van het gerechtelijk systeem dat de samenleving wenst. De rechten zelf, zoals men die wil bepalen, overlappen gewoonweg de huidige, bijzonder streng evoluerende rechtspraak enerzijds en anderzijds het medisch tuchtrecht waaruit ze ontegensprekelijk ontstaan zijn en op grond van hetwelke ze op de koop toe ook afdwingbaar zijn. Geen enkel systeem biedt een betere waarborg voor de naleving van rechten dan datgene dat de overtreding beteugelt en de overtreder aansprakelijk stelt. Wat het medisch handelen betreft geschiedt dit op grond van de contradictoire beoordeling van een beroepsfout en wel op basis van deskundigheid. Wil men het zonder foutbeoordeling? Of op basis van ondeskundigheid? Zo iets valt enigszins te vrezen als men ziet hoe sommige wetsvoorstellen de klachtenbehandeling opvatten.

#### *IV.6.2. Brainstorming in het VBS-Bureau*

Als iemand baanbrekend werk wil leveren op het vlak van de patiëntenrechten, dan moet hij in de eerste plaats basisrechten durven formuleren waarvan de principiële waarde onaantastbaar is. Dit veronderstelt de onaantastbaarheid van het verzorgingscontract en de finaliteit ervan tegenover elke mogelijke drukking vanuit de buitenwereld. Bovendien moet men, in het kader van een multidisciplinair speurwerk de lacunes gaan zoeken juist daar waar het zieke individu totaal onbeschermd staat in onze waanzinnig evoluerende wereld.

Bescherming van het zelfbeschikkingsrecht, zonder dat tot zijn absolute alles overheersende vorm te verheffen, recht op privacy m.b.t. werkgevers, verzekeringen, vermogensbeheer, ziekenvervoer, overheidscontrole, familieleden, burens in flatgebouwen, bezoekers in instellingen, media en publiciteit, enz... Een typische, te corrigeren afwijking (of misbruik ?) van het zelfbeschikkingsrecht is bvb. art 95 van de Wet op de landsverzekeringsovereenkomst (25.06.1992) waarbij de arts verplicht wordt de patiënt de gegevens te verstrekken die voor het sluiten of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst nodig zijn. Het is een onaantastbare aantasting van de finaliteit van de arts-patiëntrelatie. Dat soort werk is iets moeilijker dan het vergelijken en bespreken van de "hot items" opgesomd in gespecialiseerde medico-legale rechtspraakboeken, en die ook om de haverklap grote koppen halen in de sensatiepers.

Men heeft zelfs bij momenten de indruk dat men een duidelijke onaantastbaarheid van basisrechten in sommige wetgevende initiatieven wil mijden. In een VBS-nota betreffende het ministerieel voorontwerp, die we overhandigden aan de kabinetsleden tijdens een onderhoud op 20.12.2000, hebben wij de aandacht gevestigd op twee ons inziens ernstige tekortkomingen :

- het zelfbeschikkingsrecht waaruit de vrije keuze van de zorgverlener wordt afgeleid, wordt in het ontwerp volledig uitgehold zodra de patiënt in een instelling wordt opgenomen. In dat geval wordt zelfs gesteld dat de (alle) in de wet voorziene patiëntenrechten weliswaar van toepassing zijn behalve wanneer andersluidend wordt medegedeeld door de instelling.

- de vermelding van de niet-conventionele praktijkbeoefenaars onder de "zorgverleners" en die verondersteld worden de patiënt "alle" informatie te bezorgen "nodig om inzicht te verkrijgen in zijn gezondheidstoestand", of "op kwaliteitsvolle wijze te kunnen beantwoorden aan de behoeften van de patiënt", en wel "in overeenstemming met de geldende standaarden". Wij meenden dat het "recht op informatie" in dit geval juist moest impliceren dat de patiënt uitdrukkelijk verwittigd moet worden voor het onwetenschappelijk karakter van deze beoefenaars en van het gevaar zich te laten behandelen zonder voorafgaande diagnose door een geneesheer.

#### *IV.6.3. Hoorzitting in de Kamercommissie Volksgezondheid dd. 09.01.2001*

Op 22 december 2000 ontvingen wij tevens een uitnodiging vanwege Collega Y. AVONTROODT, voorzitter van de parlementaire commissie van Volksgezondheid, om ons standpunt mede te delen op een hoorzitting die georganiseerd werd op 9 januari jl. in de Kamer. Ter voorbereiding ontvingen wij de ganse bundel van ingediende wetsvoorstellen en –ontwerpen, waaronder de CVP-visie van de HH. BROUNS en VANDEURZEN, het VU-ID voorstel van Dr. P. VAN KRUNKELSVEN, en de reeds geciteerde stukken van Mevr. Dr. M. DE BLOCK (VLD), Mevr. M. DE MEYER (SP), en minister M. AELVOET.

Ondanks de feestelijkheden rond de jaar- eeuw- en millenniumwende slaagde de Voorzitter samen met het Bureau erin een uitvoerige nota op te stellen die Prof. GRUWEZ ter zitting op 09.01.2001 neerlegde en toelichtte. Ze staat inmiddels ter inzage op de website van het VBS.

Wij hernemen bondig zijn belangrijkste bemerkingen:

- \* Rechten en plichten moeten bilateraal zijn voor patiënt en arts/zorgverlener en de rechten van de patiënten moeten ook tegenstelbaar zijn aan de instellingen en gezondheidsvoorzieningen .
- \* Essentieel is het persoonlijk karakter van de relatie patiënt-arts - de vrije keuze van arts en van verplegingsinstelling en het solliciteren van een 2de advies zijn onvervreembare rechten van de patiënt
- \* Correcte en adequate informatie voor de patiënt en geïnformeerde instemming is een nastreefbaar ideaal; het beroepsgeheim moet angstvallig bewaard worden
- \* Kwaliteitsvolle geneeskunde verstrekken is zoals altijd het doel van ieder plichtsbewust specialist, die echter het recht moet hebben - vanzelfsprekend buiten elke urgentie en met inachtneming van de continuïteit der zorgen - om in verzorgingsneming te weigeren of het verzorgingscontract op te zeggen
- \* Een resultaatsverbintenis is in de geneeskunde niet mogelijk; het betreft een zorgvuldigheidsverbintenis
- \* Respect voor de persoon, de overtuiging, de oorsprong, de cultuur, de taal van de patiënt is een elementaire deontologische plicht
- \* Wij zijn voorstander van een opvang van klachten door een volledig onafhankelijk ombudspersoon .
- \* Wij treden de handelingsbekwaamheid van minderjarigen vanaf 16 jaar (zoals voorgesteld door Mevrouw DE BLOCK) volledig bij.
- \* Wellicht werd door onze politieke mandatarissen onvoldoende aandacht geschonken aan bv. alles wat in de code van geneeskundige plichtenleer hieromtrent voorzien is.
- \* Ons inziens moeten tezelfdertijd met de rechten ook het bestaan van de plichten beschreven worden.
- \* Een optimale relatie patiënt - arts is wellicht het essentiële element in de rechten van de patiënt. Het betreft een persoonlijke relatie welke als het ware een contract

genereert waarbij de zorgverlener zich met de inzet van zijn middelen verbindt om hulp te bieden. Goede communicatie is hiervoor noodzakelijk wat tijd, vertrouwen en loyaliteit impliceert. Hierbij kunnen emotionele en psychische factoren niet over het hoofd gezien worden.

- \* De hoeksteen van de persoonlijke patiënt - artsrelatie is de vrije keuze van zijn arts door de patiënt, wat ook door deze laatste als een onvervreemdbaar recht aangevoeld wordt.
- \* Wat de inzage van de dossiers betreft, zijn wij van oordeel dat ook in het belang van de patiënt en rekening houdend met de realiteit van de dagelijkse praktijk er een aantal argumenten zijn om het dossier van de patiënt via een arts (zoals in Frankrijk voorzien is voor de hospitaaldossiers), dus indirect, te laten consulteren of te verschaffen of tenminste deze mogelijkheid voor de arts open te laten.
- \* Men gelieve er zich echter rekenschap van te geven dat het uitwerken van dergelijke consensus-informatie geen eenvoudige zaak is. Risico-katalogen van alle pathologieën gespreid over 25 verschillende specialismen bewerkstelligen is een aardige klus!  
Er zijn bovendien belangrijke kosten mede verbonden. Zo beschikken de Duitse chirurgen over een bijna boekdeel-dik pak "informed consents" voor een reeds zeer belangrijk aantal ingrepen, welke door een private onderneming via samenwerking van juristen en chirurgen opgesteld werden en welke men kan kopen tegen de prijs van 570 DM.

Zoals andere sprekers, zoals ikzelf (uitgenodigd als BVAS-voorzitter), pleitte Dhr D. HOLSTERS, Voorzitter van de Nationale Raad van de Orde voor de aanpak van "patiënt-onvriendelijke bepalingen, zoals art. 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landsverzekeringsovereenkomst." Hij wees er ook op dat de rechten van de patiënten niet mogen leiden tot een "artificiële bezorgdheid", een lineair automatisme van standaardformulieren en folders. Ook hij waarschuwt ervoor dat men zou vervallen in een disfunctioneel systeem. Tenslotte wees hij erop dat een ombudsfunctie een medisch inzicht zal vereisen, en dat de Orde der geneesheren een positieve bijdrage kan leveren in de klachtenopvang.

In tegenstelling tot het VBS en de BVAS, pleitte Dr. Ivo UYTTENDAELE, Ondervoorzitter van de Nationale Raad, vóór de rechtstreekse inzage van het medisch dossier.

## **V. Het gerechtelijk "contentieux" van het Verbond.**

### **V.1. Artikel 50 bis van de gecoördineerde GVU-wet van 14.07.1994 (zgn. Wet Vermassens-Lenssens)**

De juridische mogelijkheid voor de Minister om maximumtarieven op te leggen of bij K.B. de conventietarieven tegenstelbaar te maken in twee- of meer-persoonskamers en bij opname van kinderen met begeleiding van de ouders, vormde een verregaande bedreiging voor het akkoordenstelsel. Dezelfde mogelijkheid bij bijzondere vereisten van de patiënt (opname om persoonlijke redenen in een privé-kamer) ging nog een maat verder.

Het Arbitragehof bracht zijn uitspraak op 21 december 2000 (arrest nr 136/2000 - B.S. 23.01.2001), en verwierp heel wat argumenten die door onze raadsman werden naar voren gebracht. Nochtans neemt het Arbitragehof op verscheidene punten een kritisch standpunt in en geeft het zelfs uiting van enig voorbehoud voor de toekomst, wat onrechtstreeks gevolgen heeft voor de herschrijving van het artikel, wat Minister VANDENBROUCKE heeft toegezegd.

Onze raadsman maakt een aantal belangrijke bemerkingen die in dit opzicht van betekenis zijn:

- het Arbitragehof geeft toe dat de wetgeving terzake niet behoort bij de wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen maar eerder bij de geneeskundepraktijk, wat betreft tariefzekerheid en transparantie.
- het geeft eveneens toe dat de aangevochten maatregelen kunnen leiden tot een afremming van de investering in technologische uitrusting van de ziekenhuizen en dat de kritiek die in dat verband werd uitgebracht steunt op een pertinente analyse van de gevolgen die de maatregelen kunnen veroorzaken. Het Hof voegt er evenwel aan toe dat het hier om politieke keuzen gaat.
- ook erkent het Arbitragehof dat de situatie van de geconventioneerde en de niet-geconventioneerde artsen geenszins vergelijkbaar is en dat ze bijgevolg niet aan dezelfde regels kunnen onderworpen worden. Maar...het wijst erop dat de beslissing al dan niet toe treden tot het akkoord afhangt van de persoonlijke appreciatie van de geneesheren, zodat de bepalingen niet "a priori" als discriminerend kunnen beschouwd worden, als men op hen eenzelfde regime toepast. *"De druk die die maatregelen op de keuzevrijheid van de geneesheren uitoefenen, dermate dat hun belang bij de weigering van de toetreding aanzienlijk vermindert, moet bovendien redelijk verantwoord zijn."*
- ook geeft het Hof toe dat de openbare ziekenhuizen de financiële gevolgen van de aangevochten bepalingen gemakkelijker zullen kunnen corrigeren dan de private ziekenhuizen.
- en tenslotte acht het Hof het niet uitgesloten dat uit de verdere ervaring zal blijken of de aangevochten bepalingen disproportionele gevolgen hebben op de inkomens van de artsen, de middelen van de ziekenhuizen, de kwaliteit van de zorgverlening, het evenwicht van de akkoorden, en van het akkoordenstelsel zelf."

Het Arbitragehof laat in feite vermoeden dat de teksten in hun concrete uitvoering zouden kunnen leiden tot inbreuken op het gelijkheidsbeginsel, en dat hiermee door de Overheid en bij de onderhandelingen omtrent de akkoorden, zal moeten rekening gehouden worden.

Verder schrapt het arbitragehof §3 van art. 50bis dat betrekking heeft op de beperking van de supplementen die kunnen gevraagd worden bij opname op éénpersoonskamer.

Tenslotte moet nog vermeld worden dat op 22 januari jl. een aanvullende vordering werd ingediend met het oog op de nietigverklaring van de voormalige overeenstemmende bepaling van art 50bis §3, uiteraard op dezelfde gronden als deze die zopas door het hof weerhouden werden, daar beide teksten identiek zijn.

## **V.2. De oncologie en de beroepstitels**

Ons verzoekschrift tot schorsing en nietigverklaring van het M.B. van 11.04.99 gaf aanleiding tot een gunstig verslag van de Auditeur die verscheidene argumenten tot nietigverklaring aanstipte en zelfs de schorsing van het gehele besluit vroeg. Het verzoek tot schorsing werd toch door de Raad van State verworpen, in feite, omdat we "te braaf" waren geweest. Sommige personen die bij de vordering betrokken waren, hadden de

wens geuit dat de patiënten niet zonder enige bescherming zouden vallen door de, zij het tijdelijke, opschorting van de bepalingen. En we hadden daarmee rekening gehouden, door slechts een zeer fragmentaire schorsing en nietigverklaring te vorderen: alleen het onderscheid tussen "medische oncologie" en "oncologie".

Er werden verscheidene verzoekschriften ingediend, waarvan blijkbaar géén enkel aanleiding gaf tot schorsing. Wel werd inmiddels in het kader van de zaak ingediend door de BVAS een verslag uitgebracht door de Auditeur die duidelijk de nietigverklaring voorstelt. Deze is ten andere haast onvermijdelijk aangezien de bevoegde administratie zelf inmiddels geen gevolg meer heeft gegeven aan de aanvragen die werden ingediend in het kader van de overgangsbepalingen van het bestreden besluit.

Tenslotte vermelden we nog dat tevens een procedure lopende is namens de radiotherapeuten tegen het "erratum" dat voormalig minister COLLA liet publiceren.

### **V.3. De oncologie en de voorwaarden inzake geneesmiddelenvoorschrift**

De procedure tegen het M.B. van 31 mei 1999 vordert blijkbaar veel langzamer dan de voorgaande. Op 09.01.2001. ontvingen we het wederantwoord van de advocaat van de tegenpartij, nl. de minister van Sociale Zaken, die blijkbaar het standpunt blijft aanhouden dat het voorschrift van cytostatica moet gekoppeld blijven aan een bijzondere beroepstitel (?) bekwaamheid (?) "in de oncologie of in de medische oncologie". Dit is uiteraard een belangrijk element waarmee moet rekening gehouden worden, vermits de recentste concepten uitgaande van het ministerie van Volksgezondheid evolueren naar de invoering van slechts twee bijzondere beroepstitels, nl. deze van internist-oncoloog en van pediater-oncoloog, weliswaar vertrekkend van de visie dat hieraan geen functionele privileges mogen gekoppeld worden. De werkgroep "cytostatica" van de Technische raad voor Farmaceutische specialiteiten (TRFS) blijft het tegenovergestelde standpunt handhaven, en wel met de steun van de minister van Sociale Zaken.

Bovendien is de beantwoording van het ministerieel wederantwoord bijzonder moeilijk vermits het MB van 11.04.1999 nog steeds niet is nietigverklaard en evenmin werd ingetrokken zoals minister AELVOET verklaart zinnens te zijn.

### **V.4. De normen van de functies spoedgevallen en MUG.**

In oktober jl. bracht de Auditeur bijna simultaan verslag uit over de drie verzoekschriften die waren ingediend tegen de normen inzake permanentie-bevoegdheden in het kader van de functies "gespecialiseerde spoedgevallen", "eerste opvang van spoedgevallen" en "MUG". De Auditeur oordeelt dat het probleem werd opgelost door het M.B. van 12.02.1999, waarbij de geneesheren van de betrokken specialismen hun bevoegdheid kunnen behouden mits het attest afgeleverd door de hoofdgeneesheer. Wat de Auditeur niet kon weten is dat de ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid anderhalve maand later gingen beslissen de overgangsbepalingen van de bestreden besluiten te verlengen met 2 jaar, doch niet – en dit is van fundamenteel belang voor de continuïteit van de bevoegdheidsrechten – de verschuiving van de deadline van 1.12.2000 naar 1.12.2002, voor de artsen die aanspraak kunnen maken op voormeld attest.

Dat vele geneesheren behorend tot de 13 basisdisciplines benadeeld werden in hun rechten op het gebied van de spoedgevallenzorg, blijkt duidelijk uit het rapport dat recentelijk door de Auditeur van de Raad van State werd opgesteld in het kader van een verzoekschrift ingediend door een chirurg tegen de weigering van zijn erkenning als urgentiearts door voormalig minister COLLA. Het rapport veroordeelt in feite de wijze



waarop de toenmalige Nederlandstalige erkenningscommissie de dossiers behandelde, en o.m. de vereiste stelde dat de aanvrager diensthoofd van de spoedgevallen moest zijn en moest instaan voor de organisatie en de goede werking van de spoedgevallendienst in al zijn facetten. Vereisten dus, die veel verder gaan dan de "hoofdactiviteit" die vernoemd wordt in de overgangsbepalingen van het MB van 12.11.1993.

#### **V.5. Prejudiciële vragen betreffende o.m. het publiek karakter van de rechtspraak in het kader van het RIZIV.**

In het kader van een procedure voor de Commissie van beroep van het RIZIV liet de raadsman van een arts gelden dat zijn cliënt geen billijk proces werd gegund aangezien het RIZIV toegang heeft tot de gegevens uit de beslissingen en rechtspraak van de Beperkte Kamer en de Commissie van Beroep, terwijl dit niet het geval is voor de arts die zich moet verdedigen. De Commissie van Beroep hield evenwel oorspronkelijk vol dat het RIZIV wettelijk niet gemachtigd zou zijn deze beraadslagingen mede te delen want het laatste lid van art 156 voorziet uitdrukkelijk dat "enkel het beschikkend gedeelte der beslissingen wordt bekendgemaakt". Op aandringen van de verdediging besloot de Commissie tenslotte enkele prejudiciële vragen te stellen aan het Arbitragehof.

Het VBS-bestuur besloot, op voorstel van de raadsman, om de verdediging van de medische belangen bij deze prejudiciële vragen te steunen. Dat een relatieve vorm van geheimhouding bestond kan niet in twijffel getrokken worden. Het RIZIV argumenteert nu dat regelmatig geanonimiseerde beslissingen worden gepubliceerd in het trimestrieel "Informatieblad" van het RIZIV. Dit interessant en uitstekend opgesteld tijdschrift bevat slechts af en toe en dan nog een zéér beperkte, selectie van uitspraken en motiveringen van de Beperkte Kamer en Commissie van beroep. Zeker niet in de mate dat de artsen correcte informatie verkrijgen over wat mag en wat niet mag volgens de rechtspraak van de RIZIV-organen.

Inmiddels werd namens de Ministerraad een memorie ingediend waarin tekstueel staat vermeld: "*Le principe contradictoire qui est à la base de tout procès équitable requiert que tout élément invoqué par une partie à l'appui de son argumentation soit communiqué à l'autre partie, ne fut ce que par la mention d'une référence à une publication qui lui soit accessible*". Waaraan wordt toegevoegd dat het RIZIV dan maar moet zorgen dat de stukken anoniem gemaakt worden. En dat het RIZIV zich bereid heeft verklaard zulke anonieme kopij te bezorgen...zodat "*in feite het probleem van de mededeling niet meer bestaat*." De regering geeft dus blijkbaar toe dat er minstens een probleem bestond.

De uitspraak van het Arbitragehof wordt vermoedelijk eerstdaags verwacht.

#### **V.6. Andere RIZIV-zaken**

Nog steeds zijn er procedures hangende omtrent verstrekking 103014 - het consult van de geneesheer-specialist ten huize van de patiënt op aanvraag van de huisarts (o.m. een dermatoloog en twee oogartsen).

Een andere zonderlinge zaak betreft de rechtstreekse tussenkomst van de minister bij een uitspraak van de Beperkte kamer waarbij de tenlaste gelegde feiten als onbewezen werden geacht (de bewijsmiddelen, nl. radiografieën, waren spoorloos verdwenen, volgens de arts bij de geneeskundige controle, en volgens de geneesheer-inspecteur, bij de arts). De regeringscommissaris stelde zijn veto tegen de beslissing. Waarop, nogal logisch, de advocaat van de arts antwoordt: "*En aucun cas, le véto émis peut avoir pour effet de rejuger notre client*", erop wijzend dat de enige mogelijkheid erin bestaat beroep

aan te tekenen bij het daarvoor voorziene rechtscollège, nl. de Commissie van beroep. De minister heeft daar echter geen oren naar en bevestigt botweg het veto met volgende motivering: *"La chambre restreinte, au contraire de la chambre d'appel, n'est pas une juridiction administrative, mais bien un organe de l'administration active. Ce point de vue a d'ailleurs été consacré à plusieurs reprises par le Conseil d'Etat. En conséquence le Commissaire du gouvernement était en droit de prendre son recours contre une décision administrative qu'il estimait contraire à la loi, aux statuts ou à l'intérêt général"*.

#### **V.7. Het arrest van 22 maart 2000 van het Hof van beroep van Antwerpen (plastische chirurgie en dermatologie).**

Onze raadsman werd verzocht om de Minister van Justitie te verzoeken opdracht te geven aan de Advokaat-Generaal om bij het Hof van Cassatie de nietigheid te vorderen van het arrest van 22.03.2000 van het Hof van Beroep van Antwerpen dat oordeelde dat er twijfel is of de behandeling van huidafwijkingen, waaronder tatoeages, bij middel van lasertechnieken, een medische handeling is.

Inmiddels heeft het detatoeagebedrijf tegen hetwelk de oorspronkelijke klacht werd ingediend, een eis tot schadevergoeding gericht tegen een plastisch chirurg, de Beroepsvereniging van de plastische chirurgen en de gerechtelijke Overheid, wegens schade die uitsluitend aan deze laatste is toe te schrijven.

#### **V.8. Bijzondere eisen van de patiënt : raadpleging op afspraak.**

De arbeidsrechtbank van Brugge sprak zich op 12.05.2000 uit in het kader van een vordering ingesteld door een ziekenfonds namens de patiënt tegen een geneesheer-specialist die een honorariumsupplement had aangerekend wegens raadpleging op afspraak. Meer dan zeven jaar na de feiten, want de geneeskundige verstrekkingen zelf dateren van 09.10.1992 en het kwestieuze supplement bedroeg 984,-BEF. Door het VBS waren inmiddels ook verscheidene brieven geschreven naar het ziekenfonds.

De arbeidsrechtbank oordeelde dat de teksten van de conventie misschien wel voldoende duidelijkheid bieden wat betreft de bijzondere eis "opname op een privé-kamer", maar daarentegen enigszins aan klaarheid missen wat betreft "consulten op afspraak". Het ziekenfonds werd nochtans in het ongelijk gesteld. De rechtbank meende immers dat *"...niet kan worden ontkend dat X hoe dan ook om een afspraak had verzocht, en verweerder (de arts) volgens zijn eigen schriftelijke verklaring thuis heeft opgebeld met die bedoeling: de dienst...in ..het ziekenhuis daarentegen (alwaar deze medicus ook een open consultatie verzorgt op woensdagvoormiddag en vrijdagnamiddag) werd door hem niet gecontacteerd, hetgeen voor deze rechtbank veelzeggend is. Zulks impliceert dat betrokkene geen tijd wou verliezen in de wachtkamer van voormelde verplegingsinstelling. Meteen is komen vast te staan dat X om een raadpleging op afspraak heeft verzocht, maar daarmee tevens een bijzondere eis heeft gesteld in de zin van het akkoord."*

De arbeidsrechtbank maakt wel enkele kritische bedenkingen met enige nuancerende betekenis wat betreft het begrip "op afspraak": *"Zo zijn er ongetwijfeld artsen die, wanneer ze in een ziekenhuis op afspraak ontvangen, een supplement vragen, en dit niet doen wanneer ze daar consult verstrekken zonder afspraak. Het is daarnaast niet uitzonderlijk of ondenkbeeldig dat artsen de facto alleen op afspraak in het ziekenhuis te bereiken zijn, zonder daarbij supplementen aan te rekenen."*

*"...De wetenschap bij de patiënt, die met zijn behandelend specialist een afspraak maakt (zelfs binnen de door de arts zelf voorgestelde dagen en uren), dat hij dientengevolge een*

*hoger ereloon zal dienen te betalen is, gezien het gebrek aan transparantie en diversiteit van alle mogelijke hypotheses, allerm minst evident en mag bijgevolg niet zonder meer worden verondersteld."*

Maar tenslotte geeft de rechter de kernvereisten om aan het begrip "afpraak" te voldoen:  
"*...een afspraak houdt immers principieel in dat :*

- *geen beurt moet worden afgewacht in een naar belangrijkheid voorspelbare groep, en*
- *de consultant zeker is van de persoon van dienstdoende arts."*

### **V.9. Reumatologie : connexe klinische biologie en radiologie**

De Beroepsvereniging van de reumatologen, die in juli 1999 naar de Raad van State was getrokken tegen de gevolgen van de forfaitarisering van de medische beeldvorming, stelden eveneens een procedure in gang tegen het KB van 21.03.2000 (B.S. 30.03.2000 – in voege per 1.05.2000) waarbij de forfaitarisering van de ambulante klinische biologie a rato van 75% werd doorgevoerd. Daarbij dient opgemerkt dat al deze procedures nog lopende zijn, inbegrepen de oorspronkelijke procedure tegen de forfaitarisering van de klinische biologie (KB van 24.09.92), waarbij een jaarlijks degressief honorarium van 300,200,100, en tenslotte 0 BEF voorzien was. Het ligt voor de hand dat het onmogelijk is analyses uit te voeren aan het resterende marginaal tarief van 25 %. Connexisten hebben immers geen recht op de forfaitaire honoraria die theoretisch de 75 % forfaitarisering moeten vervangen, inclusief de besparing met 1.200 miljoen BEF die minister VANDENBROUCKE de ambulante sector klinische biologie heeft opgedrongen vanaf het jaar 2000.

### **VI. Oncologie : stand van zaken op het terrein**

Vorig jaar hebben we uitvoerig stilgestaan bij de problematiek "medische oncologie en oncologie" (cfr. ons jaarverslag van 05.02.2000 onder de punten IV.4, IV.5 en VI.5.1.)

Alhoewel veel over de oncologie werd gedebatteerd is strictu sensu op wetgevend vlak inmiddels niets veranderd. Geen enkele specialist die zijn aanvraag indiende om erkend te worden als "medisch oncoloog" of als "oncoloog" bekwam zijn erkenning. Er werd een standaardantwoord teruggestuurd dat de aanvraag voorbarig was. Vermoedelijk omdat Prof. Dr. Simon VAN BELLE (U.Z. Gent) lucht kreeg van een nieuw ontwerp van Ministerieel Besluit dat de medisch oncoloog en om het even welke "orgaan"-specialist met een bijzondere interesse en bekwaming in de oncologie – vastgesteld door de Medische Raad van het betrokken ziekenhuis – de coördinator kan worden van de multidisciplinaire oncologische equipe, ontketende hij een media-campagne tegen de kankerpatiënten en hun behandelende artsen onder de titel "4 op 10 kankerpatiënten worden verkeerd of niet behandeld" (Knack 10 januari 2001).

Samen met de BVAS heeft het VBS bij de Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen van de Orde der Geneesheren op 12.01.2001 klacht ingediend tegen Dr S. VAN BELLE en in de media zijn verontwaardiging geuit dat deze "collega" het gerechtvaardigd vindt om de patiënten de stuipen op het lijf te jagen om zijn grote gelijk te halen. Volgens VAN BELLE en zijn enkele tientallen discipelen mag in België geen enkele kankerbehandeling meer gestart worden tenzij na advies en goedkeuring van een medisch oncoloog. Zoals onze voorzitter via een enquête door zijn beroepsvereniging van de chirurgen aantoonde, zijn in de grote meerderheid der ziekenhuizen sinds geruime tijd al multidisciplinaire equipes aan het werk en wordt, voor specifieke gevallen, wel degelijk de hulp ingeroepen van een internist-oncoloog.

Onze besprekingen met de kabinetten van Volksgezondheid (via adviseur Prof. Dr. Marc WAER) en Sociale Zaken (via adviseur Dr. Jan NAGLER) verliepen trouwens in een zeer constructieve sfeer en de "oude zorgprogramma's à la COLLA" werden inmiddels opgeborgen.

## **VII. Urgentiegeneeskunde**

### **VII.1. Erkend tegen de zin van de bevoegde ministers**

Op 28.01.2000 (KB 19.01.2000) verschenen de lijsten van de erkende gespecialiseerde spoedgevallenfuncties in het Belgisch Staatsblad. Ongeveer 145 diensten werden erkend, in toepassing van de normen uitgevaardigd door voormalig minister Marcel COLLA. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) had op 16.12.1999 een advies uitgebracht waarin de programmatie van de diensten afgewezen werd en een evaluatie werd aanbevolen van de activiteiten, de werking van de diensten en een behoeftenonderzoek.

### **VII.2. De beleidsnota van de ministers M. AELVOET en F. VANDENBROUCKE dd. 20 juni 2000**

Nauwelijks was de inkt van de erkenningsbesluiten droog, zegt een protestnota getekend J. VAN CAMP, VVI-Voorzitter en C. BOONEN, Algemeen Directeur, of de helft van het aantal erkende functies moet al verdwijnen! Immers, vooral onder de budgettaire druk uitgeoefend door het kabinet van Sociale Zaken, had minister M. AELVOET op 20 juni al een beleidsnota tot bijsturing van het spoedgevallenbeleid verspreid, stellende dat de hervorming van de spoedgevallenzorg niet het "resultaat had opgeleverd dat de federale overheid ervan had verwacht" en dat de thans erkende gespecialiseerde functies niet in staat zijn "zware pathologie" op te vangen. Die verklaringen schoten bij de vertegenwoordigers zowel van de ziekenhuisbeheerders als van de artsen meteen in het verkeerde keelgat. Op basis van welke evaluatiegegevens kon zoiets vooropgesteld worden?

De bedoeling was duidelijk budgettair: het aantal functies herleiden van 145 tot ong. 75 à 85. Omwille van mogelijke risico's t.g.v. hooliganisme tijdens de nakende Euro-2000, werd weliswaar de verschuiving van de maatregel tot het najaar vooropgesteld.

De beleidsnota voorzag volgende herstructurering :

- het begrip "eerste opvang" verdween; er werd overgestapt naar een functie "spoedgevallen" en een functie "gespecialiseerde spoedgevallen", waarbij ook de "gewone" spoedgevallenfunctie kon ingeschakeld worden in de dienst "100", behalve in geval van MUG-interventie. De "gespecialiseerde functie zou voortaan gekoppeld worden aan de MUG-functie. De erkenningen zouden bovendien toegekend (of uitgeschakeld) worden op basis een trapsgewijze selectie in functie van een dienstenpatroon (intensieve zorgen, CT, neurochirurgie, cardiaal zorgprogramma B...). De "gespecialiseerde functies zouden dan samenwerkingsakkoorden moeten afsluiten met de ziekenhuizen die over een gewone "spoedgevallen" beschikken omtrent de bestemming van de patiënten en hun onderling "transfert"-beleid. Dergelijke akkoorden zouden door incentieve (financiële) beleidsmaatregelen aangemoedigd worden.

Een ganse reeks elementen lokten dadelijk zware kritiek uit: de aanpak via programmatie van de MUG, de onderlinge koppeling aan diensten en functies, het arbitraire van de zgn.

inhoudelijke functiebepaling (die er trouwens niet was), het in gedrang brengen van de lokale en regionale afspraken, enz... Bijzonder irriterend was ook het onzinnige criterium volgens hetwelk het radiologisch protocol binnen de 15 minuten moest beschikbaar zijn.

- in de gewone spoedfunctie zouden de permanenties kunnen verzekerd worden door de geneesheren-specialisten van de klassieke 13 basisdisciplines. In de gespecialiseerde functie daarentegen zouden alleen urgentisten, kandidaat-urgentisten en de zgn. brevetteisten in aanmerking komen. Dit leverde meteen de kritiek van onzentwege op dat de gespecialiseerde functies vermoedelijk ook aanwezig zouden zijn in de ziekenhuizen met opleidingscapaciteit, zodat de bepalingen van de algemene criteria, meer specifiek m.b.t. de opleiding van de 13 basisspecialisten op het vlak van de multidisciplinaire urgentiezorg in gedrang zouden komen.

Op 28.08.00 bespraken we de beleidsnota met een afvaardiging van het Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP). Het kwam vlot tot een consensus waarbij gesteld werd dat het beoogde afbouwbeleid moest verhinderd worden. Ook de visie van het kabinet van Volksgezondheid dat op hetzelfde moment de oprichting van een 85-tal huisartsencentra beoogde, inclusief de spoedopvang, werd eensgezind verworpen. Verder werd voorgesteld :

- dat in het kader van de 100 de keuzevrijheid van de patiënt moet gewaarborgd worden, en dat alleen de patiënt die zich in een levensbedreigende situatie bevindt naar het ziekenhuis met MUG-standplaats dient gevoerd te worden, in zoverre hij zelf uit vrije keuze geen andere bestemming heeft aangegeven (bewuste patiënt). Deze vrije keuzeregeling zou gelden binnen een welbepaalde straal (10 à 12 km vanaf de plaats van de MUG-opvang). De (gewone) functie "spoedgevallen" wordt uiteraard mee ingeschakeld in de "100".

- wat de bestemming van de "100" betreft, inclusief MUG, en mits vrije keuze, wordt rekening gehouden met de specialisatie van het ziekenhuis (bv. obstetricale urgenties bij voorkeur naar een ziekenhuis met materniteit -opvang, zelfs indien geen gespecialiseerde spoed).

- alle betrokken ziekenhuizen zouden in aanmerking genomen worden in de lokale samenwerkingsakkoorden m.b.t. MUG -bediening.

Deze consensusstandpunten werden vervolgens goedgekeurd door de respectievelijke bestuursorganen van VBS en BeCEP.

Op 14.09.00 bracht de afdeling "Programmatie en Erkenning" van de NRZV haar advies uit over de beleidsnota "bijsturing van het beleid inzake spoedgevallenzorg". Deze verzetten zich tegen de opsplitsing in een functie "spoedgevallenzorg" en een "gespecialiseerde" functie, en pleitte ervoor dat de financiering moet gestoeld worden op een objectieve evaluatie van de activiteit.

Op basis van een aantal gegevens afkomstig van het Ministerie van Volksgezondheid blijkt dat jaarlijks 20% van de bevolking beroep doet op een spoedgevallendienst en dat het percentage spoedgevallen dat tot hospitalisatie leidt ongeveer 40% van het totaal aantal opnamen vertegenwoordigt. Het feit dat jaarlijks 2.260.000 patiënten in een spoedgevallendienst terecht komen moet o.i. de overheid aansporen tot een zeer voorzichtig omspringen met herstructureringsplannen.

Voorts heeft de NRZV verzocht dat het College van Geneesheren van de spoedgevallenzorg zo spoedig mogelijk werk zou maken van de registratiemodellen om de evaluatie van de activiteit te organiseren. Verder verwerpt de Raad de koppeling van de

programmatische van de “gespecialiseerde” functies aan de MUG-programmatie. Evenzeer als de normatieve echelonnering. Ook suggereert de NRZV de financiering te herzien op basis van de specifieke activiteiten van de spoedgevallendiensten, met een vast gedeelte om de permanentienormen te waarborgen en, desgevallend een variabel gedeelte naargelang de werklast.

### **VII.3. De problematiek van de opleiding**

De bestaande normen van de spoedgevallenfuncties evenals de algemene erkenningscriteria van geneesheren-specialisten moeten toegepast en uitgevoerd worden. In september 1999 had de “Ad hoc werkgroep” van de Hoge Raad hieromtrent een consensus bereikt, waaraan blijkbaar geen verdere uitvoering werd gegeven, noch ter hoogte van het kabinet van Volksgezondheid, noch vanuit de administratie van de Geneeskundepraktijk.

Ook deze materie werd grondig besproken tijdens het overleg met de vertegenwoordigers van het BeCEP op 28.08.00. Aan de artsen die opgeleid worden in de 13 basisspecialismen die aanleiding kunnen geven tot de bijkomende beroepstitel in de urgentiegeneskunde moet een opleiding in de spoedgevallengeneeskunde gegeven worden gedurende de voorziene verplichte theoretische opleiding tijdens de twee eerste opleidingsjaren, terwijl deze kandidaat-specialisten de mogelijkheid moeten hebben hun eveneens verplichte stage in de spoedgevallen te volbrengen. Die stage staat onder de leiding van de specialist in urgentiegeneskunde, diensthoofd van de “gespecialiseerde” functie, wiens evaluatie een verplicht onderdeel vormt van de specialisatie-opleiding in voormelde disciplines.

De vertegenwoordigers van BeCEP hebben geen enkel bezwaar tegen deze regeling. Collega J. STROOBANTS stelde ten andere voor om ook de beleidsnota “Bijsturing van het spoedgevallenbeleid” aan te passen met overgangsmaatregelen, waarbij de kandidaat-specialisten in die 13 disciplines, mits meer dan twee jaar opleiding en mits een urgentiearts oproepbaar is, in te schakelen in de permanenties.

Op initiatief van Prof. Dr J. GRUWEZ werd een brief gericht aan de Voorzitter van de Hoge Raad door de Voorzitters van de erkenningscommissies en de professoren van de verschillende faculteiten, van de specialismen anesthesie-reanimatie, inwendige geneeskunde en chirurgie. Tot nog toe werd hieraan geen concreet gevolg gegeven. Het probleem werd aangekaart tijdens een onderhoud dd. 20.12.00 op het kabinet van Volksgezondheid, met Prof. M. KEIRSE, welke blijkbaar niet op de hoogte was. De brief werd opnieuw overhandigd en mondeling beantwoord met de formele belofte er gevolg aan te geven.

Bij die gelegenheid brachten wij ook de besluiten in herinnering van de “ad hoc werkgroep” van de Hoge Raad die op 21 oktober 1999 samenkwam (cfr punt V.3. van het jaarverslag van 5.02.2000) De tekst met het ontwerp van ministerieel besluit dat uit deze werkgroep resulteerde en dat ons door Dr J.P.DERCQ per fax op 22 oktober werd bezorgd, werd zeer nadrukkelijk aan de Heer KEIRSE overhandigd. Veertien maand na datum wist de kabinetschef echt niet waar het over ging.

Ik herhaal mijn titel van vorig jaar, maar voeg er een vraag- en uitroepteken aan toe: “Spoed : langzaam maar zeker (?), maar zeker langzaam !”

#### **VII.4. Attestendag en de permanenties.**

Op de vraag van onze voorzitter, Prof. Dr. J. GRUWEZ, antwoordde Minister Magda AELVOET op 01.12.2000, dat de overgangstermijn waarbinnen de geneesheren-specialisten in één van de dertien basisspecialismen die de toegang verlenen tot de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde de minimale permanentie in de spoedgevallenfunctie kunnen waarnemen, die in principe verstreek op 01.12.2000, bij ministerieel besluit zullen verlengd worden met minstens één jaar.

17 dagen later, in een omzendbrief dd. 18.12.2000 aan de beheerders van de ziekenhuizen, schrijven de ministers VANDENBROUCKE en AELVOET dat de overgangstermijn met 2 jaar wordt verlengd, tot 01.12.2002.

Wij citeren : "*Deze verlenging zal gebeuren door :*

- *een ministerieel besluit genomen met toepassing van artikel 13 § 4 van hogergenoemd K.B. van 27 april 1998,*
- *een ministerieel besluit genomen met toepassing van artikel 18 § 4 van hogergenoemd K.B. van 10 augustus 1998;*

*Beide ontwerp M.B.'s werden reeds voor advies aan de Raad van State overgemaakt. Het is de bedoeling dat de MB's in werking treden op 1 december 2000.*

*Hierdoor wordt het dus mogelijk dat tot 1 december 2002 :*

- *het diensthoofd, zoals omschreven in artikel 8 (K.B. van 27 april 1998) en artikel 5 (K.B. van 10 augustus 1998), ook een geneesheer-specialist<sup>1</sup> mag zijn;*
- *de medische permanentie, zoals omschreven in artikel 9, § 1 (K.B. van 27 april 1998) en artikel 6, § 2 (K.B. van 10 augustus 1998), ook mag worden waargenomen door een geneesheer-specialist<sup>2</sup> of een geneesheer-specialist in opleiding<sup>3</sup>.*

Wat betreft de reductie van de bestaande van 3 naar 2 inslapende artsen voor de combinatie van de "gespecialiseerde functie spoedgevallenzorg" en de "MUG", verzekerde kabinetschef Manu KEIRSE ons bij ons bezoek op 20.12.2000 aan het kabinet AELVOET dat het ontwerp van wijzigings-K.B. voor advies bij de Raad van State ligt.

#### **VII.5. Erkenningscommissies urgentiegeneskunde hersamengesteld**

Zoals in mijn verslag van vorig jaar vermeld (punt IV.7) vernietigde de Raad van State op 30 juli 1999 de benoeming van de leden op de bank van de beroepsverenigingen van de erkenningscommissie van artsen, houders van een bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde.

Op 26.01.2001 publiceerde het Belgisch Staatsblad het M.B. van 03.01.2001 met de benoeming van de nieuwe leden. De namen stemmen overeen met de lijst die gezamenlijk op 14.02.2000 werd ingediend door VBS, BVAS, Kartel en BeCEP.

---

<sup>1</sup> Zoals bedoeld in artikel 2, § 1 van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde.

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Idem en voor zover dat deze kandidaat-geneesheer-specialist tenminste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt opgenomen is in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van de reanimatie en de dringende medische behandeling.

## **VII.6. Forfaitaire permanentiehonoraria gewijzigd : K.B. 04.12.2000 (B.S. 16.01.2001)**

Tegen het herhaald negatief advies van de Technisch Geneeskundige Raad in, publiceerde Minister VANDENBROUCKE, gebruik makende van artikel 35 § 2, 2° en 3° (cfr. ook II.4), een K.B. over de financiering van de forfaitaire honoraria per opneming.

Hiervoor hevelt hij 300 miljoen over van de 650 miljoen BEF die hij zegt te besparen in de cardiologie.

Alhoewel het K.B. expliciet verwijst naar het K.B. van 27 april 1998 dat o.m. de 13 specialismen opsomt die in aanmerking komen om ingeschakeld te worden in de functie spoedgevallenzorg, wordt de neurologie eens te meer vergeten in de omschrijving 590225 :

"Forfaitair honorarium voor intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis, per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, K, L, M of N van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een erkende functie voor intensieve zorg ... A 40.

Minstens één van de artsen met intramurale permanentie is, of houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, of houder van de bijzondere beroepstitel intensieve zorgen, of een erkend specialist in de inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, reumatologie, pediatrie, anesthesiologie, heelkunde, neurochirurgie, orthopedie, plastische heelkunde, urologie".

Dit zal zo spoedig als mogelijk worden rechtgezet.

De conditionering "minstens één ... urologie" slaat alleen op de omschrijving 590225 en niet op de nummers 590166, 590181 en 590203 die respectievelijk het forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis, per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, K, L, M of N van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie eerste opvang van spoedgevallen omschrijft, resp. over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallen en resp. over een erkende functie voor intensieve zorg.

De verstrekkingen 590166, 590181, 590203 en 590255 zijn slechts éénmaal aanrekenbaar per opneming en zijn onderling niet cumuleerbaar.

De minister hield er aan om een bijzondere code te creëren voor het uitrukken van de MUG, nl. nr. 590472 : "Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het kader van een extramurale medische interventie van een mobiele urgentiegroep, ingevolge van een oproep naar het éénvormig oproepstelsel "100" ... A 50.

De verstrekking 590472 mag slechts aangerekend worden als de arts die de permanentie van de "mobiele urgentiegroep" waarneemt aan de kwalificaties voldoet zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 augustus 1998, houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om erkend te worden".

A 50 komt overeen met 1.694 BEF. Het is uiteraard volstrekt onmogelijk om drie stafleden 24 uur op 24 in standby te houden voor eventuele MUG-oproepen aan dit bedrag. Bij een gemiddeld aantal oproepen van +/- 2 per dag in een ziekenhuis buiten een grote agglomeratie betekent dit een bruto uurloon van 141 BEF.

Het voorstel dat door de TGR was geformuleerd was veel evenwichtiger opgebouwd, en droeg de goedkeuring weg van zowel de universitaireren als van de vertegenwoordigers van beide artsensyndicaten.



Waarom ook hier de minister zijn wil wou doordrijven mag Joost ... of is het Jan (Beeckmans) weten ?

De BeCEP liet ons weten helemaal niet gelukkig te zijn met de nomenclatuurwijziging in verband met de MUG, en vraagt zich af of er nog voldoende ziekenhuizen kandidaat zullen zijn om een MUG te bemannen.

## **VIII. Het ziekenhuislandschap**

### **VIII.1. Artikel 128 bis van de ziekenhuiswet: de mededeling van statistische en boekhoudkundige gegevens aan de Medische Raad.**

Half februari ontving het Secretariaat van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen (NPCGZ) een ontwerp KB tot uitvoering van art 128bis van de wet op de ziekenhuizen, tot nadere bepaling van de inlichtingen (statistische en boekhoudkundige) die de ziekenhuisbeheerder moet verstrekken aan de medische raad. Het was bedoeld als een tegemoetkoming naar de geneesheren toe, zoals trouwens ook al bleek uit de eerste zin van een begeleidende brief die collegiaal was ondertekend door de ministers van Volksgezondheid en van Sociale Zaken, M. AELVOET en F. VANDENBROUCKE: “ Reeds verscheidene jaren wensen de ziekenhuisgeneesheren nauwer te participeren aan het beheer van het ziekenhuis teneinde de medische continuïteit en kwaliteit te verzekeren”.

Het werkelijke opzet werd wel enigszins anders gemotiveerd, nl. de administratieve last van de beheerder niet verhogen, en mogelijks onnuttige gegevens weglaten. Daarbij werd in elk geval het principe gehuldigd van de “niet-identificatie van individuele gegevens”. De overdracht van gegevens zou (slechts) éénmaal per jaar gebeuren en gevolgd moeten worden door een mondelinge toelichting door de beheerder, via het overlegcomité als dit in het ziekenhuis bestaat, zoniet op initiatief van de medische raad die de beheerder uitnodigt.

Tevens was een KB-ontwerp tot uitvoering van art 137 van de ziekenhuiswet bij het bundeltje gevoegd , teneinde uniforme boekhoudkundige regels te bepalen voor de werking van de centrale inningsdienst van de honoraria.

De NPCGZ besprak de ontwerpen op 3 maart, 14 maart, 28 maart en 18 april. Het eerste KB-ontwerp bevatte wel enkele bepalingen die technische vragen uitlokten, zoals o.m.

-de (verplichte) mededeling van het percentage van de erelonen dat aan de ziekenhuizen toekomt voor de verschillende diensten, inbegrepen voor “het geheel van de raadplegingen (totaal van de kostenplaatsen 840 tot 899)”, waar deze honoraria meestal buiten de centrale inning vallen. Er werd dus gevraagd om ook een andere wijze van mededeling te voorzien.

- de medische raad moest de vertrouwelijkheid van de gegevens respecteren en mocht ze in geen geval buiten de medische raad verspreiden. Vandaar de terechte vraag vanwege de geneesheren omtrent de mogelijkheid voor de medische raad om zich te laten bijstaan door een extern deskundige, welke uiteraard tot discretie gehouden is. Dit is ten andere in de huidige situatie trouwens een recht van elke geneesheer die redenen kan aanvoeren om het bedrag van de afhoudingen op zijn honoraria te betwisten.

Van meet af aan bleek de bank van de ziekenhuisbeheerders behoorlijk verdeeld. Sommigen zagen geen bezwaren in het KB-ontwerp. Anderen, vooral de vertegenwoordigers van het VVI, vonden dit onaanvaardbaar en kwamen aandraven met

tegeneisen. Ze voerden aan dat dergelijke maatregelen een “escalatie van vragen en eisen” zouden veroorzaken en de “bestaande uitwisseling van gegevens zouden verstrammen”. Ze eisten :

- ofwel algemene verplichte centrale inning van de poliklinische activiteiten, ofwel dat de transparantie zou gerelateerd worden tot de graad van integratie in het ziekenhuis, d.w.z. gegevensmededeling mits centrale inning van de poliklinische activiteiten.

- het erkennen (door de medische raad) van de ziekenhuisrevisor als een volwaardig en betrouwbaar gesprekspartner en het niet in vraag stellen van de voor echt verklaarde gegevens die door de revisor worden overgemaakt.

Van een extern deskundige voor de medische raad kon voor het VVI geen sprake zijn! Dit staat nochtans uitdrukkelijk in art 32, §1,1° van het KB van 10.08.1987 over de Medische Raden.

Uiteindelijk gaven de discussies aanleiding tot een verslaggeving vanuit de NPCGZ waarin de verschillende standpunten werden opgenomen. Het document werd als dusdanig aan de ministers bezorgd. Wel kwam er een eenparig gunstig advies over het KB tot uitvoering van art 137 van de ziekenhuiswet.

Inmiddels verscheen in de sociale programmawet van 2 januari 2001 (B.S. van 03.01.01 2<sup>e</sup> editie) een artikel 60 tot wijziging van art 128bis. De toelichting is overduidelijk: “In de huidige versie van art.128bis wordt gestipuleerd dat de Koning, overeenkomstig nader door Hem te bepalen regels, kan bepalen welke financiële of statistische gegevens door de beheerder moeten worden medegedeeld aan de Medische raad van een ziekenhuis. De voorgestelde wijziging strekt ertoe om de Koning de bevoegdheid te verlenen om ook de voorwaarden vast te stellen.” Men kan zich dus verwachten aan een vernieuwde, geconditioneerde versie van het oorspronkelijk ontwerp, met uiteraard vernieuwde discussies in de schoot van de NPCGZ rond deze gevoelige problematiek .

### **VIII.2. De sociale akkoorden en het onderdeel B6 van het ziekenhuisbudget.**

De discussies omtrent nieuwe sociale akkoorden voor de non-profit sector in de loop van de maand februari 2000, liepen op 01.03.2000 uit op een ware onderhandelingsconclaf, tijdens dewelke de partijen in de nachtelijke uren tot de vaststelling kwamen dat men was vergeten de artsen bij de besprekingen te betrekken. Immers een deel van het personeel van de verzorgingsinstellingen wordt vergoed uit de medische honoraria. De regering besloot dan maar de weerslag van de sociale akkoorden voor dit personeel integraal te vergoeden via de verpleegdagprijs.

Enkele maanden later pakten de ministers AELVOET en VANDENBROUCKE echter uit met een K.B.-ontwerp dat zo goed als identiek was aan datgene dat destijds (K.B. 29.09.1992) door de toenmalige minister van Sociale Zaken, Philippe MOUREAUX, werd voorzien, nl. een graduele toekenning van de additionele gedeeltelijke vergoedingen, naargelang aan een aantal voorwaarden inzake centrale inning van de honoraria, mededeling van financiële gegevens en zgn. integratie van de medische activiteit, wordt voldaan. De Raad van State had dit K.B. destijds nietig verklaard, wat tot gevolg had dat dan maar door de regering DEHAENE art 139bis in de ziekenhuiswet werd opgenomen (K.B. 16.04.97, bekrachtigd bij wet van 12.12.97, ondanks de belofte van de toenmalige premier, enkele maanden later, dit terug in te trekken). Het B6 besluit bleef dode letter, maar de B6-vergoedingen bleven desalniettemin onverstoord verder uitgekeerd worden, acht jaar lang, in totale onwettigheid.

Met het nieuwe B6-ontwerp pleegden de ministers een formele woordbreuk, vermits ze de volledige vergoeding van financiële weerslag van de sectoriële akkoorden onvoorwaardelijk hadden toegezegd. Dat was ook de reactie van beide banken in de schoot van de NPCGZ toen haar het ontwerp op 18 september 2000 werd voorgelegd. Dit laatste werd trouwens met eenparigheid verworpen. De ziekenhuisbeheerders oordeelden dat de in het ontwerp voorziene voorwaarden niet konden verwezenlijkt worden en hoe dan ook niet tot de afspraak hoorden. Sommigen vonden trouwens dat het nonsens was de volledige toekenning van de B6-vergoeding te koppelen aan de voorwaarde dat de artsen in dienstverband moeten werken. Bovendien werd door ons de aandacht gevestigd op een verre van onschuldige tekstwijziging. Het betrof immers “de kosten die het gevolg zijn van de bijkomende voordelen voorzien in de sectoriële akkoorden, die toegekend worden aan het personeel dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd...” Voor deze omschrijving was het omstreden art. 139bis niet ééns nodig geweest, want de bedoeling daarvan was precies ook de onrechtstreekse toerekening mogelijk te maken. Het ganse effect van de sectoriële akkoorden zou dus, wat betreft de indirect doorgeredende personeelslast, wel door de artsen moeten betaald worden. Dit was dan meteen een tweede woordbreuk!

Na advies van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), zou minister VANDENBROUCKE besloten hebben de nieuwe B6-regeling onvoorwaardelijk bij KB te regelen. Inmiddels verscheen reeds in de sociale programmawet van 2 januari 2001 (BS 03.01.01) een artikel 61 waarbij de toegekende B6-uitkeringen voor de periode 1992 t.e.m.2000 door de ziekenhuizen verworven blijven. Toch kan men niet anders dan deze maatregel als discriminerend beschouwen, vermits de ziekenhuizen die niet aan alle voorwaarden van het nietig verklaarde B6-besluit van minister MOUREAUX voldeden, een belangrijk deel van hun rechten hebben verloren, zonder enige rechtsgrond. De B6-regeling naar de toekomst toe, voor de uitvoering van de sectoriële akkoorden van mei 2000, moet nog bij KB voorzien worden.

### **VIII.3. De afzetting**

Ondanks de overduidelijke toelichting die J.L.DEHAENE als toenmalig minister van Sociale Zaken gaf in een historische brief van 16 april 1986 aan VBS-voorzitter G. DES MAREZ, blijken sommige rechtbanken af te wijken van het verplicht voorafgaand advies van de Medische Raad. Voor de rechtszekerheid van de medische staf is het dan ook van het grootste belang dat de toepassing van het verzwaard advies van de Medische Raad in geval van beëindiging van de rechtsverhoudingen met een geneesheer, uitdrukkelijk in de algemene regeling van de rechtsverhoudingen wordt voorzien.

Ingaand op een suggestie van Dhr. C. DECOSTER, Directeur-generaal van het Ministerie van Volksgezondheid en destijds medewerker op het kabinet DEHAENE, nodigde minister van sociale zaken VANDENBROUCKE de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen uit om haar omzendbrief van 8 november 1991 betreffende de procedure ter beëindiging van de rechtsverhoudingen tussen de beheerder en de ziekenhuisgeneesheer te actualiseren in het licht van de thans voorhanden zijnde rechtspraak (brief dd. 23.10.2000). De bespreking hiervan kon nog niet afgerond worden en werd verdaagd tot een latere datum.

Het ASGB, dat reeds eerder pleitte voor een wijziging van de ziekenhuiswet, stelde recentelijk voor om art 125, 7° dermate aan te passen dat voor elke vorm van beëindiging van de rechtsverhouding tussen de beheerder en de ziekenhuisarts het versterkt advies van de Medische Raad zou gelden, behalve voor de beëindiging van rechtswege en de beëindiging in onderling akkoord.

Woorden kunnen ook hier misleidend zijn. De algemene regeling van de rechtsverhoudingen moet tot stand komen onder het verzwaard advies van de Medische Raad. Is het dan verkieslijker de bepaling van de inhoudelijke interne negociatieruimte over te laten aan een wettelijk initiatief ? Met de huidige machtshebbers op Volksgezondheid en Sociale Zaken kan dit alleen maar leiden tot de afbouw van het luttele restje betrokkenheid van de geneesheren bij het beheer van hun ziekenhuis. Is zoveel vertrouwen in de artsvriendelijkheid van de politieke wereld wel verantwoord? Zelfs met geschreven woorden van ex-eerste ministers wordt geen rekening meer gehouden !

Bovendien begaat het ASGB een zware vergissing met de uitzondering van "beëindiging van rechtswege". Er zijn vermoedelijk in dit land voldoende beheerders met fusieplannen die niet liever willen dan de rechtsverhoudingen met hun artsen van rechtswege beëindigd te zien in geval van fusie of overname. In de huidige woelige herstructurering van de ziekenhuissector, die nog lang niet is uitgedeind kan men dergelijk initiatief missen als kiespijn. Wanneer we de ideeën dienaangaande van ASGB-Ondervoorzitter J.P BAEYENS in herinnering brengen (cfr VIII.4), ziet zelfs een blinde meteen dat dergelijk initiatief kan gelijkgesteld worden met collectieve zelfmoord voor twee derden van de Belgische ziekenhuisartsen.

#### **VIII.4. Koninklijke, universitaire en basisziekenhuizen**

Via een interview met "Vers l'Avenir" (17.04.2000) liet minister AELVOET uitschijnen dat ze een strikte hiërarchisering wou tussen universitaire en regionale ziekenhuizen.

Het moment was niet ideaal gekozen, vermits Albert II net voor een cardiale ingreep in het O.L.Vrouwziekenhuis te Aalst verbleef.

In alle media ontstond een uitgebreide polemiek.

"Welke toekomst voor de universitaire ziekenhuizen in België ?" vroeg Dr Bart VANDAELE, algemeen directeur U.Z.K.U.Leuven zich vertwijfeld af in De Standaard (20.04.2000).

Zijn stelling luidt dat het op korte termijn geen ramp is wanneer Universitaire Ziekenhuizen worden afgeschaft. "Maar over 5 of 10 jaar zullen we ons helemaal aan de staart van de Europese Unie bevinden wat betreft innovatie en ontwikkeling". De meeste reacties waren dat universitaire ziekenhuizen steun verdienen vanwege de overheid voor onderzoek en ontwikkeling, maar dat ze geen recht hebben op monopolies. De vraag of de 10,2 miljoen Belgen 8 universitaire ziekenhuizen, horende tot 7 universiteiten, nodig heeft werd eveneens herhaaldelijk gesteld.

Bij de inhuldiging van een nieuwe vleugel in het O.L.Vrouwziekenhuis te Aalst op 20.09.2000, waar ook onze Voorzitter Prof. GRUWEZ een boeiende en goed gedocumenteerde toespraak hield, liet minister VANDENBROUCKE verstaan dat niet-universitaire ziekenhuizen zich ook een universitaire status mogen aanmeten, maar dan op voorwaarde dat de artsen gesalarieerd worden. De minister had het er ook over "DRG-creep" en "DRG-engineering" waarbij het DRG-systeem wordt "geoptimaliseerd" en waarvoor hij straffen in het vooruitzicht stelde en een activiteitsgebonden financiering gebaseerd op het APR-DRG-systeem.

In een brief aan de "Werkgroep basisziekenhuis" schreef ASGB-ondervoorzitter Prof. Dr. J.P. BAEYENS op 29.09.2000 dat hij niet inziet waar een laagdrempelig basisziekenhuis ("hôpital de proximité") nog goed voor is. De tijd van (ik citeer) "de koekedoosziekenhuizen" is voorbij. Ze moeten volgens hem – wegens te duur – plaats

maken voor goed gestructureerde huisartsencentra. Alleen middelgrote en derdelijns universitaire ziekenhuizen hebben nog bestaansrecht. De kleine ziekenhuizen "bedriegen de bevolking met nep-diensten in nep-ziekenhuizen". Hij ziet de oplossing in het Nederlands model met 50 ziekenhuizen voor 16,1 miljoen inwoners of, overge-ent op België, 32 ziekenhuizen voor de 10,2 miljoen Belgen. De wachtlijsten voor de Nederlandse patiënten en de burn-out bij hun artsen neemt hij er blijkbaar graag bij.

De werkgroep is gelukkig nog niet tot conclusies gekomen.

## **IX. De eerste lijn en de geneesheren-specialisten**

### **IX.1. De ministeriële nota "Ondersteuning en structurering van de Eerste Lijn : de essentiële component in de gezondheidszorgorganisatie"**

Op het einde van het jaar 1999 concretiseerde Minister M. AELVOET haar eerste bedenkingen (of beter deze van haar technocraat-medewerker en geneesheer, Herman VAN LOON) aangaande de "eerstelijnszorg". Haar nota van 6 december 1999 betreffende "De ondersteuning van de Eerste Lijn" werd verspreid begin maart 2000. In het aprilnummer van "De Geneesheer-Specialist" hebben wij de integrale tekst gepubliceerd met de vermelding dat wij niet zouden nalaten om een passend gevolg te geven aan haar uitnodiging om "vanuit onze deskundigheid te reflecteren omtrent deze aangereikte materie en desgevallend een oordeelkundige bijdrage te leveren aan deze hertekening van het gezondheidslandschap in België".

De vertrekpunten van deze politiek waren volgens H. VAN LOON voorzien in het regeringsakkoord dat stipuleerde:

- dat de zorgverstrekking van de patiënt op het meest geschikte niveau dient te gebeuren.
- dat de eerstelijnszorg en de preventie dienen gestimuleerd.
- dat aanzetten dienen gegeven voor echelonnering en centrale rol van de huisarts.
- dat het medisch dossier hierbij dient te worden ontwikkeld.

Niets in deze vier punten liet toe om te besluiten dat de gespecialiseerde geneeskunde diende uitgeschakeld te worden in de eerstelijnszorg. Men kon nochtans niet loochenen dat op het ogenblik van de regeringsonderhandelingen, de centrale rol van de huisarts een groter gewicht kreeg dan dat van de patiënt. In de politiek gebeurt niets zonder eieren te breken ...

De nota "Ondersteuning en Structurering van de Eerste Lijn" was opgesteld in een pseudo-wetenschappelijk jargon waarvan de stellingen, uiterst dogmatisch, gebaseerd waren op een ideologie en op een "heilige" overtuiging maar dan louter van persoonlijke aard en niet onderbouwd met gevestigde en wetenschappelijke waarden. Het belang van de patiënt en de volksgezondheid waren er eerder secundair. Het was trouwens overduidelijk dat ook de effectieve rol van de huisarts zoek was om nog niet te spreken over de extramurale specialist. De niet-geneesheren en de niet-conventionele praktijken stonden centraal in het systeem.

## **IX.2. De reacties van het VBS-bestuur ...**

Op 31 maart 2000 hebben wij ons antwoord aan de Minister bezorgd. We hebben haar klaar en duidelijk laten verstaan dat zij slecht was voorgelicht en dat de dogmatische stellingen van haar medewerker de meest elementaire rechten van de patiënt tot brandhout hadden herleid.

Wij vatten onze visie als volgt samen :

- 1 . De beleidsnota stelt niet de patiënt, maar wel de verzorgingsstructuren centraal. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, wat de toegang tot de zorgverleners betreft, wordt volledig genegeerd en a priori als irrelevant beschouwd (dogma nr 1). De verzorgingsstructuren beslissen over de patiënt.
2. De beleidsnota verzwakt de positie van de huisarts, en van de medische opvang in het algemeen, door deze ondergeschikt te maken aan een structuur van medische hulpkrachten en zelfs van alternatieve genezers, als « aanmeldingsverantwoordelijken ». Niets is nochtans irrelevanter dan systematisch de interpretatie van ziekteklachten aan niet-medici over te laten, of dan eerstelijns-behandelingen te laten instellen door beoefenaars behorend tot de niet-rationele of irrationele zorgsfeer (dogma nr 2).
3. De beleidsnota is bovendien strijdig met het regeerakkoord, dat zorgverstrekking voorziet op het meest geschikte niveau, door elke vorm van ambulante specialistische zorg uit te sluiten van de « eerste lijn ». De eerste lijn vertrekt dus met een aanzienlijk deficit aan « speciale competentie ». Deze wordt immers niet als relevant geacht in eerste lijn. Niet-rationele zorgverlening daarentegen wel (dogma nr 3).
4. De patiënt verliest zijn recht om zo vlug mogelijk de gepaste zorg voor zijn aandoening te krijgen. Nochtans benadert de geneesheer-specialist net zoals elke arts de patiënt in zijn geheel (holistische benadering), met daarbovenop zijn specifieke bevoegdheid en vakkennis in het welbepaald medisch deelgebied waartoe de klacht behoort. De beleidsnota miskent de rationeel medisch-wetenschappelijke opstelling van de specialistische bekwaamheid (dogma nr 4).
5. Door het totaal onterecht miskennen van de rol van de ambulante specialistische geneeskunde, vervalt het beleidsconcept in een ultra-hospitalocentrische opstelling, waarin het team van « aanmeldingsverantwoordelijken » als enig alternatief hebben de patiënt meteen over te hevelen naar het ziekenhuis (dogma nr 5).
6. « Medicalisering », d.w.z. de patiënten inzicht verschaffen in de geneeskunde, wordt door de nota als ongepast afgewezen. Wil men de patiënten onwetend laten omtrent hun kansen op medisch-specialistische behandelingen in de gezondheidszorg? Deze opvatting is totaal onverenigbaar met het recht van de patiënt op informatie zoals gedefinieerd in actuele wetsontwerpen (dogma nr 6).
7. Tegenover de bewering van de WVVH, dat 80% van de klachten bij de huisarts door hem kunnen opgelost worden zonder bijkomende middelen, staat dat 70% van de specialistische patiëntencontacten zonder verwijzing door een huisarts geschieden. Dit bewijst enerzijds dat de mensen bij hun toegang tot de gezondheidszorg hun gezond verstand gebruiken, en anderzijds dat het verkeerd zou zijn een harde (artificiële) scheidingslijn of drempel tussen beide in te bouwen en specialistische zorg uit de eerste lijn te weren (de drempel is dogma nr 7).

8. Volgens de beleidsnota bestaat integratie van de verschillende zorgtypes (curatieve, preventieve, gezondheidspromotie) uitsluitend in het vooropgestelde eerstelijns-concept (dogma nr 8). Ook in de specialistische geneeskunde wordt, naast de curatieve zorg, een fundamentele rol gespeeld op het vlak van de preventie en gezondheidspromotie. De beleidsoptie mist bijgevolg, op het vlak van de zgn. integratie, volledig haar doel door er de specialistische zorgverlening uit te sluiten.

### **IX.3. ... en een handgreep uit de reacties van VBS-leden**

Andere reacties, bittere en zoetzure zouden volgen. Een onder hen heeft ons toegelaten om de schrijftalenten van onze collega, lid van ons Bureau, Dirk VAN RENTERGHEM te ontdekken. Hij kon niet weerstaan aan de hartelijke uitnodiging tot reflectie vanwege het kabinet van Volksgezondheid :

*"Globaal lijkt mij dus dat de "Fundamentele kenmerken" (punt 2) ... fundamenteel zijn voor de gehele gezondheidszorg, en tussen verschillende echelons dus niet onderscheidend kunnen werken. Zowel in het tot standkomen van een taakomschrijving/taakverdeling als in hetgeen wordt beschreven is dus niet alleen dialoog mét de patiënt maar ook "dialoog tussen de lijnen" essentieel. En zeker vraagt ook die dialoog, die reeds hier en daar gevoerd wordt, om 'cultivering'...*

*Ik kan echt moeilijk geloven dat U een niet-holistische visie op het contact specialist-individu zou ondersteunen, of elementen wil aanreiken die daartoe kunnen bijdragen. Ook niet dat U de bereidheid zou hebben empathie in het contact tussen burgers (waar ook) te ontmoedigen of te laten verloren gaan... "*

Wij bedanken eveneens de buitengewoon kritische en zeer originele tussenkomst van Prof. Dr. Gaston VERDONK, Erevoorzitter van de Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten Inwendige Geneeskunde, die de afwezigheid van elke cartésiaanse redenering betreurde. Hoe de alternatieve geneeskunde en de "Evidence Based Medicine" met elkaar verzoenen ? Voor hem lieten de ontwikkelde structuren geen plaats voor "de ware, echte grondeigenschappen welke de arts moet hebben om zijn patiënten te benaderen" (Ezekiel, JAMA, 25, 1995; 273; 4):

1. Vrij gekozen en onafhankelijk zijn
2. Competent, technisch en ook vaardig zijn
3. Compassionate zijn in de meest uitgebreide zin
4. Continu beschikbaar zijn om ieder ogenblik de vereiste zorgen op zich te nemen
5. Communicatief zijn en tevens luisterbereid
6. Confident zijn en vrij van interesseconflicten

Op een bijna profetische wijze, rekening houden met wat enkele maanden later zou volgen - de gedetailleerde ontwikkeling van deze structuren – stelde hij de fundamentele vraag. "Waar komen we terecht met te stuwen naar meer mastodonteske geïntegreerde geneeskunde, waar staat hier de patiënt uiteindelijk nog ? Vooral ter hoogte van de organisatietyperologieën zoek ik tevergeefs waar de patiënt nog ergens aan bod komt ? Maar veel erger: vindt de patiënt hierbij nog wel "zijn huisarts" ?"

#### **IX.4. Ontwerp-K.B. "tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging"**

Maar de Minister had niet de minste bedoeling om rekening te houden met alle negatieve commentaren die haar conceptnota hadden uitgelokt. Integendeel. Op 02 mei 2000 nemen wij kennis van een ontwerp van koninklijk besluit houdende de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, de G.D.T.'s. De voorgestelde maatregelen werden door het volledige medische korps verworpen. Een persbericht van het BVAS van 13 mei 2000 bestempelde de G.D.T.'s als "medische kolchozen". De zorgen zijn geïntegreerd op voorwaarde dat de geneesheer-specialist uitgesloten wordt uit de eerste lijn en men een systeem uitbouwt dat, tot nu toe, werd beschouwd als een collusie tussen medische en niet-medische beroepen. De "kolchozen" G.D.T.'s. zouden verplichtend de vorm dienen aan te nemen van een VZW per zorgregio waarvan de omlijning zou gebeuren op basis van ingezamelde gegevens inzake patiëntenstromen binnen een geografisch omschreven gebied van één of meer entiteiten.

Elke entiteit zou bestaan uit :

- solopraktijken van huisartsen, verpleegkundigen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, beoefenaars van paramedische beroepen en psychologen;
- unidisciplinaire groepspraktijken van voornoemde beroepsbeoefenaren;
- pluridisciplinaire groepspraktijken (NB: alsof dat verenigbaar is met de wet);
- en de zgn. thuisvervangende zorgvoorzieningen (R.O.B., R.V.T., enz...).

Voor alle praktiserenden of groepspraktijken, met uitsluiting van de geneesheer- specialist, zou er dus slechts één keuzemogelijkheid bestaan namelijk geïntegreerd worden, door toetreding, in een G.T.D. waarbij het onderliggende idee erin bestaat om de individuele praktijken van de huisartsen om te bouwen tot "gezondheidscentra" en tevens het aantal praktijken drastisch in te krimpen.

Nochtans waren er twee positieve elementen t.o.v. het originele concept : de niet conventionele praktijken waren verdwenen uit de eerste lijn en de vrijheid van de patiënt om zijn gezondheidsverzorger te kiezen moet gewaarborgd worden. Daartegenover staat dan dat de G.T.D. de patiënt inlicht en hem doorheen de behandeling leidt die voor hem het meest geschikt is. De "geïntegreerde zorgen" worden beheerd door de vrij gekozen huisarts van de patiënt, en dekken minimaal (wat bestaat er nog meer ?) het geheel van curatieve, diagnostische, palliatieve en revaliderende behoeften.

#### **IX.5. De nota DETIENNE : "De concrete organisatie van de eerste lijn rond de patiënt"**

De zaken werden echter nog beangstigender wanneer op 26 april 2000, de Waalse minister van Sociale Zaken, Thierry DETIENNE (Ecolo) een politieke nota bekend maakte aangaande "De concrete organisatie van de eerste lijn rond de patiënt", nota die ontegensprekelijk geïnspireerd was, soms letterlijk vertaald, door de conceptnota's van H. VAN LOON. Artsenkrant (26/05/2000) had nochtans de nadruk gelegd op de "zachte manier" waarop de Waalse minister zijn plannen wilde doorvoeren om de gecoördineerde acties rondom de gezondheidszorgen in praktijk te brengen.

Eén zin echter, aangaande de ambulante specialisten, stuitte ons nochtans erg tegen de borst.



"In feite maken ze er deel van uit (t.t.z. de eerste lijn) in de mate dat de patiënt er rechtstreeks toegang tot heeft; dezelfde bedenking geldt voor de spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen. Dit is geen ideale situatie omdat de patiënt het risico loopt er niet in zijn globaliteit te worden benaderd en de diverse tussenkomsten het geheel incoherent kunnen maken.... »

Wij hebben energiek gereageerd in een uitgebreide brief van 8 juni 2000 gepubliceerd in "De Geneesheer-Specialist" nr 6/2000 waarbij wij het absurde van zijn principe van subsidiariteit hebben aangetoond.

- de arts, omnipracticus of specialist, kan het zich niet veroorloven een globale benadering te verwaarlozen, want dat zou betekenen dat hij een beroepsfout begaat. Op medico-legaal vlak is elke arts hoe dan ook gehouden tot een globale benadering van de patiënt bij elke professionele tussenkomst. Kent U een gerechtelijke uitspraak waarbij een specialist die niet de nodige zorg heeft besteed aan de aandoening van zijn patiënt, wordt vrijgesproken wegens « aandoening niet behorend tot zijn specialisme »?
- de geneesheer-specialist is in de eerste plaats een arts die bovendien een aanvullende opleiding heeft genoten van 5 à 6 jaar, waardoor hij bijzonder performant wordt in een welbepaald deelgebied. Deze bijkomende opleiding integreert voortdurend de globale benadering omdat de geneeskunde één geheel vormt.
- de spoedgevallenzorg is « multidisciplinair » bij uitstek.

Voor alle duidelijkheid hebben wij een uittreksel van een arrest van het Arbitragehof in herinnering gebracht (verzoekschrift tegen art. 12,2° van de wet van 26.07.1996 over de modernisering van de sociale zekerheid) « Uit de bestreden bepaling zelf kan niet worden afgeleid dat de patiënt verplicht zou worden voor elke zorgverstrekking eerst de huisarts te raadplegen; evenmin kan eruit worden afgeleid dat er voor de patiënt een verbod zou zijn om een geneesheer-specialist van eigen keuze, al dan niet rechtstreeks, te consulteren. Die geneesheer-specialist behoudt uiteraard het recht een eigen medisch dossier aan te leggen. »

#### **IX.6. Onderhoud met minister Thierry DETIENNE dd. 05.10.2000**

Om dit misverstand recht te zetten heeft Minister DETIENNE ons vriendelijk uitgenodigd voor een onderhoud. Tijdens dit gesprek, dat om praktische redenen slechts heeft kunnen plaatsvinden op 5 oktober 2000, hebben onze Voorzitter Prof. Dr. J. GRUWEZ, onze Oud-Voorzitter Dr. J. MERCKEN en onze administratief directeur Jos VAN DEN NIEUWENHOF onderlijnd dat de echelonnering een voorbijgestreefde denkpiste is en dat alle landen waar een dergelijk systeem in voege is, er het pijnlijke voorbeeld van vormen, ten koste van de bevolking.

De minister heeft gepreciseerd dat het geenszins zijn bedoeling is om een coërcitief systeem op te leggen, zelfs niet eens een systeem. Door de bestaande organisatieproblemen op te sporen en door punctueel tussen te komen, wenst hij alleen de creatie van lokale structuren te bevorderen zodanig dat deze oplossingen ontwikkelen voor deze moeilijkheden. Zijn eerste stap bestaat erin een inventaris te maken op basis van een ruime consultatie en om daarna een eerste balans op te maken. Dit was iets geruststellender.

Onze bezorgdheid i.v.m. de initiatieven van Minister AELVOET, die reeds enigszins waren afgezwakt tijdens de periode voorafgaand aan de verkiezingen, smolten als sneeuw voor de zon in de vaststelling dat, bij gebrek aan een wettelijk kader, onmogelijk kon tussengekomen worden door de federale overheid. Deze materie komt zonder enige twijfel toe aan de gemeenschappen. In praktijk oriënteren de initiatieven thans eerder naar een meer gestructureerd systeem van de wachtdienst van de huisartsen. Voor de politiek van ondersteuning van de eerste lijn heeft Minister VANDENBROUCKE hen een eerder beperkte budgettaire enveloppe van 75 miljoen toegekend

### **IX.7. Laat U niet om de groen(t)e(n)tuin leiden : de patamédecine volgens Prof. VANHERWEGHEM**

Zo we een prijs zouden toekennen voor het "beste artikel van het jaar" m.b.t. de politieke evolutie in de gezondheidszorg, dan zouden we die van het jaar 2000 meteen uitreiken aan Prof. Dr. Jean-Louis VANHERWEGHEM, pro-rector van de Université Libre de Bruxelles, voor zijn artikel "PATAMEDECINE ?". Het verscheen in drie afleveringen in "Méditations sur l'avenir de la médecine" (Nrs 11,12 en 13). Het gaat er hem om hoe woorden misleidend kunnen zijn.

Dergelijke fraaie tekst met zijn fijnzinnige woordspelingen, komt slechts in zijn originele versie tot zijn recht. Daarom volgend uittreksel :

#### **"Imposture des mots"**

*"Anti- et Patasciences trouvent leur succès dans leur force de persuasion basée sur l'imposture du vocabulaire et le sophisme du raisonnement. Ainsi, insidieusement, le vocabulaire oppose l'oligarchie de la "Big Science" à la démocratie des cultures traditionnelles. L'allopathie traiterait les symptômes tandis que l'homéopathie traiterait les causes, alors qu'en réalité, la situation est exactement l'inverse. La médecine scientifique est chimique et donc polluante, la patamédecine est naturelle, donc, bienfaisante. La pensée scientifique est linéaire, donc limitée, la pensée alternative est complexe, donc ouverte à l'avenir. La science est occidentale, donc colonialiste et dominante, les pensées orientales sont sages, donc réconciliatrices. La science moderne est orthodoxe, donc conservatrice, les patasciences sont alternatives, donc originales. La science est technologique, donc dure, agressive, inhumaine et polluante, les patasciences sont douces, donc en harmonie avec la nature. La science est réductionniste, donc bornée, la patascience est holistique, donc universelle et sacrée. Enfin la patamédecine est douce quand les maladies sont bénignes, elle est complémentaire quand les maladies sont plus sérieuses, elle est alternative quand les maladies sont incurables. Elle est donc omniprésente...."*

Deze passage doet ons terugdenken aan het misleidend woordenspel dat met veel bombarie ten spits werd gedreven door Herman VAN LOON in zijn beleidsnota's voor het kabinet van minister AELVOET. Het is beslist geen toeval dat dezelfde auteur niet eens aarzelde om ook de "pata-geneeskunde" op de eerste zorglijn te plaatsen, in gans haar "zachte", "complementaire", en "alternatieve" schittering.

## **X. Enkele beroepsverenigingen in vogelvlucht**

### **X.1. Anesthesie**

Alhoewel de pijnbehandeling bijzondere aandacht kreeg in de media, o.m. t.g.v. het euthanasiedebat en de palliatieve verzorging, vond minister VANDENBROUCKE het door de Technisch Geneeskundige Raad goedgekeurde voorstel i.v.m. de pijntherapie onvoldoende prioritair om er bijkomende middelen voor uit te trekken.

Idem dito voor het pre-operatief consult alhoewel de nota ingediend bij de T.G.R. zich baserend op internationale literatuurstudie aantoont dat dit kostenbesparend werkt.

Nochtans blijkt de minister het idee van de pijncentra of algologiecentra nog niet te hebben opgeborgen.

### **X.2. Cardiologie**

Het VBS-bestuur heeft onmiddellijk na de publicatie in het Belgisch Staatsblad dd. 16.01.2001 van het "besparingsbesluit" van Minister VANDENBROUCKE van 08.12.2000, alle betrokken specialisten geïnformeerd over de mogelijke consequenties van dit K.B. op hun praktijkvoering.

Voor de cardiologen worden getroffen en op hun congres dd. 01 en 02 februari 2001 hebben zij hun problemen ook via de media naar buiten gebracht. Een dreiging met deconventie, en dus tariefonzekerheid voor de patiënt, blijkt te helpen, want gisteravond 02.02.2001 werden we telefonisch geïnformeerd dat de Minister het initiatief heeft genomen om met de Beroepsvereniging der Belgische Specialisten voor Hartziekten rondom de tafel te gaan zitten. De budgettaire weerslag van deze autoritaire ingreep vindt u onder II.4..

### **X.3. Dermatologie**

Er moet dringend een oplossing worden gevonden voor de vraag tot aanpassing van de lijst van dermatologie-verstrekkingen die recht geven op het maxiforfait volgens art. 4 van de conventie tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, nl. het vervangen van de nrs 531716/20, 531812/23, 531915/26 en 532210/21 door de gelijkwaardige nrs. 532674/85, 532696/700, 532210/21, 532593/604 en 532711/22, in voege sedert 01.07.1999 (K.B. van 29.04.1999).

Op 24.10.2000 heeft de Technisch Geneeskundige Raad deze vervanging in artikel 4 van de conventie Z.H.-V.I. goedgekeurd.

Het probleem van de facturatie van een forfait door de ziekenhuisbeheerder voor het gebruik van het dagziekenhuis wordt dus hopelijk eerstdaags opgelost.

Door de overbrenging van deze verstrekkingen van artikel 14 naar artikel 21 van de nomenclatuur, worden deze chirurgische verstrekkingen sinds 01.07.1999 niet meer vergoed in het sociaal statuut der zelfstandigen.

Naar aanleiding van een interventie van Dr. J. MERCKEN bij de minister van Middenstand, J. GABRIELS, keurde het Verzekeringscomité van het RIZIV op 08.11.1999 wel een ontwerp-K.B. goed (Nota C.G.V. 99/342 dd. 14.10.1999) waarbij de tegemoetkoming bij deze verstrekkingen wordt voorzien voor zelfstandigen en leden van de kloostergemeenschappen, via een wijziging van artikel 1, tweede lid, 5° en 6° van het K.B. van 29.12.1997.

Gezien deze aangelegenheid nog steeds niet is opgelost, hebben wij hierover op 22.01.2001 opnieuw een brief gestuurd aan Minister van Sociale Zaken VANDENBROUCKE en aan de Minister van Landbouw en Middenstand, bevoegd voor de zelfstandigen, Jaak GABRIELS. We zullen de zaak ook opnieuw aankaarten in het Verzekeringscomité.

De aangetekende, niet gemotiveerde ontslagbrief ontvangen vanwege de Beroepsvereniging der Dermatologen op 02.01.2001, en getekend door de dokters Jacques DEBOIS, voorzitter, Beatrice DE DONDER, Franstalig Vice-voorzitter, Johan SNAUWAERT, Nederlandstalig Vice-voorzitter, Daniel CANDAELE, secretaris, Yvette DOFFINY, penningmeester en Jean-Marie OCTAVE, raadgever is niet rechtsgeldig.

De dermatologenberoepsvereniging is dus statutair nog steeds lid.

#### **X.4. Gastro-enterologie**

Op 11 mei 2000 raakte via de media bekend dat +/- 50.000 patiënten die een endoscopische ingreep ondergingen in de periode van 10 februari tot 10 mei 2000 een risico op besmetting hadden gelopen. De endoscopen die behandeld werden met "Cidex", een product van de firma Johnson & Johnson, bleken niet gesteriliseerd te zijn tengevolge van een productiefout in een bepaald lot "Cidex". De "Hoge Gezondheidsraad" maakte een mathematisch model op en berekende dat maximum elf patiënten besmet zouden zijn geworden met hepatitis B, maximum twee met hepatitis C en geen met HIV. De definitieve cijfers zullen vermoedelijk nog lang op zich laten wachten.

Uiteraard verwekte deze affaire grote beroering in de media. Na het dioxine-schandaal en terwijl de problematiek van de dollekoeienziekte aanzwelt, voelde het publiek zich opnieuw aangevallen wat betreft de bescherming van de volksgezondheid.

Ondertussen had in de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV een werkgroep zijn rapport klaargestoomd onder de ontsmetting en sterilisatie van het endoscopisch materiaal. Gezien de bijzondere karakteristieken van hun specialisatie was dit voor de gastro-enterologen een belangrijk document. De kostprijs voor deze ontsmetting werd, voor alle specialismen samen, geraamd op 500 miljoen BEF. Dit document werd, met enkele herschikkingen in de nomenclatuur gastro-enterologie, in één gezamenlijk pakket gestopt dat werd goedgekeurd door de plenaire T.G.R..

Minister VANDENBROUCKE heeft ook dit item niet voldoende prioritair geacht, en heeft derhalve geweigerd er extra middelen voor uit te trekken. Zoals u in tabel 2 (punt II.1.) hebt kunnen merken stond het endoscopisch materiaal als exogene factor prioritair op de lijst die gezamenlijk werd ingediend door beide artsensyndicaten op 06.06.2000.

Gezien het een probleem van openbare volksgezondheid betreft, en gezien Minister VANDENBROUCKE niet thuis geeft (alhoewel hij wel een delegatie van de beroepsvereniging via zijn kabinetsmedewerker, Dr. Dirk RAMAEKERS, internist, zeer begrijpend en luisterbereid had ontvangen), suggereren wij de beroepsvereniging aan te dringen tot financiële tussenkomst vanuit Volksgezondheid. Het enige alternatief dat rest indien Minister AELVOET evenmin middelen ter beschikking zou stellen, is de patiënt zelf de factuur van deze noodzakelijke kosten te laten betalen.

## **X.5. Gynecologie en Radiologie**

In een front samen met de BVAS-huisartsen, zijn de gynecologen en radiologen er in geslaagd om de mammoscreening via twee pistes te bewaren : enerzijds via de behandelende geneesheer, en anderzijds via een georganiseerde oproep van de betrokken vrouwelijke 50-plussers doelgroep via de Overheid.

Het ziet er naar uit dat Minister VANDENBROUCKE ook hier weer gebruik zal maken van artikel 35 § 2, 2° en 3° van de G.U.V.-wet, m.a.w. dat hijzelf hierover zijn nomenclatuur zal schrijven met de honoraria die hij (= een kabinetsmedewerker) geschikt acht. In een brief dd. 22.01.2001, die in de plenaire Technisch Geneeskundige Raad van 30.01.2001 werd besproken, stelt hij een honorarium van 200 BEF voor voor de tweede lezing van een screeningsmammografie, inclusief de administratiekosten.

De T.G.R. staat positief tegenover de uitsplitsing van het nomenclatuurnummer in een code voor de screeningsmammografie (honorarium 1.993 BEF) en een code voor de tweede lezing, maar antwoordt dat de honoraria ridicuul laag zijn.

## **X.6. Inwendige geneeskunde**

Een afvaardiging van de nefrologen werd opgenomen in het VBS-bestuurscomité namens de beroepsvereniging van inwendige geneeskunde : de collega's Jan DONCK (Nederlandstalig) en Bernard GEORGES (Franstalig).

Tijdens een werkgroepvergadering van de nefrologen enerzijds met het VBS en de BVAS anderzijds op 30.03.2000 werd de complexe problematiek van de honorering van de nefroloog besproken i.v.m. de dialyse buiten de ziekenhuis-nierdialyseudiensten. Concrete voorstellen zullen verder uitgewerkt worden door een werkgroep, voorzien onder punt N van het akkoord artsen-ziekenfondsen die een coördinatiehonorarium voor de geneesheer-specialist moet vaststellen bij het toepassen van de nierfunctie vervangende behandelingen onder verantwoordelijkheid van een centrum voor collectieve autodialyse, ambulante peritoneaal dialyse en thuisdialyse.

## **X.7. Fysische geneeskunde en readaptatie**

In het prioriteitenlijstje dat de artsen op 06.06.2000 bij het RIZIV indienden (cfr. punt II.1) werd voor de fysiotherapeuten een budget gevraagd van 65 miljoen. Dit moet dienen om de honorering K 15 (2 technieken) door de fysiotherapeuten op gelijk niveau te brengen met M 24 van de kinesitherapeuten. Sinds dezen op 01.05.1999 een revalorisatie kregen, ontvangen zij immers 7,2 % meer voor een zelfde prestatie.

Het heeft minister VANDENBROUCKE niet belieft van dit bedrag als prioriteit te behouden. Integendeel. Via zijn K.B. van 08.12.2000 (B.S. 16.01.2001) (cfr. punt II.4) pikt hij 34,5 miljoen in op een toch al bescheiden honorariumpakket van de fysiotherapeuten. Bovendien schrappt hij voor de specialisten de elektrotherapie, terwijl deze voor de kinesitherapeuten behouden blijft.

De mogelijkheid om tegen dit via artikel 35 § 2 van de G.V.U.-wet tot stand gekomen K.B. in beroep te gaan bij de Raad van State is in onderzoek.

## **X.8. Pediatrie**

Op 18.09.2000 ontvingen we van Dokter Michel PLETINCX, in zijn functie van voorzitter van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde, het standpunt over de eerstelijnszorg voor kinderen dat ze in juli 2000 hadden geformuleerd. De pediaters eisen hun plaats op in de eerste lijn. Zoals we in Le Journal du Médecin en de Artsenkrant (n° 1290 – 22.09.2000) kunnen lezen, zijn de huisartsen het daar absoluut niet mee eens. Dr. Michel MEGANCK, voorzitter van de SSMG (Société Scientifique des Médecins Généralistes) stelt : “La première ligne, ce sont les généralistes et exclusivement les généralistes ». En zijn Vlaamse evenknie, Dr. Jos DE SMEDT van de W.V.V.H. (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) : “... Maar de huisarts beheert het globaal medisch dossier. Dat impliceert dat de pediater alle noodzakelijke informatie moet overmaken die de huisarts nodig heeft om het kind vb. in acute situaties op te volgen. Want meestal is het de huisarts die instaat voor de zorgcontinuïteit”.

De boodschap van de pediaters werd door het VBS-bestuurscomité van 19.10.2000 positief onthaald.

Door een wijziging van het vaccinatieschema, zaten de Vlaamse artsen begin 2001 zonder poliovaccin. Volgens een richtlijn van de Vlaamse Overheid moet vanaf 01.01.2001 het orale poliovaccin worden vervangen door een inspuïtbare vorm. Het combinatievaccin tegen polio, difterie, tetanus en pertussis was begin 2001 nergens voorradig. Ditmaal waren huisartsen en pediaters het wel roerend eens : dergelijk tekort t.g.v. een onaanvaardbare administratieve chaos staat haaks op een degelijk gezondheidsbeleid.

## **X.9. Psychiatrie**

Op de dagorde van de plenaire zitting van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen dd. 21.09.2000 stond ondermeer het ontwerp i.v.m. de bijzondere beroepstitel van psychiater met een bijzondere bekwaamheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De Belgische professionele vereniging van neurologen en psychiaters was er niet in geslaagd om intern een éénduidig standpunt in te nemen. Zelfs binnen de APPF (l'Association Professionnelle des Pédopsychiatres francophones) bestaat er geen eensgezindheid over het al dan niet erkennen van deze « nieuwe » specialisatie.

U.C.L.-professor HAYEZ en zijn UCL-collega Dr. CHARLIER waren de gangmakers van de creatie van deze nieuwe beroepstitel. Vooral de universiteit van Luik daarentegen voerde sterke oppositie.

Binnen de monogespecialiseerde commissie psychiatrie van de BVAS blijft men op het standpunt dat de psychiatrie een ondeelbaar geheel blijft.

De Franstalige erkenningscommissie psychiatrie had op 22.05.2000 een negatief advies gegeven over het ontwerp kinder- en jeugdpsychiatrie.

Na een unaniem negatief advies op 21.09.2000 in de Hoge Raad, wijzigde Dr. J.P. DERCOQ de agenda van de tweede vergadering van de Hoge Raad dd. 12.10.2000, die volgens afspraak integraal aan de huisartsgeneeskunde zou worden gewijd, en laste een nieuwe tekst over de psychiatrie ter bespreking in.

Opnieuw gaf de Hoge Raad een negatief advies, zodat Dr. DERCQ om de patstelling te deblokken op 26.10.2000 een “verzoeningsvergadering” belegde met vertegenwoordigers van het kabinet AELVOET, leden van de Hoge Raad, “experten” en pedopsychiaters.

Het is ongetwijfeld zo dat België een schrijnend tekort heeft aan kinder- en jeugdpsychiaters, en dat de Nederlandstaligen er dan bovendien nog de voorkeur aan geven om in Nederland te praktiseren.

De Hoge Raad is, zoals ondergetekende, echter van mening dat de creatie van een nieuwe beroepstitel hiervoor geen oplossing biedt, wel integendeel.

Wordt vervolgd.

### **X.10. Stomatologie**

Op dezelfde vergadering van de Hoge Raad dd. 21.09.2000 werd het ontwerp van ministerieel besluit besproken tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie.

De Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen blijkt niet bevoegd om hierover advies te geven, vermits de Hoge Raad voor tandheelkunde autonoom beslist. Voorzitter Dr. J.P. DERCQ stelde dit ontwerp als een soort vriendendienst, en als voorzorgsmaatregel, ter beschikking. Zoals trouwens Dr. C. POLITIS terecht tijdens de bestuursvergadering van 07.09.2000 opmerkte, overschreed het ontwerp in ruime mate de bevoegdheden van de tandartsen die belangrijke medische diagnoses en chirurgische behandelingen zouden mogen gaan (in-)stellen.

Op initiatief van Dr. DERCQ, voorzitter van de Hoge Raad, werd een overlegvergadering belegd tussen afgevaardigden van de beide Hoge Raden. Mede dankzij de inspanningen van de Drs. C. POLITIS en B. KOVACS kwam deze op 18.01.2001 tot een akkoord over een aangepaste versie die het werkterrein en de bevoegdheid van zowel de tandartsen als de stomatogen tracht te respecteren.

## **XI. De SIS-kaart**

Artikel 37 alinea 1 van het K.B. van 22 februari 1998 stipuleert dat iedere sociaal verzekerde ertoe gehouden is zijn SIS-kaart voor te leggen aan alle zorgverleners. De 2<sup>de</sup> alinea van ditzelfde besluit voorziet dat volgende zorgverleners verplicht zijn gebruik te maken van de SIS-kaart voor alle geneeskundige verstrekkingen die onder de derdebetalersregeling vallen :

- de verpleeginrichtingen
- de apothekers
- de zorgverstrekkers andere dan de apothekers die in verpleeginrichtingen werkzaam zijn

De andere zorgverleners mogen de SIS-kaart gebruiken voor de geneeskundige prestaties verstrekt aan hun patiënten.

Thans bestaat de reglementering, die aan geneesheren moet toelaten om toegang te krijgen tot de beschermde gegevens van de SIS-kaart, nog niet. In de loop van het jaar 2000 zijn verschillende stappen ondernomen in deze richting. Op 29 september 2000, is een werkgroep van het RIZIV-Verzekeringscomité tot een consensus gekomen om, op vrijwillige basis, de toegang ervan uit te breiden naar alle zorgverstrekkers.

Een recente wetswijziging (Wet houdende sociale bepalingen van 12.08.2000) breidt het principe van het gebruik van de SIS-kaart uit tot alle zorgverleners, zonder uitzondering. Een ontwerp van besluit dat moet toegang verlenen tot de ge-encrypteerde gegevens is in voorbereiding. Dit moet naderhand de procedure van goedkeuring door de verschillende organen van het RIZIV doorlopen. Slechts nadien kunnen de concrete maatregelen genomen worden om de "SAM-kaarten" te verspreiden (beroepskaarten die toegang geven tot de vertrouwelijke gegevens, wanneer deze gelezen worden samen met een SIS-kaart). Dit alles zal moeten gebeuren in verschillende etappes. Er moet nog een lange weg afgelegd worden en de datum van 1 april 2001 die oorspronkelijk naar voor werd geschoven om deze reglementering ingang te doen vinden zal waarschijnlijk niet kunnen gehaald worden.

Men moet eerst en vooral testkaarten verdelen en de gegevens en instructies verstrekken aangaande de SAM-kaart. Deze moeten vooraf goedgekeurd worden door het Verzekeringscomité. De leveringstermijn voor de SAM-kaarten mag geschat worden op 4 maanden. Ze moeten bovendien geïndividualiseerd worden, vervolgens overgemaakt aan de aanvragers, gevolgd door de verzending van de PIN-code, en tenslotte moeten deze gegevens nog geregistreerd worden op het niveau van het RIZIV ...

## **XII. Het geneesmiddelenbeleid en het medisch gebruik van cannabis**

Het VBS is weinig betrokken geweest bij het debat rond het vernieuwd geneesmiddelenbeleid, tenzij via de uiteenzetting van Dr. Jacques DEBOIS tijdens de hoorzitting dienaangaande in de Kamercommissie Sociale Zaken dd. 14.03.2000.

Misschien is de overheid ten onrechte van mening dat de specialisten hier minder mee te maken hebben omdat +/- 80 % der geneesmiddelen worden voorgeschreven door huisartsen.

Tijdens de consensusvergadering over het gebruik van antidepressiva, georganiseerd door het RIZIV op 14.03.2000, kwam het tot een hoogoplopend dispuut tussen huisartsen en specialisten.

De uiteenzetting van Dr. Jan HEYRMAN, prof. Huisartsgeneeskunde aan de K.U.L. en Dr. Marc DEMEYERE, over de lange termijnvisie van de huisarts op depressies, werd geenszins gesmaakt door de aanwezige psychiaters. Panellid, Prof. Dr. MENDLEWICZ verliet woedend de zaal en weigerde dat zijn naam zou worden vermeld in het verslag van de consensusvergadering.

BVVG-voorzitter en psychiater, Dr. Eric BUNTINX, reageerde in Artsenkrant (nr. 1253; 21.03.2000) op HEYRMAN's stellingen (Artsenkrant nr. 1252; 17.03.2000) met het besluit dat de wetenschappelijke visie op de psychiatrie die academische huisartsen etaleerden minstens 10 jaar achterhaald is.



Los van het parlementair debat dat loopt over de halfslachtige legalisering van softdrugs, met eminente voor- (o.m. Prof. Brice DERUYVER, juridisch raadgever van de Premier, minister Magda AELVOET, de meeste socialistische parlementariërs, de "progressieve" journalisten als Yves DESMEDT...) en tegenstanders (zoals o.m. KUL-erector Roger DILLEMANS, SP-burgemeester van Leuven, Louis TOBBACK, UZA-urgentist en CVP-mandataris Dr. Luc BEAUCOURT, de meeste CVP- en PSC-parlementariërs ...) lanceerde de minister van Volksgezondheid een ontwerp van K.B. om het medisch gebruik van cannabis bij welbepaalde ziekten toe te laten.

Het Laatste Nieuws publiceerde al op 22.03.2000 een lijstje met de mogelijk positieve resultaten bij (citaat) "glaucoom, epilepsie, migraine, pruritus, chronische pijn en kanker". Het kabinet Volksgezondheid deelde mee dat de softdrug enkel mag worden gebruikt bij de behandeling van aandoeningen waarover in de literatuur "reeds een aantal gegevens terug te vinden zijn".

Ex-VU-ID-voorzitter Patrik VAN KRUNKELSVEN organiseerde op 15 september 2000 een colloquium over het medisch gebruik van cannabis. Ook dit taboe – naast zelfdoding en euthanasie – wil doctor in de medische wetenschappen, senator, burgemeester van Laakdal, co-voorzitter van de COSTA, NIRA-beheerder, professor aan de K.U. Leuven en huisarts Patrik VAN KRUNKELSVEN doorbreken. Aan al wie het weten wou stuurde hij maandenlang een standaardbriefje met de (ons inziens pseudo-) medische indicaties van cannabis en met zijn beperkingen. Hierbij gaf hij bij naam en toenaam van de Nederlandse adressen waar cannabis te koop is en voegde er aan toe "als Rotterdam (ongeveer 90 km van Antwerpen) te ver is, kan U zich ook wenden tot een coffeeshop; in elke Nederlandse stad vindt U er wel enkele; zoals in Vlissingen, Terneuzen, Bergen op Zoom, Breda, Tilburg, Maastricht, enz ...". Zelfs een prijsindicatie ontbrak niet "1 gram kost ongeveer 150,- BEF. Ik hoop dat ik U met deze inlichtingen heb kunnen helpen. Bij problemen kunt U steeds terecht op mijn secretariaat elke voormiddag op 013/66.65.60. Met vriendelijke groeten, Patrik VAN KRUNKELSVEN". Voorwaar bruikbare informatie van een senator die verondersteld wordt de in voege zijnde wetgeving te respecteren.

Als collega VAN KRUNKELSVEN de tijd zou hebben kunnen vrijmaken, naast al dat goedbedoeld dienstbetoon, om het gedegen Nederlandse standaardwerk van de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie) het "Informatorium Medicamentorum" te raadplegen, dan zou hij – overtuigd prediker van Evidence Based Medicine en bestrijder van de therapeutische hardnekkigheid – objectief kunnen hebben constateren dat niets bewezen is in de uitgevoerde (dubbelblind-)studies en dat de nevenwerkingen van cannabis doorgaans het beoogde therapeutisch resultaat sterk overtreffen.

Ondertussen onderhandelt minister VANDENBROUCKE in eerste instantie met de geneesmiddelensector over de uitvoering van het akkoord dat bereikt werd over het geneesmiddelenbeleid. Volgen de artsen en de geneesheren-specialisten pas in een tweede ronde ?

Volgend jaar ongetwijfeld meer.

### **XIII. BESLUIT**

2000 was – eens te meer – een zwaar geladen werkjaar. En de kabinetten Sociale Zaken en Volksgezondheid raken eigenlijk nu pas echt op dreef. In 1999 telde het Belgisch Staatsblad 50.560 pagina's, in 2000 "slechts" 43.557. De wetmatigheden kennende van de politiek zal dit in 2001 opnieuw flink oplopen.

Om al dit "wetstrategieën" te onderscheppen, voor te bereiden, te bekritisieren en desnoods aan te vechten, lijkt samenwerking essentieel. Mijn oproep tot meer coherentie en coöperatie is niet nieuw bij het einde van mijn elfde VBS-jaarverslag, maar hij wordt wel dringender van jaar tot jaar. Met de tandem DE GALAN-COLLA kon er nog gefietst worden en af en toe gebakkeleid met narcist Marcel COLLA. Met de rood-groene combinatie VANDENBROUCKE-AELVOET, kunnen we alleen maar hopen dat uit de confrontaties tussen het hyperrationele, academische en vooral eigengereide bestieren van Frank VANDENBROUCKE en het groene, soms onbezonnen, soms betuttelende maar steeds zelf-overtuigde handelen van Magda AELVOET de nodige ruimte ontstaat om de vakmensen uit het terrein, wij artsen samen, zelf te laten realiseren wat nodig is om een goed werkend systeem te optimaliseren en te bestendigen zonder een sociaal kerkhof aan te richten onder onze collega's.

Met dank voor uw aandacht,

Dr. M. MOENS,  
Secretaris-generaal.