

V.B.S. jaarverslag 2005
Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal
04.02.2006

**VAN NU,
BESPARINGEN ZONDER EINDE,
EN STRAKS,
SOYLENT GREEN ?**

INHOUDSTAFEL

I.	Administratief luik.....	1
II.	Representatie.....	1
III.	Politieke context.....	2
	1. Al lang geleden : een jaar zonder verkiezingen.....	2
	2. De doktervreters.....	3
	3. Communautaire spanningen.....	6
	4. BeHealth en FlaHealth.....	7
	5. Geneesmiddelenbeleid.....	9
	6. Het euthanasiebeleid : op naar Soylent Green ?.....	14
	7. Privatisering.....	16
IV.	Numerus clausus.....	19
V.	Akkoord artsen-ziekenfondsen.....	22
	1. Inbraak met volmachten.....	22
	2. De Regering stelt eisen aan de Medico-Mut.....	24
	3. Een aartsmoeilijke beslissing.....	26
	4. Accreditering.....	26
VI.	Juridische procedures.....	29
	1. Vorderingen door het VBS ingeleid in 2005 of waarvoor het VBS haar financiële steun heeft toegekend.....	29
	1. M.B. van 14 februari 2005 en het K.B. van 17 februari 2005 houdende de erkenningsnormen en beroepstitel in de urgentiegeneskunde.....	29
	2. Koninklijke besluiten van 15 juni 2005 houdende wijzigingen van art. 26 en 17 van de nomenclatuur.....	29
	3. Het M.B. van 29.07.2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de geriatrie en het K.B. tot wijziging van het K.B. van 25.11.1991 houdende de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde met inbegrip van de tandheelkunde.....	30
	4. K.B. van 17.09.2005 tot wijziging van artikel 73, par. 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.....	31

5.	Het K.B. van 11 juli 2005 tot wijziging van het K.B. van 25 april 2002 houdende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.....	31
6.	Financiering van de dienst radiotherapie.....	32
2.	Uitspraken.....	33
1.	Het Decreet Vlaamse gemeenschap van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijns-gezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Arrest van het Arbitragehof van 28.09.2005 nr. 147/2005.....	33
2.	Vordering tot nietigverklaring van de wet van 22 juni 2004 en van art. 21 van de wet van 27 december 2004 houdende wijziging van artikel 140 van de GvU-wet. Arrest van het Arbitragehof van 11 januari 2006. nr. 5/2006.....	33
VII.	In Vogelvlucht.....	34
1.	Pediatrie.....	34
2.	Klinische paden.....	34
3.	Oncologie.....	34
4.	Nosocomiale infecties.....	35
5.	Erkenning huisartsen.....	35
6.	“Sterke stijgers” bij het RIZIV.....	35
7.	Urgentisten en acutisten.....	35
8.	Bariatrische heekunde.....	36
9.	De revalidatiesector.....	36
10.	Artsen-specialisten in opleiding.....	37
11.	Echelonnering.....	37
VIII.	BESLUIT.....	38

I. ADMINISTRATIEF LUIK

Het VBS is een bijzonder actieve vereniging. Onze directeur, Jos Van den Nieuwenhof en onze adjunct-directeur, Fanny Vandamme, rapporteerden in 2005 tijdens de 40 vergaderingen van het uitvoerend comité op maandagmiddag ongeveer alles wat zich in het medisch politiek landschap voordoet, wat gepland werd, welke problemen aan het VBS werden voorgelegd in verband met ziekenhuizen, soms met individuele situaties indien die principiële consequenties meebrengen, kortom met zowat alles wat zich tussen de Wetstraat, de Tervurenlaan (RIZIV) en de Congresskolom en, later in het jaar, het Victor Hortaplein (FOD Volksgezondheid) afspeelde.

Het VBS gaf in 2005 acht klassieke gedrukte nummers uit van “De Geneesheer-Specialist” en twee speciale edities.

Op de veelbezochte VBS- website verschenen 17 nummers van de e-specialist nieuwsbrieven en 24 mededelingen met reacties van beroepsverenigingen, met nomenclatuurwijzigingen, met speeches van onze voorzitter, met brieven die we aan de Overheid zonden en dergelijke meer. De elf informatiebulletins betreffende de door de accrediteringsstuurgroep goedgekeurde navormingsactiviteiten werden opnieuw intensief geraadpleegd.

II. REPRESENTATIE

II.1. Het VBS nam actief deel aan de voorbereiding en de manifestatie op 24.09.2005 georganiseerd door de BVAS tegen het regeringsbeleid inzake gezondheidszorg. De dag voordien leken onze burelen meer op een timmermans- en schildersatelier dan op een administratieve werkplek. Dat leverde pareltjes van slogans op. Zoals de rebus op groot spandoek: “Un ministre qui lance des projets de loi dont il ignore les quoi et les pourquoi est ... un nainposteur”¹. Een duidelijke reactie op de uitspraak van minister Demotte “Wat me uitermate irriteert? Dat men mij voor een Smurf met een brilletje verslijt die de les spelt over gezondheidszaken, die water drinkt, die fruit eet, die aan sport doet”². Als aanloop tot het verzet vertegenwoordigde Prof. GRUWEZ het VBS op de protesthappening in Flobecq, thuishaven van minister DEMOTTE, op 09.07.2005.

II.2. Er werden ook tal van andere politieke bezoeken afgelegd.

Een delegatie van onze vereniging bezocht Dr. Catherine FONCK, minister van volksgezondheid van de Franse gemeenschap op 08.03.2005. Op 13.03.2005 maakte het VBS zijn opwachting bij Didier REYNDERS, vice-eerste minister en minister van financiën, om een aantal hangende problemen aan te kaarten. Er werden drie ontmoetingen georganiseerd met VLD- voorzitter Bart SOMERS en/of VLD-volksvertegenwoordigers en senatoren.

Het VBS was present op een ontmoeting van medische beroepsorganisaties met de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Inge VERVOTTE op 27.06.2005.

II.3. Prof. Jacques GRUWEZ nam op 29.11.2005 deel aan de hoorzitting in het Parlement over de mogelijkheid van het opkomen van monodisciplinaire artsensyndicaten bij de artsenverkiezingen. En uiteraard ging het VBS meermaals op bezoek bij het kabinet van minister DEMOTTE, ondermeer in verband met het wetsontwerp BeHealth.

¹ Cfr. foto op de trappen van de Brusselse Beurs in *Le généraliste*, 29.09.2005, N° 752, blz. 2.

² Pan, 08.12.2004. “*Ce qui m’énervé au plus haut point? Qu’on me prenne pour un Schtroumpf à lunettes qui fait la morale sur des sujets de santé, qui boit de l’eau, mange des fruits, fait du sport.*” Rudy Demotte.”

II.4. In de context van de tribulaties rondom de numerus clausus gaf Marie-Dominique SIMONET, (cdH), minister van hoger onderwijs, onderzoek en buitenlandse betrekkingen en tevens ondervoorzitter van de regering van de Franse gemeenschap, er de voorkeur aan de studenten te ontmoeten. Ondanks herhaald aandringen van onze voorzitter, kon het VBS geen afspraak met haar versieren.

II.5. Samen met een BVAS-delegatie waren er meerdere overlegvergaderingen met het Verbond van Verzorgingsinstellingen (VVI).

II.6. Op 04.04.2005 ontmoetten we in Brussel Dr. Yves DUGRÉ, voorzitter van de “Fédération des médecins spécialistes du Québec”, die het VBS uitnodigde om deel te nemen aan de eerste “Conferentie M-7” in Québec van 7 en 8 november 2005 met als titel “Médecine Spécialisée Europe-Canada: même combat?” Onze voorzitter, Dr. Jean-Luc DEMEERE, onze ondervoorzitter Prof. Jacques GRUWEZ, onze adjunct-secretaris –generaal Prof. Francis HELLER en Dr. Vincent LAMY, als penningmeester van de UEMS, vertegenwoordigden België in Québec. De drs. DEMEERE en LAMY voerden er het woord.

II.7. Op 19.08.2005 werd het VBS ontvangen door het Euro-China Centre for Business Cooperation in Brussel, waar Prof GRUWEZ een uiteenzetting hield over “The European Specialist. Europe - Mutual Recognition.”

II.8. Jacques MERCKEN en Edgard MAES, en occasioneel ook ondergetekende, woonden de vergaderingen bij van het Instituut voor het Inzamelen van Medische Gegevens (IIMG) dat in 2002 werd opgericht door Dr. Roland Lemye en nu Dr. Jean CREPLET als directeur heeft.

II.9. Een VBS-delegatie nam op 11.10.2005 in Brussel deel aan een Europees symposium over E-health en over het al dan niet gebruiken van een elektronische gezondheidskaart.

II.10. Het centraal VBS gaf steun aan de oriëntatie die de psychiaters in hun activiteitsdomein willen ontwikkelen via de oprichting van een nieuwe beroepsvereniging. Het VBS verleende eveneens haar steun aan het initiatief om voor de pas als basisspecialiteit erkende geriateren een eigen beroepsvereniging op te richten.

III. POLITIEKE CONTEXT

III.1. Al lang geleden : een jaar zonder verkiezingen

2005 was een jaar zonder verkiezingen. Alhoewel het aantal pagina's Belgisch Staatsblad dan meestal stijgt³, was dit jaar de uitzondering op de regel. Er werden “slechts” 57.756 bladzijden gepubliceerd (cfr. Tabel 1).

³“Circus Demotte”. VBS-Jaarverslag 2004. M. MOENS. Punt II.4. “De elektronische papiermolen”. De Geneesheer-Specialist. Speciaalnummer. Maart 2005.

Aantal pagina's van het Belgisch Staatsblad

Jaargang	Aantal pagina's	jaarlijkse groei in %	cumulatieve stijging 1989 = 100
1989	21.634		100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.557	- 13,9	201,3
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.169	+ 29,3	273,5
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0

Tabel 1

Staatssecretaris voor administratieve vereenvoudiging Vincent VAN QUICKENBORNE (VLD), reageerde vorig jaar nogal kribbig op mijn kritiek op de 1.681 bladzijden Belgisch Staatsblad die elke Belg geacht werd in 2004 wekelijks door te nemen.

Hij noemde het populistisch om het aantal bladzijden te meten⁴.

Alhoewel senator VAN QUICKENBORNE het eigenlijk te futiel vindt om te reageren, legt hij toch uit dat er 15.000 à 20.000 extra bladzijden nodig waren om de toetredingsverdragen van 10 nieuwe Europese lidstaten te publiceren en enkele duizenden pagina's in verband met de verkiezingen van het Europees en de gewestelijke parlementen.

Als we rekening houden met al die pagina's die in 2005 niet meer dienden te worden gepubliceerd, dan is het effect van Kafka, de federale pogingen om de administratieve overlast te beperken, en RIA, de reguleringsimpactanalyse van de Vlaamse regering die geen nieuwe regels toelaat zonder er oude af te schaffen, relatief beperkt.

Feit is dat, gelukkigerwijs, de kaap van 100.000 bladzijden lang niet werd gehaald⁵.

De slechte gewoonte om Programmawetten (11.07.2005, B.S. 12.07.2005, Ed. 2, en 27.12.2005, B.S. 30.12.2005, Ed. 2) en Wetten houdende diverse bepalingen (20.07.2005, B.S. 28.07.2005, Ed. 1; 20.07.2005, B.S. 29.07.2005, Ed. 3; 23.12.2005, B.S. 30.12.2005, Ed. 2 en 27.12.2005, B.S. 30.12.2005, Ed. 2) te publiceren wordt hardnekkig in stand gehouden. Alleen enkele ingewijden weten wat in dergelijke "vuilbakkenwetten" allemaal verstopt zit. Voor artsen, andere zorgverstrekkers en ziekenhuizen komen daar de laatste 20 jaar alleen maar collectivistische ingrepen uit voort, vertaald in forfaitaire vergoedingssystemen en besparingen van alle mogelijke slag.

III.2. De doktersvreters

Vrijmetselaar Robert STEVAERT, °12.04.1954, beter bekend als Steve Stunt, had het op 01.06.2005 begrepen. Met het generatiepact in het vooruitzicht bezorgde hij zichzelf een

⁴ "We kunnen het Bf-verhaal maar beter volledig afsluiten". Artsenkrant nr. 1655. 01.03.2005.

⁵ "Staatsblad nadert 100.000 pagina's per jaar. 2004 was alweer recordjaar van Belgische reglementitis". De Standaard. 14.02.2005.

rustige “oude” dag als vijftiende gouverneur van de provincie Limburg en eerste van socialistische strekking.

Of beantwoordde STEVAERT gewoonweg mijn oproep : “Als het alleen maar is om zichzelf in de belangstelling te werken, dan zou Steve STEVAERT beter stoppen met zijn poppenkast”⁶.

Zijn aanvallen op de specialistische geneeskunde en de prietpraat die hij uitkraamde naar aanleiding van een uitspraak die ik deed over de partiële privatisering van de gezondheidszorg⁷ doen me Derk Jan EPPINK citeren : “STEVAERT is een kletsmaajoer. Zijn theorie heeft de houdbaarheid van een geopend pak melk”⁸.

Als “grootste kapitalist van Hasselt”⁹ mag hij nu een door tal van SP-A-leden als dépassé bestempelde maar goed betaalde functie uitoefenen met chique ambtswoning en dienstwagen, chauffeur inclusief.

Wegpromoveren heet dat in het jargon en Rudy DEMOTTE was af van die betweter die zich teveel mengde met het gezondheids- en sociaal beleid.

Het wetsontwerp 1627 tot beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid kwam het eerste trimester 2005 bijna wekelijks aan bod. Het VBS bezorgde een ganse reeks eigen amendementen aan politici van wie kon verwacht worden dat ze ze gunstig gezind zouden zijn. Een amendement van Luc GOUTRY, CD&V, dat een quasi totaal verbod van supplementen wou invoeren, kon worden tegengehouden. Uiteindelijk werd deze wet¹⁰ met flink wat vertraging gestemd in de Kamer op 13.04.2005 en in de Senaat op 21.04.2005, inclusief zijn artikel 58¹¹ dat een reeks volmachten aan minister DEMOTTE gaf.

Gewapend met volmachten, toonde DEMOTTE zich nu plots van een heel andere kant : van Rudy, de minzame, die zich met de zachte sector in de gezondheidssector bezighoudt, naar Rudy, de verschrikkelijke, die de farmaceutische industrie ringeloort en financieel knock-out slaat en de artsen bedreigt met straffen buiten alle verhoudingen.

Het vertrouwen in DEMOTTE smelt als sneeuw voor de zon¹². Onder Franstalige huisartsen kreeg hij in april 2004 nog van 60 % het vertrouwen; in april 2005 nog slechts van 35 %. Onder Vlaamse huisartsen was dat 36 % in april 2004 en nog maar 22 % in april 2005.

Tijdens de betoging van 24.09.2005 was Rudy DEMOTTE de kop van Jut. Zijn open brief van 14.09.2005 die werd gepubliceerd in de “gespecialiseerde” pers^{13, 14} werd veel te licht bevonden. Hij bevatte bovendien een storende voetnota die vermeldde dat het voorschrift op stofnaam (VOS) op 01.09.2005 was in voege getreden. VOS trad pas op

⁶ “Koken (van woede) met Steve”. Opiniebijdrage. Marc MOENS. De Standaard. 17.02.2005.

⁷ “Het maandaginterview. Marc MOENS, voorzitter BVAS”. De Morgen, 28.02.2005.

⁸ “Processie tegen de verzuring”. Eppink op vrijdag”. De Standaard. 12.04.2002.

⁹ Derk Jan EPPINK in “Anatomie van paarse illusies. Eppink zonder censuur”. Blz. 56. Davidsfonds Leuven. 2006.

¹⁰ Wet van 27.04.2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. 20.05.2005)

¹¹ Titel IV - Beheersing van de begrotingsdoelstelling 2005 van de ziekteverzekering. Artikel 58 (B.S. 20.05.2005, blz. 23703-23704.

¹² “Populariteit Demotte in vrije val”. Artsenkrant nr. 1684. 21.06.2005.

¹³ “Brief van Rudy Demotte aan de Belgische arts. Hoge kwaliteit vrijwaren”. De Huisarts. 15.09.2005. nr. 750.

¹⁴ “Brief van minister Demotte aan de artsen”. Artsenkrant 1696. 16.09.2005.

01.10.2005 in voege, wat me in mijn toespraak op de trappen van de Beurs deed zeggen dat DEMOTTE niet weet wat er in zijn kabinet gebeurt.

Niemand wist toen dat hij ook pertinent loog want de brief stelde duidelijk dat de artsen in maart (2006) zouden “uitgenodigd worden om Uw stem te laten horen in het kader van de komende medische verkiezingen” (einde citaat).

Een paar weken later werd het tijdsschema “aangepast” aan het “terrein” – alleen de BVAS zou immers in maart 2006 aan de verkiezingsvoorwaarden hebben kunnen voldoen – en de verkiezingen werden verdaagd tot september.¹⁵

Bij de voorbereiding van de volmachten-gezondheidswet van 27.04.2005¹⁶ suggereerde de Vilvoordse volksvertegenwoordiger en voorzitter van de Commissie voor de Sociale Zaken, Hans BONTE, een kliklijn te installeren om de medische overconsumptie dringend in kaart te kunnen brengen. Op anonieme wijze natuurlijk, zodat elke verpleegkundige, paramedicus, secretariaats- of onderhoudsmedewerker deskundig melding zou kunnen maken van vermeende misbruiken. “Omdat de officiële gezag- en machtsverhoudingen in ziekenhuizen een andere werkwijze onmogelijk maken, moeten we anonimiteit garanderen”.¹⁷

Ambieerde BONTE de Belgische Erich MIELKE te worden en de BESTASI (de Belgische Staatssicherheidsdienst) te leiden? Wijlen de Deutsche Demokratische Republik (DDR) had voor zijn 16 miljoen inwoners 85.000 full-time medewerkers en 300.000 “Inofficiële Mitarbeiter (IM)” om zijn STASI (Staatssicherheit) draaiende te houden. Daarmee had BONTE meteen de belofte van de Paarse regeringsverklaring en van Guy VERHOFSTADT om 200.000 nieuwe banen te creëren kunnen waarmaken. Doelstelling die de premier ook in 2005 nog herhaalde¹⁸. De kliklijn werd gelukkig niet gerealiseerd.

Behalve de 200.000 nieuwe jobs werd ook een andere belofte van VERHOFSTADT uit 2004 nog steeds niet gerealiseerd: de belastingsvermindering. Integendeel. Uit tabel 2 blijkt dat die in 2005 nog verder stegen.

Europese top 10 van totale belastingsontvangsten als percentage van het BBP

	2003	2004	2004/2003
Zweden	50,6	50,7	+
Denemarken	48,3	49,6	+
België	45,4	45,6	+
Finland	44,8	44,3	-
Frankrijk	43,4	43,7	+
Noorwegen	43,4	44,9	+
Oostenrijk	43,1	42,9	-
Italië	43,1	42,2	-
Luxemburg	41,3	40,6	-
Nederland	38,8	39,3	+

Bron: De Standaard. 13.10.2005. “Belastingsdruk weer gestegen”.

Tabel 2

¹⁵ “Verkiezingen verdaagd tot september”. Elektronische Artsenkrant. 09.12.2005.

¹⁶ Belgisch Staatsblad 20.05.2005.

¹⁷ “SP-A ziet brood in kliklijn voor misbruiken in gezondheidszorg”. De Morgen. 28.02.2005.

¹⁸ “Verhofstadt blijft bij doelstelling 200.000 nieuwe jobs”. De Tijd. 28.01.2005.

III.3. Communautaire spanningen

De spanningen rond Brussel-Halle-Vilvoorde zorgden er bijna voor dat de volmachten-gezondheidswet niet klaar raakte. Ze werd met vertraging gepubliceerd, na het paasverlof.

Toenmalig minister van begroting, Johan VANDE LANOTTE, vreesde zelfs dat de regering zou vallen. Als “oplossing” werd B-H-V in de diepvries gestopt tot 2007 en de regering regeerde voort. Een zoveelste crisis van Paars werd vermeden, maar de politieke cohesie verzwakte¹⁹.

Vice-premier Johan VANDE LANOTTE pakte uit met een aantal krasse uitspraken die niet gewaardeerd werden door de Franstaligen, over werk en gezondheidszorg^{20, 21}. Ondertussen heeft hij de regering verlaten om SP-A voorzitter te worden. Over zijn opvolgster, Freya VANDENBOSSCHE, zijn er geen controversen tussen Noord en Zuid : knap maar onbekwaam. De Nederlandse premier BALKENENDE volgt de “Belgische oliecrisis” allicht vergenoegd op.

Over de alternatieve financiering van de sociale zekerheid bestaat er evenmin consensus. De Parti Socialiste staat achter de “Cotisation Sociale Généralisée” of “Algemene Sociale Bijdrage”, de SP-A is er tegen²².

Over de totaal andere visie op de numerus clausus hebben we het in punt IV. En zelfs de euthanasiewet wordt in het Noorden des lands anders toegepast dan in het Zuiden : 80 % van de aangiften bij de bevoegde commissie zijn Vlaams, slechts 20 % is Franstalig.²³

De dossiers over de PET-scan en de hartcentra hebben een duidelijk communautaire tint, alhoewel de rapporten werden opgesteld door nationale en objectieve organen, met name de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen en het Kenniscentrum. Dat de aanbevelingen in de rapporten van de beide instanties diametraal tegenover elkaar staan, maakt de beslissing van de minister er niet eenvoudiger op.

Het Vlaams Geneesherenverbond (VGV) kloeg de pogingen van minister DEMOTTE aan tot recuperatie van de gedefederaliseerde bevoegdheden in de gezondheidszorg.²⁴ De campagne “U bent in goede handen – Vous êtes en de bonnes mains”²⁵ die met een tweetalige affiche in alle Belgische ziekenhuizen werd gepromoot, verwekte in Vlaanderen enige beroering zodat de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Inge VERVOTTE, ter verantwoording werd geroepen. Aan de Franstalige kant van de taalgrens heb ik geen weet van gelijkaardige reacties.

Het VGV vermeldt ook de poging om de Orde der Geneesheren om te vormen tot een unitaire federale “Hoge Raad voor Deontologie” voor alle gezondheidszorgberoepen zonder Nederlandstalige en Franstalige afdelingen.

¹⁹ “Mislukken B-H-V blaast geloofwaardigheid paars op”. De Standaard. 12.05.2005.

²⁰ “De Franstaligen zijn België aan het opblazen”. Humo. Nr. 3377. 24.05.2005.

²¹ “Toekomstig SP-A voorzitter blaast warm en koud over regionalisering. Werk ja, gezondheidszorg neen”. De Standaard. 07.09.2005.

²² “Financement de la Sécu. Les syndicats en ordre dispersé”. La Libre Belgique. 07.05.2005.

²³ “Registratie euthanasie groeit met 50 % in Vlaanderen ...”. Artsenkrant. Nr. 1704. 14.10.2005.

²⁴ “Federale recuperatie gezondheidszorgen”. Periodiek. Nieuwsbrief Vlaams Geneesherenverbond. 60^{ste} Jaargang-sept-okt. 2005 – Nr. 5.

²⁵ Campagne in de media gestart tot preventie van ziekenhuisinfecties door bevordering van de handhygiëne op 15.02.2005.

Als Belgische federatie van beroepsverenigingen heeft het V.B.S. hierover geen specifieke bemerkingen gemaakt, maar het heeft wel het ontwerp besproken en een ganse reeks fundamentele bezwaren geuit. Het VBS is radicaal tegen deze hervorming.

III.4. BeHealth en FlaHealth

Onopvallend verscheen eind juli 2004 een persbericht van de ministerraad dat een telematicaportaal zou worden gecreëerd dat een unieke toegangspoort zou vormen voor alle betrokkenen bij de sociale zekerheid. Het was Artsenkrant die er, midden de zomer 2004, de aandacht op vestigde en opmerkte dat geen artsen bij het project werden betrokken.²⁶

Verder was er weinig informatie over te vinden. Alles gebeurde binnen de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, in de gesloten cenakels van het Directiecomité “DG1 Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen”, met als directeur-generaal Christiaan DECOSTER, en met Dr. Jean-Paul DERCQ als relais op het kabinet DEMOTTE en Dr. Marc BANGELS van de Dienst Telematica, Informatica en Communicatie in de gezondheidszorg als hoofdauteur van de ontwerp teksten. Op te merken valt dat het initiatief louter uit socialistische hoek komt met name van Johan VANDE LANOTTE, Rudy DEMOTTE en Peter VANVELTHOVEN, gesteund door deskundigen van de Carenet groep bij de Socialistische Mutualiteiten.

Op 28.03.2005 stelde CD&V Voorzitter Jo VAN DEURZEN een vraag over BeHealth.²⁷ DEMOTTE antwoordde dat het een ambitieus project betrof dat veel overleg vereist. De artsen werden er absoluut niet bij betrokken. Allicht volstaat het voor de minister dat enkele van zijn medewerkers een artsendiploma hebben.

Eind juni 2005 bereikte ons door een “gelukkig toeval” een voorontwerp van wet, dat toen nog nergens terug te vinden was, ook niet op de website van het federaal parlement. Rond dezelfde tijd werd melding gemaakt in het Comité Geneeskundige Verzorging van het RIZIV van het bestaan van een groep die met het ontwerp BeHealth bezig was. Binnen het Verzekeringscomité zou een “groep Visie” worden opgericht om de werkzaamheden van die groep te inspireren en te begeleiden.

Als lid van het Verzekeringscomité werd ik aangenomen als lid van de “groep Visie” maar voor 2 van de 3 inmiddels gehouden vergaderingen “vergat” Dr. Marc BANGELS mij uit te nodigen. Of dit te maken heeft met de forse kritiek die we op de BVAS persconferentie van 07.09.2005 hebben geuit en dus met het monddood maken van vervelende criticasters of met een I.T. probleem in de databank van de leden van de groep Visie, zal een open vraag blijven. Want ook elektronische post loopt wel eens mis.

Minister DEMOTTE beloofde eind maart 2005 dat het wetsontwerp dat de basis legt voor de behandeling en verzorging van patiënten op afstand nog vóór de zomer zou klaar zijn²⁸. Dr. Jean-Paul DERCQ voegde daar nog aan toe dat het wetsontwerp de basis vormt voor telemonitoring, voor de veralgemening van het medisch dossier en voor de toekenning van een uniek medisch nummer aan iedere patiënt.

²⁶ “Informatisering medische gegevensstromen. Zet Be Health artsen buitenspel ?” Artsenkrant. Nr. 1610. 31.08.2004.

²⁷ “Demotte werkt aan elektronisch gezondheidsdossier. ‘Ambitieuw project’ moet samenwerking zorgverstrekkers bevorderen”. De Tijd. 29.03.2005.

²⁸ “Dokter komt via internet”. Het Volk. 31.03.2005.

Wat hij er niet bij zegt is dat de huisarts uit de praktijk wordt uitgesloten als hij geen gebruik maakt van BeHealth en dat de patiënt alleen nog via die huisarts in het zorgcircuit kan geraken.

Op 12.07.2005 stelde Dr. Yolande AVONTROODT in de Kamer van Volksvertegenwoordigers aan minister DEMOTTE een aantal precieze vragen over “het informatiseringsproject BeHealth”²⁹, waarbij ze zeer terecht opmerkte dat de artsen er niet bij betrokken waren, evenmin als privé-partners uit de informaticawereld. De minister las het antwoord dat zijn administratie had voorbereid en bleef dan verder op de vlakte. Ik citeer DEMOTTE : “Ik denk dat het interessant zou kunnen zijn voor het Parlement, maar ook voor mij, om bijvoorbeeld een namiddag te organiseren om dieper op BeHealth te kunnen ingaan”. Waarna hij de bespreking beëindigde.

Tijdens het verlof hebben Jos VAN DEN NIEUWENHOF en ik zelf het bijzonder taai ontwerp doorworsteld en spuiden we nadien bakken kritiek in de pers.

Het voorontwerp werd volledig achter de rug van de artsen opgesteld en de tekst was nergens te vinden. Als bij wonder stond het voorontwerp de dag na de BVAS-persconferentie op de website van minister DEMOTTE. De Orde is vandaag nog altijd uitgesloten van de werkgroep, maar haar twee ondervoorzitters werden wel éénmaal informeel ontvangen door Dr. J.P. DERCQ in aanwezigheid van onze administratieve directeur, Jos VAN DEN NIEUWENHOF.

Alhoewel de Orde de tekst nooit officieel ontving, gaf ze, net zoals VBS en BVAS, een zeer negatief advies over het ontwerp van wet³⁰. Ondervoorzitter, Dr. Ivo UYTTENDAELE, waarschuwt er ook voor dat een systeem waar honderdduizenden personen toegang tot hebben gemakkelijk gekraakt kan worden³¹. En hij voegt er aan toe : “Vooraleer de telematica nog meer armslag te geven, zou men beter eens beginnen met strikte regels uit te vaardigen om misbruik van de bestaande telematica-toepassingen tegen te gaan”. Op 26.11.2005 deelde de Orde officieel zijn bezwaren tegen het ontwerp mee aan Dr. J.P. DERCQ³².

Onze kritiek veroorzaakte flink wat deining en het zal niet meer mogelijk zijn dat het Parlement op een blauwe maandag het ontwerp door de strot geduwd krijgt.

Desalniettemin merken we dat de auteurs maar eventjes opgeschrokken werden, en zich ondertussen weer onverdroten in hun ivoren en ideologische torens aan het werk gezet hebben. Een aantal belangrijke wijzigingen die het VBS had doen aanbrengen zijn opnieuw verdwenen.

De Vlaamse overheid werkt ondertussen aan een eigen gezondheidsinformatiesysteem dat ik, naar analogie met BeHealth, FlaHealth doopte. Een ontwerp van decreet van 07.10.2005 staat al maanden verscholen op de website van het Vlaams Parlement. Tijdens die ene vergadering van de “groep Visie” van BeHealth dd. 15.12.2005 waarvoor ik wel werd uitgenodigd verwees ik naar het ontwerp van Decreet. Ik wees op de aanzienlijke verschillen en vroeg of beide systemen naast elkaar zouden moeten functioneren. Er werd geantwoord dat de BeHealth auteurs op de hoogte waren en dat er overleg zou worden gepleegd.

²⁹ Kamer van Volksvertegenwoordigers. CRIV COM 684. Commissie voor Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke vernieuwing. 12.07.2005. Vraag nr. 7825

³⁰ « L'Ordre des médecins s'oppose à la télémédecine de Demotte ». L'Echo. 13.09.2005.

³¹ “Orde stelt veto tegen BeHealth”. Artsenkrant. Nr. 1696. 16.09.2005.

³² www.ordomedic.be; Be Health project. 26.11.2005.

Op 24.01.2006 werd het ontwerp onder de publieke aandacht gebracht door Artsenkrant³³. Niet alleen artsen worden gedwongen om te participeren. Patiënten worden gehanteerd met uitsluiting van preventieve gezondheidszorgen als ze zouden weigeren te worden opgenomen in deze Vlaamse Big Brother³⁴.

We moeten actie ondernemen om een aantal onaanvaardbare elementen uit dit decreet te doen verwijderen. Bovendien moet uitgesloten worden dat de Vlaamse artsen zouden onderworpen worden aan 2 verschillende systemen : BeHealth én FlaHealth. Of is het de bedoeling van de Vlaamse Overheid om, ten gevolge van de incompatibiliteiten tussen beide concepten, op de rug van patiënten en artsen een splitsing van de gezondheidszorgen te realiseren ?

III.5. Geneesmiddelenbeleid

De debatten over de groeiende uitgaven voor geneesmiddelen hebben het ganse jaar 2005 de media beheerst. De groei is door allerlei overheidsingrepen drastisch verminderd zoals blijkt uit tabel 3.

Jaar	RIZIV-uitgaven geneesmiddelen miljoen € (1)	Aantal inwoners (2)	RIZIV-uitgaven geneesmiddelen/ inwoners/jaar (in €)	1999 = 100,0
2005	3.317,505*	10.432.955**	317,98	143,6
2004	3.248,070	10.396.421	312,42	141,1***
2003	2.954,905	10.355.844	285,34	128,9
2002	2.724,349	10.309.725	264,25	119,3
2001	2.601,556	10.263.414	253,48	114,5
2000	2.439,726	10.239.085	238,28	107,6
1999	2.261,561	10.213.752	221,42	100,0

Tabel 3

(1) RIZIV Nota ARGV nr. 2005/84 dd. 03.10.2005

(2) Ecodota (http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_nl.asp)

* Technische raming gebaseerd op de eerste 5 maanden 2005

** Gemiddelde aangroei 1999 tot 2004 : 36.534/inwoners/jaar; hypothese 2005 bij gelijkblijvende groei

*** Gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei van 1999 tot 2004 : + 7,1 %.

Groei 2004-2005 : + 1,8 %.

De doorsnee Belg die dacht dat “kiwi” een fruitsoort was (de Chinese kruisbes) weet nu dat het in feite een vogeltje is dat niet kan vliegen en dat symbool staat voor de staat Nieuw-Zeeland.

Het “kiwi”-model staat voor de aankoop en de distributie door de Nieuw-Zeelandse Staat van geneesmiddelen via openbare aanbesteding. Alleen het geneesmiddel dat de Staat op die manier ter beschikking stelt, wordt terugbetaald.

Vijf Belgische senatoren gingen ter plekke bij onze tegenvoeters kijken ter voorbereiding van het parlementair geneesmiddelendebat : apotheker Annemie VANDECASTEELE (VLD), huisarts Jacques GERMAUX (VLD), socioloog Wouter BEKE (CD&V), beheerder Jean CORNIL (PS) en vertaler Luc PAQUE (MR). Er was geen SP-A vertegenwoordiger meegereisd, omdat de SP-A verkoos deel te nemen aan de vrouwendag in New York.

³³ “Vlaamse regering heeft eigen Be Health klaar”. Artsenkrant. Nr. 1727. 24.01.2006.

³⁴ « Marc MOENS : ‘Flanders Health ruikt naar totalitarisme’ ». Artsenkrant. Nr. 1728. 27.01.2006.

De SP-A heeft nochtans grote interesse voor het kiwi-systeem want op 29.04.2005 organiseerde ze een congres met als thema : “Is het Nieuw-Zeelands model haalbaar in België ?”³⁵. Gastspreker Ian Mc PHERSON, directeur bij de grootste Nieuw-Zeelandse ziekteverzekeraars, deed een aantal uitspraken die belangrijk zijn in het debat. Ik citeer : “De keuze voor het (kiwi-)model is een ethische keuze. Er zijn beperkte ongemakken voor artsen en patiënten, maar die worden er bij genomen omdat men beseft dat de kosten voor de Overheid onhoudbaar worden”....

“Je kunt de kosten voor de gezondheidszorg niet drukken zonder de keuze van de gesubsidieerde geneesmiddelen te beperken”.

Mogelijke problemen van individuele patiënten wuift hij gemakshalve weg : “Pharmac (door de Nieuw-Zeelandse overheid opgericht aan- en verkooporgaan van geneesmiddelen) schakelde recent over naar een generisch astmageneesmiddel. Het medicijn is hetzelfde, maar de inhalator zou minder goed werken. Dat soort zaken gebeurt, maar het gaat om kleine ongemakken.”

Hij is ook van oordeel dat het Kiwi-model geen therapeutische beperking inhoudt : “Artsen kunnen alle geneesmiddelen voorschrijven. De patiënt moet alleen meer betalen als het geen gesubsidieerd geneesmiddel is. ... Pharmac heeft artsen altijd betrokken bij zijn beslissingen en hen echte inspraak gegeven. Dat maakt dat de medische wereld vandaag op een goede manier samenwerkt met Pharmac”.

In België boden zowel de artsen als de farmaceutische industrie fel weerstand tegen het invoeren van het Kiwimodel via het ontwerp van gezondheidswet. Ze wezen er ondermeer op dat Nieuw-Zeeland nauwelijks mensen tewerkstelt in de farmaceutische industrie, en dan nog louter voor de diergeneeskunde, en dat Nieuw-Zeeland meer aandacht schenkt aan de inkomsten die het eiland verwerft via de schapenteelt dan aan de uitgaven die nodig zijn om alle patiënten een individueel aangepaste medicatie te kunnen voorschrijven.

Alleen huisarts Jacques GERMEAUX (VLD) bleef fors verdediger van het integrale Kiwi-model : “In Nieuw-Zeeland heeft men er voor gekozen de huisartsen een wortel voor de neus te houden. Ze hebben immers een deel van het geld gekregen dat werd bespaard met de invoering van het kiwimodel. Nu staat er 10 miljoen euro op de rekening van de artsenorganisatie. Daarmee kunnen ze zelf een deel van hun sector organiseren”. Als dat geen mooie Evidence Based Medicine gedachte is !

Uiteindelijk werd er een soort “genetisch gemanipuleerde” kiwi opgenomen in de wet, een oplossing à la Belge.³⁶

Eind december 2005 kondigde minister DEMOTTE aan dat hij het gebelgiceerd kiwimodel wil invoeren voor maagzuurremmers en cholesterolverlagers³⁷ vanaf juli 2006.³⁸ Het idee werd gesteund door de VLD.

³⁵ “De kiwi als remedie. België heeft een probleem waar iets aan moet gebeuren ». De Morgen. 30.04.2005.

³⁶ Art. 60-65 van de wet van 27.04.2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorgen en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

³⁷ « Twee geneesmiddelen testen kiwi-model uit ». De Standaard. 22.12.2005.

³⁸ « Médicaments : modèle Kiwi dès juillet ». Vers l’Avenir. 15.12.2005

Ondertussen worden de artsen overdonderd met nieuwe reglementen. De terugbetaling van de maagzuurremmers werd uiteengezet in 58 bladzijden Belgisch Staatsblad³⁹ en een ander K.B.⁴⁰ legt het minimumpercentage vast dat elk specialisme moet voorschrijven opdat zijn praktijk niet onder monitoring zou worden geplaatst door de Dienst geneeskundige evaluatie en controle. Indien na zes maand “monitoring” de arts zijn voorschrijfgedrag niet heeft aangepast – dus meer “goedkope” middelen heeft voorgeschreven – wordt hij gestraft met zware administratieve boetes.

De eerste monitoringsperiode start vanaf 01.04.2006. Onder de specialisten moeten de gynaecologen het laagste percentage “goedkope” middelen voorschrijven (9 %), de gastro-enterologen, radiotherapeuten en stomatologen het hoogste percentage (30 %) (cfr. Tabel 4).

	% voorgeschreven goedkope geneesmiddel 2 ^{de} semester 2004	Verplicht minimum % goedkope geneesmiddelen vanaf 01.04.2006	Vershil %
Tandartsen	40,2	30	+ 10,2
Radiotherapie	37,0	30	+ 7,0
Stomatologie	29,2	30	- 0,8
Gynaecologie	7,4	9	- 1,6
Klinische biologie	16,1	18	- 1,9
Dermato-venerologie	18,8	21	- 2,2
Anatomo-pathologie	15,8	18	- 2,2
Oto-rhino-laryngologie	12,4	15	- 2,6
Orthopedie	11,4	14	- 2,6
Andere	15,2	18	- 2,8
Oftalmologie	12,2	15	- 2,8
Neurochirurgie	12,0	15	- 3,0
Anesthesiologie	14,6	18	- 3,4
Radiologie	14,4	18	- 3,6
Plastische heelkunde	15,4	19	- 3,6
Reumatologie	10,4	14	- 3,6
Fysiotherapie	13,2	17	- 3,8
Kindergeneeskunde	10,1	14	- 3,9
Pneumologie	8,1	12	- 3,9
Urologie	14,8	19	- 4,4
Heelkunde	17,3	22	- 4,7
Gastro-enterologie	24,7	30	- 5,3
Neurologie	9,6	15	- 5,4
Neuropsychiatrie	10,6	17	- 6,4
Algemene geneeskunde	20,5	27	- 6,5
Inwendige Geneeskunde	17,2	24	- 6,8
Nucleaire geneeskunde	10,1	18	- 7,9
Cardiologie	21,0	29	- 8,0
Psychiatrie	10,3	21	- 10,7

Bron : RIZIV en BVAS-website

Tabel 4

De eerste week van januari 2006 kregen alle artsen die in 2004 meer dan 100 voorschriften per jaar maakten een geïndividualiseerde brief om zich te situeren t.o.v. het K.B. van 17.09.2005 (dat een uitvoering is van de volmachten van de gezondheidswet van 27.04.2005).

³⁹ M.B. van 14.06.2005 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (B.S. 20.06.2005. Ed. 3).

⁴⁰ K.B. van 17.09.2005 tot wijziging van het artikel 73 § 2 van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994 (B.S. 27.09.2005).

Heel wat bemerkingen werden ons vanuit verschillende beroepsverenigingen en (deel-)specialismen overgemaakt, ondermeer door gastro-enterologen, endocrinologen, pediaters, pneumologen...

In de berekeningen van het RIZIV werd het voorschrift op stofnaam (VOS) nog niet opgenomen vermits het pas in voege ging in oktober 2005⁴¹ en in 2005 verschenen er ook heel wat nieuwe generieken op de markt.

Het is dan ook niet te verwonderen dat uit een Pharma.be memo^{42, 43} blijkt dat de geneesmiddelen die op 01.01.2006 aan de definitie “goedkopere” geneesmiddelen beantwoordden, in 2005 al 31,72 % van de voorschriften in DDD uitmaken of bijna één voorschrift op drie. Het betreft zowel de originele merkgeneesmiddelen waarvan het octrooi vervallen is en waarvan de prijs werd verlaagd tot de basis van de referentietierugbetaling, de kopiegeneesmiddelen en generica, als de geneesmiddelen voorgeschreven op basis van de stofnaam (VOS).

Het valt op dat de groei van voorschriften van “goedkopere” geneesmiddelen het sterkst uitgesproken is bij de originele geneesmiddelen opgenomen in de referentietierugbetaling en waarvan de prijs werd verlaagd tot de referentiebasis. Het aandeel van deze geneesmiddelen stijgt van 5,96 % in 2004 naar 13,66 % in 2005 wat een toename betekent met 129,2 %.

De generieken of kopieën stegen van 12,23 % in 2004 naar 18,06 % in 2005 of een toename met 47,7 %. Het voorschrift op stofnaam tenslotte steeg van 18,2 % in 2004 naar 31,72 % in 2005 of een toename met 74,3 %.

Het valt op dat de voorschrijvende artsen het meeste vertrouwen hebben in de hen bekende geneesmiddelen die in prijs werden verlaagd. Eén van de verklaringen hiervoor kan zijn dat het gebruik van deze geneesmiddelen de therapietrouw van de patiënt bevordert, in tegenstelling tot het voorschrijven op stofnaam of het voorschrijven van generieken. Bij VOS weet de arts nooit welk geneesmiddel wordt afgeleverd, tenzij in het geval er slechts één merknaam van die stof op de markt is, en de veelheid van de generieken voor eenzelfde actieve stof kan tot verwarring leiden, met alle gevaren vandien voor de patiënt, zoals vb. overdosering.

Deze evolutie in het voorschrijfgedrag van artsen, lang voordat het strafmaatregelensysteem dat in het Koninklijk besluit van 17.09.2005 (B.S. 27.09.2005) in voege kan treden, bewijst dat de artsen, en niet in het minst de huisartsen die toch +/- 80 % van alle geneesmiddelen voorschrijven, wel degelijk kostenbewust voorschrijven.

En dat ondanks de onophoudelijke kritieken in de media. Het waanidee dat artsen – zowel buiten als binnen het ziekenhuis – geld verdienen aan het voorschrijven van – liefst dure – geneesmiddelen, wordt met gretigheid in de media onderhouden. Daar helpt geen lievemoederen aan⁴⁴.

⁴¹ K.B. van 10.08.2005 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (B.S. 20.09.2005).

⁴² « ‘Goedkopere’ voorschriften : laatste gegevens op 01.01.2006 ». Pharma.be memo van 19.01.2006.

⁴³ « 32 % goedkope geneesmiddelen in 2005 ». Artsenkrant. Nr. 1727. 24.01.2006.

⁴⁴ « Artsen moeten meer goedkope geneesmiddelen voorschrijven. Demotte pakt dokters in hun portefeuille ». Het Volk. 29.06.2005.

Naar jaarlijkse traditie stuurde ook Testaankoop weer een legertje goed geïndoctrineerde toneelspe(e)l(st)ers op pad om te bewijzen dat er veel te veel medicijnen worden voorgeschreven. “Eén arts op drie schreef volgens onze onderzoekers onnodig antibiotica voor. En na enig aandringen deed zelfs één op twee dat”⁴⁵.

Als sinterklaascadeau kondigde Prof. Herman GOOSSENS (microbiologie UZA) als ondervoorzitter van de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC) op 06.12.2005 in de pers aan dat er zich tussen 2000 en 2004 een spectaculaire vermindering met 30 % heeft voorgedaan in het antibioticumvoorschrift⁴⁶.

Toch weigerden de mutualiteiten in mei 2005 in het RIZIV-verzekeringscomité te erkennen dat er een trendbreuk was in het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. In het voorschrijven van antibiotica stond de gedragswijziging onomstotelijk vast⁴⁷. In het gebruik van goedkopere antihypertensiva zag men een begin van dalende trend.

Het vaststellen van die trendbreuk was noodzakelijk om de helft van de index 2005 te bekomen. De andere helft was in feite al “gebruikt” om de opwaardering van de consultaties (specialisten en huisartsen) en de huisbezoeken door huisartsen te kunnen financieren.

Maar zelfs indien alle artsen de perfectie zouden bereiken in het adequaat voorschrijven, dan nog is het probleem van de explosieve uitgavengroei niet opgelost. Binnenkort komen de medicaties op de markt die zullen ingrijpen op moleculair biologisch niveau.

Cytostatica en antitumorale middelen zullen zeer gericht bepaalde maligne of andere (vb. angiogenese) cellen kunnen aanvallen, afremmen in hun groei of vernietigen.

België heeft toponderzoekers in dit domein in huis zoals Prof. Peter CARMELIET, KULeuven, die in dit domein revolutionair onderzoek verricht dat internationaal wordt erkend.⁴⁸

De mogelijkheden lijken onbegrensd, maar de farmaceutische industrie wil enige garantie dat die peperdure research zich ooit zal terugbetalen. Terwijl premier VERHOFSTADT in Korea de Belgische industrie aan het promoten was en een opslagbedrijf voor de producten van “Kruidvat” en “Ici Paris” meebracht om onder te brengen in de vroegere Renault fabrieken te Vilvoorde⁴⁹, besliste de top van het Pfizerconcern in New York dat de geplande investering in het Belgische Puurs (185 miljoen €, 100 extra banen) niet doorging.⁵⁰

De plooiën tussen premier VERHOFSTADT, minister DEMOTTE en de top van Pharma.be en de grootste Belgische pharmaceuticabedrijven lijken nog steeds niet helemaal gladgestreken, ondanks de poging dd. 15.11.2005 in de Wetstraat 16 om een “Pax Pharmaceutica” te bewerkstelligen.⁵¹

Maandag 23.01.2006 werd ter zitting het dossier HERCEPTINE®⁵² in het RIZIV-Verzekeringscomité uitgedeeld met de vraag vanwege minister DEMOTTE om het ogenblikkelijk te behandelen.

⁴⁵ “Het zijn geen snoepjes”. Test Gezondheid nr. 68, augustus-september 2005.

⁴⁶ « Belgisch antibioticaverhaal uniek in de wereld ». De Standaard. 06.12.2005.

⁴⁷ « Ambulant voorschrijfgedrag antibiotica en antihypertensiva. Onderzoeksrapport april 2005. Akkoord artsen-ziekenfondsen 2004-2005. Rijksinstituut Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Dienst voor geneeskundige verzorging. Informatiecel.

⁴⁸ « Angiogenesis in life, disease and medicine ». Peter Carmeliet. Nature, 438, 932-936.

⁴⁹ “Liever Kruidvat dan Pfizer?”. De Huisarts. 24.11.2005. Nr. 760.

⁵⁰ « Pfizer blaast grote investering in Puurs af ». De Standaard. 14.11.2005.

⁵¹ « Une ‘Pax Pharmaceutica’ pour rassurer le secteur du médicament ». L’Echo. 16.11.2005.

⁵² Nota CGV 2006/29 dd 19.01.2006

Er is medische evidentie dat HERCEPTINE® als adjuvans behandeling bij de “klassieke” behandeling van borstkanker het aantal recidieven met 2/3den vermindert. Het wordt dus bijna onethisch om sommige vrouwen wel en andere niet die kans te bieden. De kostprijs per patiënt en per jaar bedraagt echter +/- 30.000 €, alhoewel producent Roche een deel hiervan ten laste wil nemen.

De minister stelt voor de terugbetaling via “artikel 56” te laten lopen.⁵³ Dit betekent dat de uitgaven betaald worden vanuit de begroting administratiekosten van het RIZIV en dus niet opgenomen worden in de gezondheidszorguitgaven.

Dergelijke alternatieve betalingsingrepen via artikel 56 worden in de Algemene Raad van het RIZIV steeds fel gecontesteerd door de vakbonden, in het bijzonder door het ABVV, en door de werkgevers, omdat zij van oordeel zijn dat de uitgaven voor de gezondheidszorg hierdoor vervalst worden en ook niet meer internationaal vergelijkbaar zijn vb. door de OESO⁵⁴.

Een ander probleem is dat deze werkwijze de Herceptine behandeling zou kunnen doen concentreren in enkele “gespecialiseerde centra” (art. 56, § 2, 2°), wat zou passen in het idee dat er nog slechts enkele (universitaire ?) borstcentra zouden mogen blijven functioneren in België.

Wij zijn van oordeel dat alle erkende oncologische zorgprogramma's deze behandeling moeten kunnen instellen. Ze moeten dan wel de wettelijk vereiste wetenschappelijke rapportering en evaluatie opmaken⁵⁵.

III.6. Het euthanasiedebat : op naar Soylent Green ?

In oktober 2004 besprak de Kamercommissie Volksgezondheid het eerste verslag over de euthanasiewet⁵⁶. Een aantal toen gestelde vragen kregen nog geen oplossing. Er werd door Dr. Yolande AVONTROODT toen al om nader onderzoek gevraagd over alle medische ingrepen bij het levenseinde⁵⁷. Er ontstond zelfs een hallucinante rel over commercieel opbod tussen de apothekersblokken APB en Multi-pharma over een euthanasiekit⁵⁸. Thiopental® bestond immers alleen maar in grote (ziekenhuis-)verpakking en was dus ongeschikt om door een huisarts te gebruiken. De euthanasie”kit” werd afgevoerd maar de wetgever kwam de apothekers tegemoet.

De euthanasiewet kreeg een toevoeging waardoor de apotheker die een euthanaticum persoonlijk aan de voorschrijvende arts aflevert, die op het voorschrift attesteert dat hij in overeenstemming met de wet van 28.05.2002 handelt, geen misdrijf pleegt.⁵⁹

Sindsdien is er al wel een uitspraak gedaan ten gunste van een pneumoloog, werkzaam in het ziekenhuis van Asse, die een stervende patiënte had geëuthanasieerd zonder haar schriftelijke verklaring. De arts werd om zwaarwichtige reden door het ziekenhuis ontslagen. De

⁵³ Artikel 56 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Afdeling VI “Tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bijzondere modellen van verstrekking of betaling van geneeskundige verzorging”.

⁵⁴ Meest recent rapport : « Health at a glance ». OECD indicators. 2005.

⁵⁵ « Herceptine weldra terugbetaald ». De Huisarts. Nr. 768. 26.01.2006.

⁵⁶ Wet van 28.05.2002 betreffende de euthanasie (B.S. 22.06.2002).

⁵⁷ « Meer vragen dan antwoorden na euthanasieverslag ». De Standaard. 20.10.2004.

⁵⁸ « De dood in kits beschikbaar ». Artsenkrant. Nr. 1669. 22.04.2005

⁵⁹ Wet van 10.11.2005 tot aanvulling van de wet van 28.05.2002 betreffende de euthanasie met bepalingen over de rol van de apotheker en het gebruik van de beschikbaarheid van euthanatica (B.S. 13.12.2005).

rechtbank oordeelde het ontslag onterecht en het ziekenhuis diende de arts een hoge schadevergoeding te betalen⁶⁰.

In minder dan 2 jaar deden gelijkaardige zaken zich ook al voor in Namen, Brugge, Ronse, Edegem, Luik, Duffel, Veurne, Doornik en Boom⁶¹.

Telkens gaat het om complexe juridische kluwens, waar advocaten en rechtbanken hun handen vol mee hebben, en die zeer veel persoonlijk leed veroorzaken, zowel bij de nabestaanden als bij de euthanaserende arts en diens familie.

In die context citeer ik letterlijk een stukje uit punt VIII “Het euthanasiedebat en het wetsontwerp betreffende euthanasie” van mijn jaarsverslag 1999 :

“Tijdens de eerste vergadering van het VBS-bestuurscomité na het publiek maken van het wetsvoorstel euthanasie van de paarse meerderheid op 13.01.2000 werd een geargumenteerde discussie gevoerd over dit delicate thema dat brandend in de actualiteit staat. Ze resulteerde in een tweedelig kort en krachtig persbericht dat we hier letterlijk overnemen :

“1. Gelet op de complexiteit van het gegeven, gelet op het gebrek aan voldoende gestoffeerde en wetenschappelijk onderbouwde gegevens, menen wij dat het huidig wetsvoorstel onaanvaardbaar is.

2. Gelet op het uitermate zeldzaam voorkomen van vervolgingen in deze materie, menen wij dat een bijzondere wet niet nodig is”⁶²

Het moge duidelijk zijn dat, volledig in tegenspraak met wat Prof. Wim DISTELMANS blijft herhalen⁶³, de euthanasiewet de rechtszekerheid van de arts niet heeft verbeterd. Meester Walter GONTHIER stelde tijdens hetzelfde debat in Oostende dat de rechtszekerheid relatief is en dat hij uit meerdere getuigenissen van artsen kon opmaken dat de artsen veel terughoudender waren dan voordien, wat soms tot weigeringen van een gerechtvaardigde euthanasie leidt, louter en alleen uit schrik niet te voldoen aan een van de moeilijke en sterk interpreteerbare regels van de euthanasiewet.

Precies zoals ik in mijn jaarverslag van 1999 beschreef.⁶⁴

In november 1999 had ook de BVAS-raad van bestuur zich uitgesproken tegen een euthanasiewet. Wat niet hetzelfde is als tegen euthanasie. Toen dat op de frontpagina van “De Standaard” werd bekendgemaakt⁶⁵, kreeg ik sterjournalist Siegfried BRACKE op bezoek met één enkele vraag voor zijn blitz-interview : “Is het niet zo dat de BVAS tegen een euthanasiewet is omdat je een overledene geen factuur meer kunt sturen?”.

Dat laag bij de gronds niveau van reageren tegen mensen die zich durven verzetten tegen het uitbreiden van de euthanasiewet naar kinderen en dementen neemt overhand toe.

Vandaar mijn herinnering aan een science fiction horrorfilm uit 1973 die ik in mijn studententijd zag : Soylent Green met Charlton HESTON, de ondanks zijn Alzheimer nog niet geëuthanaseerde steracteur in de hoofdrol. Gesitueerd in 2022 in het overbevolkte, verdord en

⁶⁰ « Euthanaserende arts onrechtmatig ontslagen ». Artsenkrant. Nr. 1683. 17.06.2005.

⁶¹ « Doen sterven is niet hetzelfde als laten slapen ». De Standaard. 04.08.2005.

⁶² « Colour blind under the rainbow. Een jaaroverzicht van het sociaal politiek gebeuren m.b.t. de specialistische geneeskunde in België”. M. MOENS. VBS-jaarverslag 1999. De Geneesheer-Specialist. Nr. 2. Februari 2000.

⁶³ Ondermeer tijdens een boeiend debat dd. 02.09.2005 in Oostende, georganiseerd door de Belgische Vereniging voor medische moraal en ethiek.

⁶⁴ VBS-jaarverslag 1999. Punten VIII.3.3. Juridisme en VIII.3.6. Korte tekstanalyse. De Geneesheer-Specialist. Nr. 2. Februari 2000.

⁶⁵ “Grootste artsensyndicaat verwerpt paarse euthanasieplannen. Dit is de banalisering van de dood”. De Standaard. 24.12.1999.

quasi onleefbaar geworden New York, waar een Malthusiaanse catastrofe heerst met hongersnood en watertekort, worden de burgers aangemaand over te gaan tot euthanasie. Omgeven door een prachtige natuur op een cinerama 360° videoscherm en op de tonen van Beethovens Pastorale, laten de Overheid-gesubsidieerde ambtenaren hun “klanten” voor eeuwig inslapen. Het horrorelement zat er in dat de “klanten” niet werd verteld dat hun lichamen de grondstof vormden voor voedsel dat aan de New Yorkers werd verstrekt door de Soylent Corporation, in plaats van “soya” en “lentils” (linzen) : soylent green. Gruwelijk en fictief. De voorstellen die sommigen vandaag in de euthanasiewet willen doen inschrijven zijn gruwelijk doch realistisch.

Uit de tientallen standpunten en opinies in tegenovergestelde richtingen die werden gepubliceerd⁶⁶, vooral nadat kardinaal Godfried DANNEELS het had “aangedurfd” in zijn Kersthomilie van 25.12.2005 uitspraken te doen die sommige voorstanders van de uitbreiding van de euthanasiewet niet wensten te horen, citeer ik er één, van collega Luc BONNEUX, tot voor kort medewerker aan het federaal Kenniscentrum, waar ik hem als lid van de raad van bestuur als een bijzonder kritisch medisch wetenschapper heb leren kennen : *“Mensen bij wet opleggen af te takelen tot ook het vege lijf het eindelijk opgeeft is net zo min ethisch als mensen bij wet opleggen er een einde aan te maken. De verstandige wetgever waakt tegen misbruik, maar treedt terug. Het is niet aan hem om te bepalen hoe mensen hun levenslot invullen”*.⁶⁷ Een doordenker.

Mijn persoonlijke opinie is dat de euthanasiewet onmiddellijk mag ingetrokken worden. Deontologie en strafrecht zouden hebben volstaan in alle hierboven vermelde gevallen die door de rechtbanken werden vervolgd. Er is dus geen enkele reden om deze slechte wet, die bovendien tot de afbouw van de palliatieve zorg leidde, uit te breiden.

III.7. Privatisering

Door een kranteninterview van Tom COCHEZ met ondergetekende in de Morgen van 28.02.2005⁶⁸ kwam plots de (on-)betaalbaarheid van onze zorg in het middelpunt van de belangstelling te staan.

Sommige mutualiteiten en politici riepen moord en brand.

Algemeen secretaris van het nationaal verbond van socialistische mutualiteiten, Guy PEETERS, deed hierover een merkwaardige uitspraak ter mijner attentie : *“Meebeslissen binnen de verplichte ziekteverzekering en kiezen voor privatisering gaan niet samen”*.⁶⁹

Wat de heer PEETERS allemaal privé aanbiedt aan zijn leden is hij dan eventjes vergeten. De publiciteit voor *“Kliniplan. Hospitalisatieverzekering met de beste prijs-kwaliteitsverhouding”* concurreert open en bloot met privé verzekeraars.⁷⁰ De auteur van het wervend artikel stelt inderdaad vast dat *“ongeveer 1 miljoen Belgen een individuele hospitalisatieverzekering heeft afgesloten en (dat) ruim 3 miljoen landgenoten geniet van een dergelijke polis via de werkgever (de zogenaamde collectieve verzekering)”*.

Uit een antwoord via minister DEMOTTE op een schriftelijke vraag van Dr. Yolande AVONTROODT blijkt dat dit aantal nog hoger ligt : 8,712 miljoen privé-verzekeringen bij de

⁶⁶ Bijvoorbeeld « Euthanasie. Mgr. Danneels relance les débats ». La Libre Belgique. 27.12.2005.

⁶⁷ « Leven voorbij de vervaldatum ». De Standaard. 29.12.2005.

⁶⁸ « Grootste artsenbond wil gezondheidszorg privatiseren ». De Morgen. 28.02.2005.

⁶⁹ « Basisprincipes sociale zekerheid actueler dan ooit ». S- Magazine. Jaargang 32. April 2005.

⁷⁰ S-Magazine. Jaargang 32. Maart 2005.

mutualiteiten en 4,3 miljoen bij privé verzekeraars of samen 13,012 miljoen polissen voor 10.355.844 Belgen ⁷¹ (cfr. tabel 5)

Totaal aantal privé verzekeringen gezondheidszorgen 2003 voor 10.355.844 inwoners

Privéverzekeraars	4.300.000
Ziekenfondsen	8.712.000
Totaal	13.012.000

Tabel 5

Bron : Schriftelijke vraag van Mevr. Yolande AVONDTROODT van 08.03.2005 aan minister DEMOTTE (QRVA 51 083; 20.06.2005; blz 14313-14316).

Bij de privé verzekeraars gaat het aantal aanvullende verzekeringen gezondheidszorg ook in stijgende lijn (cfr. tabel 6).

Aanvullende verzekering gezondheidszorgen Privé verzekeraars : evolutie 1998-2003

	Aantal (in duizendtallen personen)		2003 (1998 = 100)
	1998	2003	
Gezondheidszorg-verzekering bij privé verzekeraar	3.431*	4.300*	125,3
•Individuele contracten	779	1.050	134,8
•collectieve contracten	2.652	3.250	122,5

Tabel 6

* Belangrijkst is de hospitalisatieverzekering

Bron : Schriftelijke vraag van Mevr. Yolande AVONDTROODT van 08.03.2005 aan minister DEMOTTE (QRVA 51 083; 20.06.2005; blz 14313-14316)

Zelfs de door PEETERS' mutualiteit terugbetaalde homeopathische middeltjes blijken niet te helpen bij selectief geheugenverlies.

In het liberale kamp heerste er officieel een oorverdovende stilte. Zelfs de gedeeltelijke privatisering waar ik het over had bleek al te glad ijs om er iets over te zeggen.

Het trauma van het VLD congres van maart 1994 werkt blijkbaar nog steeds na als het over de sociale zekerheid gaat.⁷²

De commentatoren konden zich nog eens uitleven met allerlei schimpscheuten. Het klassieke verhaal van de boodschapper waarop wordt geschoten. Sommige boodschappers rijden voor andermans kar. Zoals Elke ROEX, dochter van ASGB-er Milan, met 375 stemmen⁷³ gekozen tot lid van het Vlaams Parlement voor de SP-A die allerlei zeer onheuse en zeer persoonlijke opmerkingen meende publiek te moeten debiteren omdat ik een fundamenteel probleem had aangekaart.⁷⁴

Slechts in een minderheid van de media werd toegegeven dat er effectief een probleem is en dat de gedeeltelijke privatisering wel degelijk al bestaat.^{75, 76}

⁷¹ Schriftelijke vraag van Mevr. Yolande Avontroodt van 08.03.2005 aan minister Demotte (QRVA 51 083; 20.06.2005, blz. 14313-14316).

⁷² « De nieuwe sociale zekerheid. De VLD voorstellen voor een échte sociale en solidaire samenleving ». VLD-congres. Hasselt. 18, 19 en 20 maart 1994.

⁷³ Plus 3.123 stembiljetten die aan de kandidaten door overdracht zijn toegekend ten belope van wat nodig is om het verkiesbaarheidscijfer te bereiken. Brussels hoofdstedelijke Raad. Voorkeurstemmen. http://verkiezingen2004.belgium.be/nl/bru/preferred/preferred_e6109_p3842.html.

⁷⁴ « De Solidaire eed van Hippocrates ». De Tijd. 08.03.2005.

⁷⁵ « Commentaar door Guy Tegenbos. Privatisering is er al ». De Standaard. 01.03.2005.

⁷⁶ «Nu al krijgt niet iedereen dezelfde zorg. De Nederlandse professor Hans Maarse bestudeert de gezondheidszorg in Europa. In het debat over de privatisering van die zorg noemt hij artsleider Marc Moens 'moedig' en SP-A voorzitter Steve Stevaert 'demagogisch' ». Knack. 09.03.2005.

Struisvogelpolitiek helpt dus niet. De zorgverstrekkers met alle zonden van Israël overladen zoals de Christelijke Mutualiteiten zonet nog deden ⁷⁷ evenmin. De mutualiteiten zorgen trouwens vooral voor zichzelf door de kosten van de vrije aanvullende verzekering in toom te houden.

Allicht zal ook dit debat weer overwaaien. De tabel bij het omslagartikel van Trends van 10 maart 2005 ⁷⁸ werd her en der getoond, maar oplossingen behalve politieke zorgrantsoenering en een weigering om te discuten over gedeeltelijke privatisering zijn vooralsnog niet voorhanden (cfr. tabel 7).

DE AANSLAG OP UW GEZONDHEID				
Privé-financiering (in % gezondheidsuitgaven 2000)				
	Uit eigen zak + remgeld	Verplichte privé- verzekering	Aanvullende verzekering	totaal
België	20,9	-	5,4	26,3
Nederland	12,2	13,4	3,9	27,3
Duitsland	11,6	6,4	4,2	22,2
Frankrijk	9,8	-	11,3	21,1

Tabel 7

Bron : Trends. Nr. 10. 10 maart 2005.

Net zoals de mutualiteiten houden de privé verzekeraars de verhouding van de nationale gezondheidsuitgaven t.o.v. het bruto binnenlands product nauwgezet in de gaten (cfr. tabel 8)

Nationale gezondheidsuitgaven en het BBP (bedragen in miljoenen €)

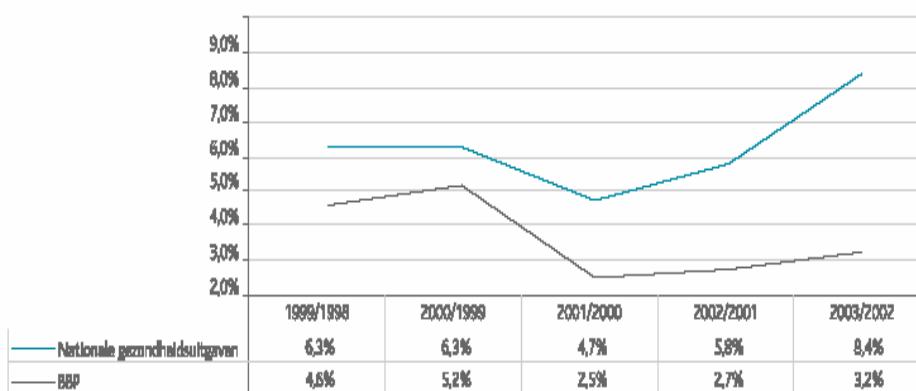
	BBP	Nationale gezondheidsuitgaven	
		bedrag	In % BBP
1998	225.231,0	18.714,2	8,3
1999	235.683,0	19.893,9	8,4
2000	247.924,0	21.145,0	8,5
2001	254.153,0	22.143,4	8,7
2002	261.124,0	23.429,8	9,0
2003	269.546,0	25.392,3	9,4

Bron : Assuralia, januari 2005

Tabel 8

De uiteenwijkende curven tussen beiden verontrusten elkeen (cfr. figuur 1) net zoals het groeiende aandeel dat ten laste valt van de patiënt (cfr. tabel 9)

Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en van het BBP



Figuur 1 Bron : Assuralia, januari 2005

⁷⁷ « CM wijst ziekenhuizen en artsen met de vinger ». Artsenkrant. Nr. 1729. 31.01.2006.

⁷⁸ « Ziek zijn betaalt u morgen zelf. Uw gezondheidsfactuur steeg in 2 jaar tijd met 18 % ». Trends. 31^{ste} jaar. Nr. 10. 10.03.2005.

Reële gezondheidsuitgaven 2003

	Miljoen €	%
Overheid*	19.118,0	75,3
Patiënt	4.926,6	19,4
Privaat	1.347,7	5,3
TOTAAL	25.392,3	100,0

* RIZIV uitgaven 15.383,7

Tabel 9

Bron : Assuralia, januari 2005

Maar de socialisten laten de appel verder rotten en de liberalen doen alsof hun neus bloedt. Behalve Jean-Marie DEDECKER (VLD) – ex-judoka die tegen een spatje bloed kan – die een tweede pijler voor de gezondheidszorg wel ziet zitten.⁷⁹ Maar Hasselt 1994 weegt blijkbaar zwaarder dan Oostende 2005 !

We stellen vast dat de levensverwachting en de vergrijzing blijven toenemen. In alle geïndustrialiseerde landen baren pensioen en gezondheidszorg de Overheid economisch-politieke kopzorgen, vooral met de komst eerstdaags van een grote cohorte babyboomers. De aloude basistypes in de gezondheidszorgsystemen wankelen en neigen naar elkaar.

Het pure Angelsaksische Beveridge-systeem, betaald met belastingsgeld en met de huisarts als poortwachter vooraleer de patiënt zich mag wenden tot de specialist en/of het ziekenhuis wordt overal verlaten, maar in Vlaanderen blijkt dit model nog aan te slaan.

Het pure Bismarck-systeem, betaald door sociale en eigen bijdragen, met vrije artsenkeuze en rechtstreekse toegang tot de specialist, heeft het overal hard te verduren. De situatie tussen de verschillende landen is onvergelykbaar geworden, wat ook aanleiding geeft tot twijfel en interpretatieproblemen bij het vergelijken van internationaal studiemateriaal zoals dat van de OESO.

Toen de Pruisische kanselier BISMARCK in 1889 het eerste staatspensioen instelde op de leeftijd van 65 jaar, bedroeg de gemiddelde levensverwachting bij geboorte slechts 45 jaar. Nogal wieses dat de kosten voor gezondheidszorg en pensioenen zeer laag bleven : er waren nauwelijks pensioensgerechtigden.

Vandaag ligt de levensverwachting in België bij de geboorte op 75,85 jaar voor mannen en op 81,69 jaar voor vrouwen⁸⁰.

De levensverwachting in België bij 65-jarigen ligt voor mannen op 80,5 jaar en voor vrouwen op 84,5 jaar.⁸¹ Het weze duidelijk dat er iets anders zal moeten gebeuren dan de zorgverstrekkers te culpabiliseren om ons systeem overeind te houden.

IV. NUMERUS CLAUSUS

Het ganse jaar 2005 werd actie gevoerd vanuit Franstalige hoek om de numerus clausus te doen afschaffen of drastisch aan te passen. Het is irritant “grote” professoren maandenlang de Franstalige pers te zien vol zetten met dramatische “pénurie” verhalen⁸² en met doembeelden van parallel import van minderwaardige buitenlandse kandidaat-specialisten.⁸³

⁷⁹ « Jean-Marc Dedecker steunt privatisering ziekteverzekering ». De Morgen. 03.03.2005.

⁸⁰ <http://statbel.fgov.be/press/flo64.nl.asp> referentiejaar 2003.

⁸¹ www.aon.com. Cijfers 2005.

⁸² Bijvoorbeeld “Médecins : les quotas mènent à la pénurie”. Le Soir. 15.02.2005.

⁸³ “Ces médecins venus d’ailleurs”. La Libre Belgique. 15.02.2005.

Zelfs de studenten gaan onderling in de clinch over de aanbodsbeperking. Een sloganeske open brief van de Vlaamse Vereniging van Studenten en de Fédération des étudiant(e)s francophones⁸⁴ wordt fors tegengesproken door Vlaamse studenten geneeskunde.⁸⁵

De politici schuwen geen grote woorden in het debat. Ecolo roept dat er een tekort is aan artsen, terwijl alleen Italië in de Westerse wereld nog meer artsen heeft dan België⁸⁶. Anderen, zoals Jean-Jacques VISEUR (cdH) en Olivier MAINGAIN (FDF) speelden voluit de communautaire kaart : er wordt de Vlamingen aangewreven dat ze de roeping breken van jongeren om arts te worden⁸⁷.

Op 08.10.2004 werd de nieuwe samenstelling van de planningscommissie gepubliceerd.⁸⁸ Emeritus Professor aan de UCL, Denise DELIEGE, en grote tegenstander van de numerus clausus, wordt opnieuw benoemd voor een periode van 5 jaar. Ondergetekende, die door de BVAS werd voorgedragen om Dr. Louis BECKERS, oud-BVAS-voorzitter en groot voorvechter van de numerus clausus, op te volgen, wordt niet weerhouden.

Na lang beraad in een werkgroep van de regering, wordt een deel van de beslissingen van de Planningscommissie van 27.11.2003⁸⁹, op een datum met Vlaamse symboolwaarde, 11 juli, omgezet in een Koninklijk besluit⁹⁰ en retro-actief in voege gesteld op 01.01.2005.⁹¹

Het binnen het RIZIV toegelaten artsenaantal wordt van 700 in 2011 (420 Vlamingen⁹² en 280 Franstaligen) verhoogd tot 833 in 2012 (500 Vlamingen en 333 Franstaligen). Er worden 6 Vlaamse en 4 Franstalige gerieters alsook 6 Vlaamse en 4 Franstalige kandidaat-specialisten toegevoegd aan het minimale aantal kandidaat-specialisten dat wordt opgesomd in artikel 2 van het K.B. van 30.05.2002.⁹³

Bij de beroepstitels waarop de beperking van het aantal kandidaten niet van toepassing is in artikel 3 van hetzelfde K.B., wordt het aantal kinder- en jeugdpsychiaters verhoogd van 140 over 7 jaar naar 180 over 8 jaar (108 Vlamingen en 72 Franstaligen) en wordt in de periode 2004 tot 2012 een totaal van 198 kandidaten toegevoegd (119 Vlamingen en 79 Franstaligen) voor artsen die een onderzoeksmandaat hebben of voor mandaten van kandidaat-specialisten ter compensatie van de duur van opleidingen die in het buitenland hebben plaats gehad.

⁸⁴ “Een debat van levensbelang”. Ton Van Weel (VVS) en Renaud Maes (FEF). De Standaard. 21.02.2005.

⁸⁵ “Contingentering, the true story”. Artsenkrant, n° 1658, 01.03.2005.

⁸⁶ “On manque de médecins. Ecolo propose de suspendre la restriction de l'accès à la profession ». Le Soir. 04.03.2005

⁸⁷ “La Flandre brise nos vocations de médecins”. Le Soir. 08.03.2005

⁸⁸ Koninklijk Besluit van 31.07.2004 houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie medisch aanbod (B.S. 08.10.2004).

⁸⁹ Cfr. VBS-jaarverslag 2003. M. MOENS. “Het jaar van de perceptie”. IV.4 « ‘La pénurie francophone’ en een Vlaamse petitie ». De Geneesheer-Specialist. Speciaalnummer. Maart 2004.

⁹⁰ Koninklijk Besluit van 11.07.2005 tot wijzigingen van het Koninklijk Besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 03.08.2005).

⁹¹ Koninklijk Besluit tot bepaling van de datum van de inwerkingtreding van het Koninklijk Besluit van 11 juli 2005 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 23.12.2005).

⁹² Met “Vlamingen” of “Vlaamse” en “Franstaligen” wordt bedoeld kandidaten met een eindexamen uitgereikt respectievelijk door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse, respectievelijk de Franse Gemeenschap valt.

⁹³ Het quotum aan specialisten wordt niet volledig toegewezen, wel een minimum zodat er nog enige flexibiliteit mogelijk is.

In enkele Franstalige kranten verschijnt op 21.01.2006 het bericht dat in 2013 het aantal tot het RIZIV toegelaten artsen drastisch zou stijgen tot 1.025 (cfr. tabel 10). Franstalig BVAS-ondervoorzitter, Dr. Jacques de TOEUF, reageert afwijzend en meent dat een aantal tussen 800 en 850 moet worden behouden. Kartel-voorzitter Philippe VANDERMEEREREN is tevreden⁹⁴. Officiële documenten van de vergadering van de Planningscommissie van 15.12.2005 zijn nog niet beschikbaar en Minister DEMOTTE heeft dit advies dus ook nog niet officieel ontvangen (dd. 30.01.2006).

K.B. van 11.07.2005 tot wijziging van het K.B. van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 03.08.2005)

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	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2012	833	500	333	358	215	143	475	285	190
2013*	1.025	615	410	441	265	176	584	350	234

* Persberichten 20-23.01.2006

Tabel 10

Het is hallucinant dat de Franstaligen het woord “pénurie” durven te gebruiken. Ze hebben verhoudingsgewijze veel meer artsen per inwoner dan in Vlaanderen en de Parti Socialiste ministers van het hoger onderwijs hebben de selectie op schandalige manier jaren laten rotten en niets gedaan. Met als gevolg dat de toekomst van tal van jonge afgestudeerden totaal onzeker werd⁹⁵.

De Franstalige decanen weigeren in te zien dat het afleveren van overtollige diploma’s aanleiding kan geven tot het verstrekken van overtallige prestaties. Het ter beschikking zijn van goedkope “mains d’oeuvre” in de universitaire centra is er de oorzaak van dat er nooit méér reflectie zal ontstaan over het al dan niet nodig zijn van bepaalde medisch technische prestaties.

Budgettair en medisch is deze houding onverantwoord want dit brengt soms inadequate uitgaven mee en, door overinstrumentatie en overmedicalisatie, neemt ook de kans op iatrogene pathologie toe. Bovendien zijn er te weinig pathologieën en patiënten om de vele geneeskundestudenten een voldoende praktijkervaring te laten verwerven. Dit houdt op zijn beurt het risico in van een vermindering van de kwaliteit.

Niet verwonderlijk dat in Vlaanderen opnieuw proteststemmen opgaan. “Moet de beste leerling van de klas (Vlaanderen) weerom de rekening betalen ?” vraagt Dr. Louis IDE, ondervoorzitter van de N-VA (Nieuw-Vlaamse Alliantie), zich af.⁹⁶

Vermeldenswaard is dat de decanen van de geneeskundefaculteiten op 29.06.2005 aan de minister voorstelden om in de jaren 2006 tot 2009 van het quotum huisartsen 10 kandidaten af te nemen om te specialiseren in acute geneeskunde (6 Vlamingen en 4 Franstaligen), 6 kandidaten om te specialiseren in de urgentiegeneskunde (4 Vlamingen en 2 Franstaligen) en

⁹⁴ “Numerus clausus. Elargis les quotas ? Les médecins divisés ». La Libre Belgique. 23.01.2006

⁹⁵ “2003 : het jaar van de perceptie”. VBS-jaarverslag 2003. M. MOENS. Punt IV.1. “De Franse Gemeenschap schaft elke vorm van beperking af”. De Geneesheer-specialist. Speciaalnummer. Maart 2004.

⁹⁶ “N-VA tegen uitbreiding contingentering”. Artsenkrant nr. 1728. 27.01.2006.

6 kandidaten om te specialiseren in de algemene inwendige geneeskunde (4 Vlamingen en 2 Franstaligen). De decanen beschouwen deze groep als een eerstelijnspecialisme, zelfs indien het wordt uitgeoefend in het ziekenhuis⁹⁷.

De werkgroep huisartsgeneeskunde van de Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen verwierp dit voorstel unaniem⁹⁸.

V. AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

V.I. Inbraak met volmachten

Met de gezondheidswet van 27 april 2005⁹⁹ kreeg Minister DEMOTTE volmachten om de uitgaven voor de gezondheidszorgen beter onder controle te houden. In 2004 was het erg uit de hand gelopen : de totale uitgaven lagen € 513,7 miljoen hoger dan gebudgetteerd. De artsen overschreden hun toegemeten budget “slechts” met € 49,6 miljoen (cfr. tabel 11). De deelbudgetten klinische biologie en medische beeldvorming waren met hun uitgaven van respectievelijk € 894,127 en 855,128 miljoen netjes binnen hun begroting van resp. € 896,112 miljoen en € 855,57 miljoen gebleven, wat een batig positief algebraïsch verschil oplevert van € 1,985 miljoen voor de biologie en € 0,442 miljoen voor de medische beeldvorming¹⁰⁰.

RIZIV-Begrotingen 2004, 2005 en 2006 (in miljoen €)

Budget 2004	Doelstelling miljoen €	Uitgaven	Verschil	%
Artsen	5.013,045	5.062,601	- 49,556	- 0,989
Totaal	16.257,831	16.771,517	- 513,686	- 3,063
Budget 2005	Doelstelling	Technische raming	Verschil	
Artsen	5.222,772	5.242,228	- 19,516	- 0,374
Totaal	17.398,373	17.398,650	- 0,277	- 0,0016
Budget 2006	Doelstelling	Technische raming	Verschil	
Artsen	5.533, 123	-	-	-
Totaal	18.473,130	18.419,271	+ 53,859	+ 0,292

Bron : RIZIV. Nota CGV 2006/23 dd. 16.01.2006 en RIZIV website (begroting 2006)

Tabel 11

- = overschrijding van het budget

+ = onderschrijding van het budget (“reserve”)

De uitgaven voor 2005 zullen maar tegen mei 2006 bekend zijn. De technische raming voor het totaal der uitgaven valt quasi samen met de doelstelling (€ 0,277 miljoen of 0,0016 % overschrijding); de technische raming voor de artsenhonoraria overschrijdt de doelstelling lichtjes met € 19,516 miljoen of met 0,374 %.

Het is perfect mogelijk dat bij de definitieve afsluiting van het budget artsenhonoraria, dit deelbudget toch binnen de begrotingsdoelstelling zou zijn gebleven, zeker omdat er vanaf 01.07.2005 bijkomende besparingen bij volmacht werden opgelegd aan de medische beeldvorming^{101, 102} en de klinische biologie¹⁰³ voor een bedrag – op jaarbasis – van +/- € 32 miljoen in de klinische biologie en +/- € 27 miljoen in de medische beeldvorming.

⁹⁷ Verslag van het overleg dd. 29.06.2005 tussen de Minister en de decanen in verband met de indeling van de kandidaten-specialisten in de verschillende specialismen.

⁹⁸ Brief dd. 29.11.2005 van Prof. Dr. R. LEMYE en Prof. Dr. J. DE MAESENEER, voorzitters werkgroep huisartsgeneeskunde, aan Minister DEMOTTE.

⁹⁹ B.S. 20.05.2005

¹⁰⁰ Nota CGV 2006/31 dd. 20.01.2006.

¹⁰¹ K.B. van 15.06.2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 17, § 1, 11°bis, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 30.06.2005).

Het weigeren van de index door Minister DEMOTTE werd bijzonder negatief onthaald. Aan de voorwaarden van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 15.12.2003 was volgens de Commissie artsen-ziekenfondsen in zijn vergadering van 06.06.2005¹⁰⁴ voldaan. Het budget 2004 werd met minder dan 1 % overschreden, het budget 2005 bleek op dat ogenblik binnen de begrotingsdoelstelling te blijven en de trendbreuk in het voorschrijven van de geneesmiddelen was duidelijk (voor de antibiotica) of zette zich in (antihypertensiva) (cfr. Punt III.5.). Maar, gesteund door de volmachten van de Regering, plooidde de minister niet.

Ter situering van de budgettaire gegevens toont tabel 12 de evolutie van de RIZIV-uitgaven, van de artsenhonoraria en van de remgelden en tabel 13 de evolutie van een aantal andere sectoren.

Evolutie RIZIV-budgetten en -honoraria

Jaar	Totale RIZIV-uitgaven (in miljoen €)	Totaal remgelden (in miljoen €)	Totaal artsenhonoraria		Totaal remgeld op artsen-honoraria (in miljoen €)
			Bedrag (in miljoen €)	% totaal RIZIV	
1995	9.938,19	1.119,56	3.349,48	33,7	398,46
1996	10.957,28	1.201,08	3.683,10	33,6	439,17
1997	10.655,69	1.183,62	3.477,47	32,6	474,66
1998	11.294,04	1.262,95	3.707,79	32,8	504,97
1999	12.029,06	1.296,40	3.905,49	32,5	501,51
2000	12.820,05	1.314,02	4.102,33	32,0	518,54
2001	13.774,37	1.363,15	4.344,03	31,5	535,82
2002	14.162,56	1.390,27	4.291,48	30,3	534,70
2003	15.383,68	1.465,10	4.623,62	30,1	550,13
2004	16.771,43	-	5.062,60	30,2	-
2005*	17.332,17	-	5.222,72	30,1	-
2006*	18.454,06	-	5.333,12	28,9	-

* Begrotingsdoelstelling

- Nog niet bekend

Bron : RIZIV jaarrapporten 1998-2004

Tabel 12

Evolutie ZIV-uitgaven 1991-2003

	Reële jaarlijkse groei 1991-2003	1991 % van het totaal	2003 % van het totaal
Bejaardensector	9,73	4,3	8,5
Implantaten	8,97	1,3	2,3
Verpleegkundige zorg	5,52	3,4	4,2
Farmac. Verstr.	4,83	16,7	19,2
Ziekenhuizen	3,05	24,8	23,2
Tandartsen	3,02	3,4	3,1
Artsen	1,35	40,4	30,1
Kinesitherapeuten	1,29	3,2	2,4
Globaal	3,61	97,5	93,0
Reële groei BBP	1,9		

Bron : RIZIV jaarverslagen

Tabel 13

¹⁰² K.B. tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van artikel 26, §§ 9 en 12, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 30.06.2005).

¹⁰³ K.B. van 15.06.2005 tot wijziging, met betrekking tot spoedhonoraria voor verstrekkingen klinische biologie, van het artikel 26 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 30.06.2005).

¹⁰⁴ Notulen van de vergadering van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 06.06.2005. Punt 4 (blz. 9-11).

V.2. De Regering stelt eisen aan de Medico-Mut.

Tijdens de vergadering van de Algemene raad van het RIZIV van 10.10.2005 had Dr. Ri DE RIDDER - toen nog regeringscommissaris; een week later trad hij in functie als directeur-generaal van de Dienst geneeskundige verzorging¹⁰⁵ - meegedeeld dat de Regering haar goedkeuring had gehecht aan een “Actieprogramma 2006-2007 voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in België” en aan het “Actieprogramma voor het herstel van het evenwicht in de nomenclatuur van de specialistische prestaties”.¹⁰⁶

Voor de huisarts zal een “fonds tot aansporing van de huisartsgeneeskunde” worden opgericht. De regering wil hiervoor in de begroting 2006 een budget van € 5 miljoen reserveren. Het fonds voorziet een vestigingspremie voor startende huisartsen en een tussenkomst voor werkingskosten bij duo- en groepspraktijken van huisartsen. Het ASGB vindt dat schitterend.¹⁰⁷ De doorsnee zelfstandig en solowerkende huisarts krijgt niets, en zeker niet de specialist, alhoewel de extramuraal werkende specialist in een perfect vergelijkbare situatie verkeert.

Jammer genoeg blijven zowel de federale als de gewestelijke overheden de extramurale specialisten miskennen. De overheid ziet specialisten alleen nog in het ziekenhuis en ze denkt dat “praktijkassistenten” daar gratis ter beschikking staan. De doorsnee burger en de collegae huisartsen worden geïndoctrineerd met het feit dat ziekenhuizen worden gesubsidieerd, maar ze vergeten er bij te vertellen dat die subsidies niet bestemd zijn voor consultaties en aanverwante poliklinische activiteiten. Die kosten worden integraal door de specialisten gedragen, zowel intra- als extramuraal.

Voor de specialisten wordt uitpakket met 40 extra eenheden NMR vanaf 01.07.2007. De Regering voorziet wel € 14,819 miljoen voor het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, maar “vergeet” dat dit ook bijkomende uitgaven voor de honoraria van de radiologen zal meebrengen. De ministers gaan er blijkbaar van uit dat alle verstrekkingen die op de 40 extra NMR's zullen worden uitgevoerd, CT en andere onderzoeken voor 100 % zullen substitueren. Wat medisch natuurlijk onmogelijk is, zeker gezien de sterk groeiende, evidence based, indicaties voor NMR.

De regering belooft € 33 miljoen bijkomende middelen (of 0,6 % van het budget 2006) in 2007 en evenveel (of even weinig) in 2008 wanneer er een akkoord over 2 jaar wordt afgesloten en wanneer een herijking van de honoraria wordt doorgevoerd. De huidige regering kan zich geenszins engageren over 2008 vermits er ten laatste in mei 2007 nieuwe federale verkiezingen zijn.

Minister DEMOTTE laat verstaan dat hij geen akkoord zal aanvaarden indien er geen herijking in vervat zit, waarmee hij een niet-lineaire indexering bedoelt. Op aansporing van Marc JUSTAERT, voorzitter van de Christelijke Mutualiteiten, had de regering al de helft van de index klinische biologie geconfisqueerd voor een bedrag van € 10,57 miljoen.

¹⁰⁵ K.B. 03.10.2005; B.S. 10.10.2005 blz. 43459.

¹⁰⁶ Nota C.G.V. nr. 2005/302 add. van 14.10.2005.

¹⁰⁷ “Huisarts heeft straks praktijkassistent (m/v)”. De Standaard. 20.01.2006.

Er werd een informeel pre-akkoord bekomen dat de niet-lineaire verdeling maximum op 10 % van de index zou mogen betrekking hebben. Het totaal bedrag aan index 2006 (2,26 %) bedroeg € 121,731 miljoen. Na vermindering met de helft van de index klinische biologie (€ 10,575 miljoen) bleef € 111,16 miljoen over. Het maximum aan herverdeling van index (= niet-lineaire indexering) was dus € 11,116 miljoen.

Voortgaande op een aantal oefeningen van het RIZIV-actuaariaat werd tenslotte beslist dat de groepen van verstrekkingen die tussen 2000 en 2004 een jaarlijkse gemiddelde groei van RIZIV-uitgaven kenden met meer dan 7,75 % geen index zouden krijgen. Een eerder voorstel waar de jaarlijkse gemiddelde groei op 7,5 % werd gelegd, werd niet weerhouden. In dat voorstel zou de inhouding van de index oplopen tot € 14,929 miljoen, wat duidelijk meer was dan de afspraak.

De anesthesie ontsprong hierdoor de besparingsdans : hun gemiddelde jaarlijkse groei bedroeg 7,63 %, vooral ten gevolge van de sterke stijging in de pijntherapie, en hun index 2006 werd geraamd op € 5,627 miljoen.

De niet-indexering werd derhalve beperkt tot volgende “sterke stijgers” : de radiotherapie, de plastische chirurgie, de percutane interventionele verstrekkingen, de oftalmologie, de genetische onderzoeken, de neurochirurgie en de fysiotherapie (cfr. tabel 14).

Impact indexinlevering door “sterke stijgers” in de RIZIV-uitgaven (bedragen in miljoen €).

Omschrijving	2000 RIZIV-uitgaven	2004 RIZIV-uitgaven	Gemiddelde groei in %	Geraamde RIZIV uitgaven 2006 zonder index	Ingeleverde index 2006
Radiotherapie	35,838	69,415	23,42	74,393	1,681
Plastische chirurgie	6,293	10,601	17,11	11,791	0,266
Percutane interventionele verstrekkingen	28,022	39,948	10,64	45,504	1,028
Ofthalmologie	72,944	98,052	8,61	101,792	2,301
Genetische onderzoeken	24,090	32,068	8,28	35,118	0,794
Neurochirurgie	15,639	20,723	8,13	24,282	0,549
Fysiotherapie	88,348	115,932	7,81	118,741	2,684
Totaal	271,174	386,739	9,29	411,621	9,303
(Anesthesiologie)	(175,684)	(229,308)	(7,63)	(248,971)	(5,627)

Bron : RIZIV-actuaariaat

Tabel 14

Een restant van de index 2005 voor een bedrag van € 24 miljoen werd door de regering “ter beschikking” gesteld voor nieuwe initiatieven.

V.3. Een aartsmoeilijke beslissing

Sinds 1990 maak ik de onderhandelingen over de akkoorden artsen-ziekenfondsen mee. Het wordt alsmaar moeilijker en de inmenging van de overheid wordt alsmaar groter. Onder Magda DE GALAN en Frank VANDENBROUCKE kwamen de ministers van sociale zaken soms bijna rechtstreeks tussen. De talrijke GSM-directieven van Frank VANDENBROUCKE aan medico-mut-voorzitter Gabriel PERL blijven legendarisch.

Vandaag stuurt de Regering via volmachten de medico-mut in de richting die de socialistische vleugel wil : een collectivistisch geïnspireerde gezondheidszorg, die in de medico-mut mee onderschreven wordt door de Christelijke mutualiteiten en op zeer actieve wijze wordt beleden door het ASGB, niet in het minst door SP-A lid Milan ROEX. Eenheidsworst voor iedereen. Straks misschien Soylent Green ? Dr. Johan BUFFELS, huisarts en afgevaardigde van het ASGB in de Technisch Geneeskundige Raad, heeft trouwens al in 2004 een ballonnetje opgelaten om een euthanasiehonorarium te creëren.¹⁰⁸

Het absoluut gebrek aan vertrouwen in Minister DEMOTTE en de wijzigingen die de Regering via de wet houdende diverse bepalingen van 27.12.2005 aanbracht om het opzeggen van het akkoord te bemoeilijken¹⁰⁹, zorgden er voor dat het akkoord pas bij het ochtendgloren van 20.12.2005 werd afgesloten.

Als er geen akkoord werd afgesloten bleven de honoraria bevroren op het niveau van 2005 zodat we de Overheid een cadeau zouden hebben gedaan van € 174 miljoen (saldo van de index 2005, index 2006 en 58 miljoen nieuwe middelen). Bovendien zouden we de Overheid ook het sociaal statuut hebben cadeau gedaan voor een bedrag van € 72,62 miljoen in 2006.¹¹⁰

Het akkoord werd gepubliceerd in het Belgisch Staatblad van 23.01.2006. De artsen hebben tot 22.02.2006 tijd om hun houding te bepalen. Het valt te verwachten dat de radiologen en sommige collegae uit de groepen die hun index zagen verloren gaan, meer dan voordien zullen deconventioneren. De medico-mut zal daar op 06.03.2006 kennis van nemen en in ons volgend jaarverslag zullen we die cijfers analyseren.

V.4. Accreditering

Traditiegetrouw geven we ter gelegenheid van het VBS-jaarverslag een stand van zaken in verband met de accreditering. In tabel 15 worden de specialismen geklasseerd van hoogste percentage geaccrediteerden naar laagste percentage.

¹⁰⁸ "Fee to kill". Artsenkrant. Nr. 1629. 09.11.2004.

¹⁰⁹ Cfr. Punt 16 van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 20.12.2005.

¹¹⁰ Nota Algemene raad van het RIZIV 2005/118 add. dd. 22.12.2005

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2006 - 01.02.2005

2006		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		2005
		01.02.2006	01.02.2005	01.02.2006	01.02.2005	01.02.2006	01.02.2005	
	Artsen 001-002	2.340	2.000	0	0	0,00	0,00	
	Huisartsen 003-004	14.162	14.040	9.816	9.948	69,31	70,85	
	Huisartsen 005-006	671	717	0	0	0,00	0,00	
	Huisartsen 007-009	976	1.575	0	0	0,00	0,00	
	TOTAAL	18.149	18.332	9.816	9.948	54,09	54,27	
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	3.635	3.505	0	0	0,00	0,00	
1	Dermato-venerologie	676	660	539	536	79,73	81,21	1
2	Oftalmologie	1.021	1.012	793	802	77,67	79,25	2
3	Gastro-enterologie	482	442	359	331	74,48	74,89	5
4	Pneumologie	392	367	289	275	73,72	74,93	4
5	Neurologie	256	227	186	165	72,66	72,69	8
6	Radiologie	1.523	1.498	1.104	1.133	72,49	75,63	3
7	Pathologische anatomie	296	287	214	214	72,30	74,56	6
8	Fysische geneeskunde en fysiotherapie	472	452	335	334	70,97	73,89	7
9	O.R.L.	612	604	432	439	70,59	72,68	9
10	Radiotherapie	170	164	115	109	67,65	66,46	15
11	Cardiologie	901	864	606	597	67,26	69,10	12
12	Urologie	368	360	247	248	67,12	68,89	13
13	Reumatologie	255	250	169	170	66,27	68,00	14
14	Psychiatrie	1.569	1.448	1.035	1.010	65,97	69,75	11
15	Nucleaire geneeskunde	319	319	208	224	65,20	70,22	10
16	Gynaecologie-verloskunde	1.350	1.344	868	885	64,30	65,85	16
17	Orthopedie	952	922	589	583	61,87	63,23	19
18	Anesthesie	1.848	1.758	1.142	1.145	61,80	65,13	17
19	Inwendige geneeskunde	2.078	2.061	1.276	1.310	61,41	63,56	18
20	Pediatrie	1.443	1.400	866	871	60,01	62,21	20
21	Klinische biologie	711	709	417	431	58,65	60,79	21
22	Chirurgie	1.513	1.490	697	734	46,07	49,26	22
23	Neurochirurgie	170	163	78	77	45,88	47,24	24
24	Neuropsychiatrie	477	562	211	270	44,23	48,04	23
25	Stomatologie	302	307	121	134	40,07	43,65	26
26	Plastische chirurgie	215	202	86	95	40,00	47,03	25
	TOTAAL SPECIALISTEN	20.371	19.872	12.982	13.122	63,73	66,03	
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	24.006	23.377	12.982	13.122	54,08	56,13	
	ALGEMEEN TOTAAL	42.155	41.713	22.798	23.070	54,08	55,31	

Bron : Accrediteringsstuurgroep, RIZIV, 01.02.2006

Tabel 15

Uit de momentopname per 1 februari 2006 blijkt enerzijds dat het totaal aantal artsen blijft toenemen van 41.713 in 2005 naar 42.155 in 2006 (+ 1,06 %) en anderzijds dat de interesse voor de accreditering is afgenomen : lichtjes bij de huisartsen (van 70,85 % geaccrediteerden in 2004 naar 69,31 % in 2005) en duidelijker bij de specialisten (van 66,03 % in 2004 naar 63,73 % in 2005).

Het aantal "huisartsen" (groep 001 tot 009) krimpt stilletjes van 18.332 naar 18.149 (- 1,00 %) en het aantal erkende specialisten stijgt van 19.872 naar 20.371 (+ 2,51 %).

Het aantal geneesheer-specialisten in opleiding stijgt van 3.505 naar 3.635 (+ 2,51 %) terwijl het aantal huisartsen in beroepsopleiding (HIBO's 005-006) daalt van 717 naar 671 (- 6,42 %).

Tabel 16 toont dat de abrupte daling van het aantal neuropsychiaters van 2004 naar 2005 nog verder is uitgedeind in 2005 als gevolg van de beslissing om de psychotherapie¹¹¹ te reserveren voor de erkende psychiaters en niet meer toegankelijk te stellen voor de neuropsychiaters vanaf 01.01.2005.

Onder de groep van neuropsychiaters, psychiaters en neurologen was op 01.02.2005 nog één op vier neuropsychiater; op 01.02.2006 nog één op vijf.

Evolutie neurologie, psychiatrie en neuropsychiatrie

Jaar	Neuropsychiaters		Psychiaters	Neurologen	Totaal
	Aantal	% totaal			
1998	1.431	77,9	303	102	1.836
1999	1.419	74,3	370	122	1.911
2000	1.436	72,3	409	140	1.985
2001	1.368	69,0	463	151	1.982
2002	1.378	66,5	527	168	2.073
2003	1.358	63,6	595	183	2.136
2004	1.335	60,7	656	208	2.199
2005	562	25,1	1.448	227	2.237
2006	477	20,7	1.569	256	2.302

Bron : RIZIV; accrediteringsstuurgroep; momentopnames op 1 februari

Tabel 16

In 2005 dienden zowat 19.000 accrediteringsdossiers voor een nieuwe periode van 3 jaar verlengd te worden. Een zware klus die tot spijt van de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV en van zeer veel collegae die hun dossier moesten indienen, nog niet geïnformatiseerd kan verlopen.

Ook het aanbieden van “learning on distance” of van “E-learning”-pakketten raakt niet van de grond. Het RIZIV biedt geen infrastructuur aan de leden van de paritaire comités en van de werkgroep ethiek en economie aan om deze programma’s collegiaal binnen de lokalen van het RIZIV te kunnen evalueren. Aanloggen met eigen PC’s op het RIZIV-netwerk is om veiligheidsredenen uitgesloten. En dus blijft de stuurgroep ter plekke trappelen.

Positief nieuws is dat er in 2005 een regeling werd uitgewerkt voor artsen die willen uitbollen op het einde van hun loopbaan en niet meer de minimum activiteitsdrempel halen. Als ze aan de andere criteria voldoen (bijwonen van LOK’s en deelname aan permanente navorming, inclusief ethiek en economie), kunnen ze hun kwaliteitslabel behouden – en artsen blijken daar erg aan gehecht te zijn – en blijven ze tevens recht hebben op het accrediteringssupplement per prestatie.

Het forfaitair accrediteringshonorarium verwerven ze evenwel pas na het verloop van de accrediteringsperiode. Deze regeling kan per jaar of per periode van 3 jaar worden aangevraagd.

¹¹¹ Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, artikel 2, I. Psychotherapie. K.B. 30.01.1986 (in werking 01.07.1986) en K.B. 30.11.2003 (in werking 01.01.2005).

VI. JURIDISCHE PROCEDURES

VI.1. Vorderingen door het VBS ingeleid in 2005 of waarvoor het VBS haar financiële steun heeft toegekend.

VI.1.1 M.B. van 14 februari 2005¹¹² en het K.B. van 17 februari 2005¹¹³ houdende de erkenningsnormen en beroepstitel in de urgentiegeneeskunde.

De Beroepsvereniging van Belgische chirurgen heeft bij de Raad van State een vordering ingeleid tot nietigverklaring van het M.B. van 14 februari 2005 houdende de normen waaraan de geneesheren in de urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde moeten voldoen om erkend te worden.¹¹⁴ Het M.B. bepaalt echter nergens het activiteitsdomein van deze verschillende verstrekkers. De opleidingsduur is fundamenteel anders. Het is evident dat al deze geneesheren niet eenzelfde bevoegdheid kunnen hebben. Het wordt bovendien onaanvaardbaar geacht dat, mede gezien de Europese reglementering, een opleiding van slechts 3 jaar zou kunnen bekroond worden met een specialistische erkenning.

Het K.B. van 17 februari 2005 voegt de nieuwe beroepstitels eerder gedefinieerd in het M.B. van 14 februari 2005, toe aan de lijst van bijzondere beroepstitels opgesomd in het koninklijk besluit van 25 november 1991. Consequent met de vordering tot nietigverklaring van het M.B. werd ook een vordering tot nietigverklaring tegen het K.B. ingeleid.

Opmerkelijk is te vermelden dat de Minister in beide dossiers nagelaten heeft om binnen de vastgestelde termijn een antwoord in te dienen bij de Raad van State of zelfs een administratief dossier neer te leggen. De auditeur die verslag moet uitbrengen zal, behoudens de argumenten die hij meent ambtshalve te moeten inroepen, zich dus hoofdzakelijk steunen op de argumentatie die aangebracht werd door het V.B.S. om de vernietiging te beoordelen.

VI.1.2. Koninklijke besluiten van 15 juni 2005 houdende wijzigingen van art. 26 en 17 van de nomenclatuur^{115, 116, 117}

In het Belgisch Staatsblad van 30 juni 2005 werd in uitvoering van art. 58 van de gezondheidswet¹¹⁸ waarbij aan Minister van Volksgezondheid R. DEMOTTE volmachten toegekend werden, drie koninklijke besluiten houdende besparingsmaatregelen gepubliceerd.

¹¹² M.B van 14 februari 2005 houdende de normen waaraan de geneesheren in de urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde moeten voldoen om erkend te worden. B.S.04.03.2005.

¹¹³ Koninklijk besluit van 17.02.2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde. (B.S. 06.04.2005).

¹¹⁴ Cfr punt 3.7

¹¹⁵ Koninklijk besluit van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 17, par. 1, 11°bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 30.06.2005).

¹¹⁶ Koninklijk besluit van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot spoedhonoraria voor verstrekkingen van klinische biologie, van het artikel 26 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 30.06.2005).

¹¹⁷ Koninklijk besluit van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 26, par. 9 en 12, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 30.06.2005).

¹¹⁸ Wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (BS 20.05.2005)

Deze besparingsmaatregelen treffen de ongeveer 1.800 actieve radiologen en klinisch biologen.

In de klinische biologie werden vanaf 1 juli 2005 alle urgentiehonoraria voor ambulante patiënten afgeschaft. De Minister heeft bovendien de nodige maatregelen genomen om te vermijden dat deze dringendheidshonoraria ten laste zouden kunnen gelegd worden van de patiënt.

Wat betreft de medische beeldvorming is de situatie iets ingewikkelder. Enerzijds wordt vanaf 01.07.2005 zowel voor ambulante als voor gehospitaliseerde patiënten het urgentiehonarium afgeschaft voor een aantal prestaties waaronder o.m. de radiografie van het abdomen, bekken, blaas of galblaas en deze van de thorax. Anderzijds wordt het honorarium van vier verstrekingen met NMR gelijkgeschakeld met het honorarium voor vergelijkbare onderzoeken met de CT-scan. Het betreft de onderzoeken van het hoofd, van de hals, van de thorax of abdomen, van de wervelzuil en deze van de ledematen.

Het VBS en de BVAS hebben samen een vordering tot nietigverklaring van deze besluiten ingediend bij de Raad van State.

De Minister heeft deze besparingsbesluiten genomen op basis van de volmachten die hem door het Parlement werden toegekend. De genomen koninklijke besluiten zijn aangetast door een aantal vormgebreken. Uit de gepubliceerde besluiten blijkt niet dat de Voorzitters van Kamer en Senaat vóór de publicatie officieel geïnformeerd werden van deze besluiten, nochtans een wettelijke verplichting.

Ten tweede, de werkingsregels van de Raad van State voorzien dat wat betreft besluiten die getroffen worden op basis van volmachtwetten, het advies van de Raad van State en het verslag aan de Koning eveneens moeten gepubliceerd worden. Dit is in casu niet gebeurd. Men kan enkel vermoeden dat de kritiek van de Raad van State op deze besluiten niet mals moet geweest zijn. De Raad van State had immers reeds in zijn advies omtrent de volmachtenwet als dusdanig uitdrukkelijk gesteld dat de motivatie om dergelijke volmachten toe te kennen aan de Minister van Volksgezondheid uitzonderlijk ruim en vaag was. De drie gepubliceerde besluiten beperken er zich toe algemeen te stellen dat de maatregelen nodig zijn om de globale begrotingsdoelstelling te bereiken en dit terwijl in desbetreffende sectoren nu juist geen overschrijding werd vastgesteld. De motivatie is dan ook verre van rationeel.

VI.1.3. Het M.B. van 29.07.2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren specialisten in de geriatrie¹¹⁹ en het K.B. van 10.08.2005 tot wijziging van het K.B. van 25.11.1991 houdende de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde met inbegrip van de tandheelkunde¹²⁰.

Het M.B. bepaalt de bijzondere criteria voor de erkenning van de geneesheren -specialisten in de geriatrie. Om erkend te worden dient de kandidaat-specialist een opleiding van drie jaar te volgen in de inwendige geneeskunde en drie jaar hogere opleiding in de geriatrie. Op basis van het M.B. kunnen de geneesheren - specialisten houder van de bijzondere beroepstitel in de geriatrie opteren om erkend te worden als geneesheer - specialist in de geriatrie. Zij kunnen eveneens opteren om niets te veranderen aan hun erkenning. Er wordt in het M.B. geen enkele tijdslimiet ingebouwd om deze optie te maken. In het kader van het hoger vermeld K.B. van 10.08.2005 wordt echter de bijzondere beroepstitel in de geriatrie afgeschaft wat impliceert

¹¹⁹ B. S. 19.08. 2005 2de editie

¹²⁰ B. S. 05.09. 2005

dat de geneesheren verplicht worden hun keuze te maken. De bijzondere beroepstitel is immers niet langer wettelijk erkend. Dr. J.P. DERCOQ, voorzitter van de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen, heeft verschillende malen uitdrukkelijk toegegeven, onder meer in de vergadering van het Verzekeringscomité van het RIZIV van 19.09.2005, dat het nooit de bedoeling geweest is om deze bijzondere beroepstitel af te schaffen. Ten einde de rechten van de geneesheer inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de geriatrie te vrijwaren werd beslist om ten bewarende titel een vordering tot nietigverklaring in te leiden. Zodra het beloofde wijzigend K.B. gepubliceerd wordt in het Belgisch Staatsblad – want legistisch gesproken kan dit “incident” niet als een erratum worden beschouwd – zal worden verzaakt aan de vordering.

VI.1.4. K.B. van 17.09.2005 tot wijziging van artikel 73, par 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.¹²¹

Op basis van de aan de Minister toegekende volmachten verplicht Minister R. Demotte met dit K.B. de geneesheren, huisartsen zowel als specialisten, een bepaald minimum percentage zogenaamde goedkope geneesmiddelen voor te schrijven. Komen in aanmerking om dit minimum percentage te behalen de generische geneesmiddelen maar eveneens de geneesmiddelen waarvan de fabrikant de prijs heeft doen dalen tot op het niveau van de referentiebedragen en de geneesmiddelen voorgeschreven op stofnaam (cfr. punt III.5).

Worden deze opgelegde percentages niet behaald dan kan de praktijk van de geneesheer onder monitoring geplaatst worden door de Dienst geneeskundige evaluatie en controle. Past de geneesheer niet vrijwillig zijn voorschrijfgedrag aan dan kunnen administratieve sancties opgelegd worden.

Dit besluit vormt een onaanvaardbare inmenging van de overheid in de geneeskundige praktijk. Bovendien houdt deze reglementering geen rekening met de geneesheren met een beperkte praktijk of met een specifiek patiëntenbestand.

De Raad van State was niet mals voor Minister R. DEMOTTE in zijn advies en was van oordeel dat de Minister de bevoegdheid die hem werd toegekend in het kader van de volmachten te buiten is gegaan. De Minister heeft de bemerkingen van de Raad van State gewoon naast zich neergelegd.

Het K.B. van 17.09.2005 werd door Minister R. DEMOTTE ter bekrachtiging voorgelegd aan het Parlement in het kader van art. 113 van de wet van 27.12.2005¹²² houdende diverse bepalingen. Welke is echter de juridische waarde van deze bekrachtiging in de veronderstelling dat het K.B. van 17.09.2005 door de Raad van State zou worden nietig verklaard? In deze hypothese wordt het K.B. immers geacht nooit te hebben bestaan.

VI.1.5 Het K.B. van 11 juli 2005 tot wijziging van het K.B. van 25 april 2002 houdende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen¹²³.

Artikel 1 van dit besluit wijzigt artikel 13 van het basisbesluit en stelt dat de instrumentisten van de operatieafdeling niet meer gedekt worden door het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen.

¹²¹ B.S. 27.09.2005

¹²² B.S. 30.12.2005. Ed. 2.

¹²³ BS 25.07.2005

Het VBS, samen met de geraadpleegde specialisten in deze materie, heeft tevergeefs gezocht naar mogelijke rechtsgronden om deze bepaling aan te vechten voor de Raad van State. De Minister beschikt over de bevoegdheid om te bepalen wat al dan niet gedekt wordt door het budget van het ziekenhuis. Aan de andere kant is het onmogelijk om voor de Raad van State de nietigverklaring te bekomen van iets dat niet bestaat.

Wie is “instrumentist”? Er bestaat geen enkel gezondheidsberoep dat de beroepstitel of de bijzondere beroepsbekwaming van “instrumentist” draagt.

Deze wijziging van het basisbesluit van de ziekenhuisfinanciering werd ongetwijfeld ingegeven door de uitspraak van een rechter in beroep die uitdrukkelijk stelde dat de “instrumentist” gedekt was door de verpleegdagprijs, ondertussen budget van financiële middelen genoemd.

Minister R. DEMOTTE heeft met deze wetswijziging ongetwijfeld een dienst willen bewijzen aan CD&V voorzitter en voorzitter van de raad van bestuur van het ZOL ziekenhuis in Genk, de Heer Jo Vandeurzen. Voortaan, en in de mate dat hij als dusdanig kan geïdentificeerd worden in het ziekenhuismilieu, is een “instrumentist” dus niet meer gedekt door het budget van de financiële middelen.

De bijlagen bij het K.B. van 18 juni 1990¹²⁴ bepalen de lijsten van de technische verpleegkundige prestaties en handelingen. De bijlage 1 omvat de autonome verpleegkundige verstrekkingen B1 waarvoor geen voorschrift van een arts nodig is en B2 waarvoor wel een voorschrift van een arts nodig is. De bijlage 2 omvat de verstrekkingen C die door een geneesheer aan een beoefenaar van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd.

Behoren in de bijlage 1 o.m. tot de autonome verpleegkundige verstrekkingen (punt 7) het beheer van de chirurgische en anesthesiologische uitrusting (B1) en de voorbereiding, assistentie en het instrumenteren (in de Franse tekst: instrumentation) bij medische en chirurgische ingrepen.

Minister R. DEMOTTE heeft echter blijkbaar niet goed nagedacht over de mogelijke gevolgen van zijn beslissing. Immers indien voortaan de assistentie en instrumentatie bij medische en chirurgische ingrepen niet langer gedekt worden door het ziekenhuisbudget dan had hij er moeten rekening mee houden dat de technische verpleegkundige verstrekkingen niet opgenomen zijn in de nomenclatuur zodra de patiënt in een ziekenhuis wordt opgenomen. Is het dan de bedoeling dat deze prestaties rechtstreeks ten laste van de patiënten gelegd worden?

VI.1.6. Financiering van de dienst radiotherapie

De artikelen 4 en 14 van het K.B. van 11 juli 2005¹²⁵ regelen de nieuwe financieringswijze van de dienst radiotherapie. In overleg met de beroepsvereniging van radiotherapie waren reeds geruime tijd besprekingen bezig omtrent de criteria die de financiering van de diensten radiotherapie in de toekomst zouden beheersen. Iedereen was het er over eens dat de geldende financieringsregels verouderd waren. De nieuwe financieringsregels zijn echter absoluut onaanvaardbaar gezien zij volledig voorbij gaan aan de prestaties van curietherapie die zowel wat betreft het A3 (investeringen) en B3 (personeel) onderdeel van het budget volledig

¹²⁴ B.S. 18.06.1990

¹²⁵ Koninklijk besluit van 11 juli 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BS 25.07.2005)

uitgesloten worden van enige financiering. De diensten waar de technieken van de curietherapie worden toegepast moeten naar de toekomst toe wel nog beantwoorden aan de erkenningsnormen o.m. wat betreft de personeelsbezetting, maar er wordt geen financiering meer voorzien. Het ontbreken van enige financiering binnen het budget van het ziekenhuis zal op korte termijn het verdwijnen van deze techniek impliceren.

VI.2. Uitspraken

VI.2.1. Het Decreet Vlaamse gemeenschap van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijns-gezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders – Arrest van het Arbitragehof van 28.09.2005 nr. 147/2005.

De vordering tot nietigverklaring van het decreet van 3 maart 2004 in de mate dat de geneesheer-specialist uitdrukkelijk uitgesloten wordt uit de eerste lijn, gezamenlijk ingediend door het VBS en de BVAS en vermeldenswaardig gezien dit nogal uitzonderlijk werd gesteund door de federale overheid, werd door het Arbitragehof ontvankelijk doch niet gegrond verklaard.

De motivering van het arrest is nochtans niet onbelangrijk. Het Arbitragehof onderlijnt meerdere malen dat het decreet niet tot gevolg kan hebben dat de therapeutische vrijheid van de artsen-specialisten, de vrije keuze van de arts door zijn patiënt of de mededeling van inlichtingen tussen de zorgbeoefenaars kan beperkt worden. Het Arbitragehof wijst er op dat het noodzakelijk zal zijn er over te waken dat, in het kader van de uitvoeringsbesluiten van dit decreet, deze principes gerespecteerd worden. Inbreuken op deze principes moeten aangevochten worden voor de geëigende instanties.

VI.2.2. Vordering tot nietigverklaring van de wet van 22 juni 2004 en van art. 21 van de wet van 27 december 2004 houdende wijziging van artikel 140 GVVU-wet. Arrest van het Arbitragehof van 11 januari 2006 nr. 5/2006.

In het kader van de wetten van 22 juni 2004 en art. 21 van de wet van 27 december 2004 werd art. 140 van de GVVU-wet waarbij de procedure voor de Dienst van Geneeskundige Evaluatie en Controle wordt bepaald, gewijzigd. De eerste wetwijziging vormde naar zeggen van de Overheid een soort “reparatie-” wet. In de redactie van de Programmawet II van 24 december 2002¹²⁶, waarbij de individuele responsabilisering van de geneesheren werd ingevoerd en de procedure aangaande de geneeskundige controle grondig gewijzigd, was blijkbaar ongewild een fout geslopen. Een terugwerkende kracht tot 15 februari 2003 werd gegeven aan deze wetwijziging. De tweede wetwijziging was ingegeven door praktische problemen die gerezen waren bij uitvoering van de procedure. De wet voorzag dat de dossiers zowel in het Nederlands als in het Frans aan het Comité dienden te worden voorgelegd. Gezien het groot aantal documenten dat moest vertaald worden zorgde dit voor een onoverkomelijke flessenhals in de behandeling van de dossiers. De wet van 27 december 2004 voorziet in een behandeling per taalrol zodanig dat de documenten niet langer moeten vertaald worden.

Het VBS had zijn beroep gebaseerd op een niet te verantwoorden verschil in behandeling van de geneesheren ten opzichte van de andere zorgverstrekkers in het kader van de stemmingsprocedure. Voor de geneesheren worden immers de stemmen van de betrokken effectieve (en in geval van zijn afwezigheid van de plaatsvervangende) leden van het Comité geteld. Voor alle andere zorgberoepen wordt gezamenlijk gestemd per categorie. De

¹²⁶ ¹²⁶ Gepubliceerd in het BS van 31.12.2002

praktijkervaring leert dat de bank van de geneesheren slechts zelden voltallig is. Artsen nemen deze taak vrijwillig en belangeloos op zich naast hun beroepspraktijk. Voor de geneesheren-afgevaardigden van de verzekeringsinstelling is het vervullen van deze taak een integraal onderdeel van hun gesalarieerde job. In de praktijk bestaat er dus een onevenwicht tussen beide banken. De toepassing van eenzelfde stemprocedure als voor de andere zorgverstrekkers had dit kunnen voorkomen. Het Arbitragehof heeft ons daarin echter niet gevolgd.

VII IN VOGELVLUCHT

VII.1 Pediatrie

Het ontwerp van zorgprogramma pediatrie stond het ganze jaar in het brandpunt van de belangstelling. Ondanks bezoeken aan het kabinet van DEMOTTE, ondanks tal van brieven, afwijzing van het ontwerp door zowat iedereen, inclusief een unaniem negatief advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gaat het kabinet door en heeft zelfs de criteria nog verscherpt. Het meest recente ontwerp vereist vier pediaters om als dienst pediatrie te kunnen worden erkend. Dit zou in Vlaanderen de sluiting van meer dan de helft van de diensten betekenen.

Bovendien zijn chirurgen en anesthesisten van oordeel dat ze onrechtmatig uitgesloten worden uit de pediatrie zorgverlening. Ook de neuropediateren worden nergens in het ontwerp vernoemd.

VII.2 Klinische paden

Het VBS nam deel aan de voorbereiding en de uitvoering van een e-mail enquête over klinische paden, opgezet door Prof. Walter SERMEUS van het Leuvense Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen. De reacties van de specialisten waren veeleer lauw.

VII.3. Oncologie

In verband met de oncologie werden de collegae er op attent gemaakt dat de overgangsbepalingen van het ministerieel besluit van 11.03.2003 (B.S.26.03.2003), om zonder nieuwe opleiding de bijkomende bijzondere beroepstitel “*en in de oncologie*” te kunnen verwerven, ten einde liepen op 04.04.2005.

Er werd niet ingegaan op het voorstel van de internisten en de radiotherapeuten om de termen “*en in de medische oncologie*” als bijkomende bijzondere beroepstitel in artikel 2 van het K.B. van 25.11.1991¹²⁷ te laten schrappen, de termen “*en in de oncologie*” in dit artikel 2 te bewaren voor de niet interne disciplines maar in ruil de termen “*specialist in de medische oncologie*” als een basisspecialisme op te nemen in het artikel 1 van dit K.B.. Deze houding werd verdedigd door de VBS-vertegenwoordigers in de vergadering van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen van 15.06.2005.

¹²⁷ Koninklijk besluit van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (B.S. 14.03.1992).

VII.4 Nosocomiale infecties

Lang voor de VRT een op sensatie gerichte reportage over ziekenhuisinfecties uitbracht¹²⁸ stond het probleem van de nosocomiale infecties op de dagorde van het uitvoerend comité van het VBS. Het wetsvoorstel van Yvan MAYEUR en consorten, allen PS, van 20.01.2005¹²⁹ was hiervoor de directe aanleiding. Prof. Francis HELLER, VBS adjunct-secretaris-generaal, coördineerde de werkzaamheden en schreef een rapport t.a.v. de politieke wereld. Het MRSA symposium van 28.05.2005, georganiseerd door de GOSPIZ¹³⁰ en de campagne “U bent in goede handen – Vous êtes en de bonnes mains” werd aangekondigd en nadien besproken, inclusief de communautaire aspecten van de tweetalige affiches die de FOD Volksgezondheid over de handhygiëne in alle gewesten van het land had laten ophangen en die een groot succes waren.

VII.5. Erkenning huisartsen

3.5. Het ontwerp van Ministerieel Besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen werd geanalyseerd en een schriftelijk commentaar werd aan Dr. Jean-Paul DERCO bezorgd ter voorbereiding van de vergadering van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen van 15.06.2005. Een aantal principiële punten werden naar voor geschoven in verband met het zelfstandig uitoefenen van het vrij en intellectueel artseneroep.

VII.6 “Sterke stijgers” bij het RIZIV

Door de onafhankelijke ziekenfondsen werd ons informatie gevraagd om al dan niet medisch verantwoorde verklaringen te vinden voor sommige “sterke stijgers” in de RIZIV uitgaven. Zo ontdekte Prof. Heller ondermeer dat de explosieve toename van het gebruik van Jood 125 verklaarbaar was door de explosieve toename van de brachytherapie bij de behandeling van prostaatcancer.

VII.7. Urgentisten en acutisten

3.7. Sinds de passage van Marcel COLLA op het ministerie van Volksgezondheid (1995–1999) en de erkenning van de geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde, heeft de organisatie van de spoedgevallenzorg in België zeer veel problemen gekend. Het creëren van het specialisme acute geneeskunde¹³¹ met een opleiding van slechts drie jaar heeft vermoedelijk de problemen alleen maar verergerd. Meerdere artsen met een brevet acute geneeskunde, grotendeels huisartsen of pseudo-huisartsen, hebben hun spoedgevallendiensten verlaten en zijn gestart met de opleiding “acute geneeskunde” aan de universitaire centra. Het gevolg is dat het sinds de publicatie van dit ministerieel besluit nog moeilijker is geworden om urgentieartsen te rekruteren. Het nieuwe M.B zal 4 soorten “urgentisten” doen ontstaan:

- * de basis specialist in de urgentiegeneskunde (artikel 1 van het K.B. 25.11.1991)
- * de basis specialist in de acute geneeskunde (artikel 1 van het K.B. 25.11.1991)

¹²⁸ Canvas Vlaamse Radio en Televisie, Panorama, zondag 08.01.2006

¹²⁹ Wetsvoorstel tot uitvaardiging van veiligheids- en gezondheidsnormen voor de verzorgingsinstellingen en tot instelling van een vergoedingsregeling voor patiënten die het slachtoffer zijn van ziekenhuisinfecties. DOC 51 1565/001; 20.01.2005.

¹³⁰ Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in de Ziekenhuizen (GOSPIZ)

¹³¹ Ministerieel besluit van 14.02.2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde en van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde, alsook van de stagemeesters en stagendiensten in deze disciplines (B.S. 04.03.2005, Ed. 3).

- * de geneesheren-specialisten (afkomstig uit 13 mogelijke basis specialismen) met een bijzondere bekwaming in de urgentiegeneskunde (artikel 2 van het K.B. 25.11.1991)
- * de huisarts met een brevet acute geneeskunde¹³².

De Hoge Raad voor geneesheer-specialisten en huisartsen had gepleit voor de afschaffing van het brevet acute geneeskunde. Desalniettemin wordt het brevet behouden en zal het alleen nog kunnen worden behaald door huisartsen. Onbegrijpelijk want diezelfde Overheid kondigt aan dat er een dreigend tekort is aan huisartsen.

Gezien de hoogdringendheid besliste het Uitvoerend Comité op 02.05.2005 om een verzoekschrift tot nietigverklaring tegen dit K.B. in te dienen. Deze beslissing werd unaniem bekrachtigd door het bestuurscomité van 07.07.2005.

VII.8. Bariatrische heelkunde

De werkgroep chirurgie van de Technische geneeskundige raad (TGR) had begin december 2004 een voorstel uitgewerkt in verband met de terugbetaling van de bariatrische heelkunde dat op uitdrukkelijk verzoek van de mutualiteiten erg beperkend was tot de morbide obesitas met een BMI > 40. In de begroting 2005 was hiervoor een bedrag ingeschreven van 1 miljoen euro. De plenaire TGR keurde het voorstel op 18.01.2005 goed wat veel protest vanuit de chirurgische wereld tot gevolg had. Des te meer omdat ondertussen bijkomende literatuur ter beschikking was gekomen¹³³,¹³⁴. Bovendien waren de chirurgen niet akkoord dat de therapeutische eindverantwoordelijkheid niet meer bij hen zou liggen en verwierpen zij de leeftijdsgrens van 60 jaar, waarboven de ingreep niet voor terugbetaling in aanmerking zou komen. Het ontwerp van Koninklijk besluit bleef hangen in het RIZIV Verzekeringscomité en wordt nog steeds in beraad gehouden.

VII.9. De revalidatiesector

Ondanks onze aanhoudende protesten en brieven legde de minister heel wat besparingen op in de revalidatiesector. Vooral de cardiologie, de pneumologie en de psychiatrie kregen harde klappen. DEMOTTE gaat met de botte bijl door de CPAP revalidatie en bespaart er € 7,5 miljoen op een totaal van € 22,5 miljoen. De cardiologische revalidatie moet een besparing van € 1.8 miljoen ophoesten op een totaal van +/- € 7,5 miljoen.

De contracten over de chronische ademhalingsondersteuning thuis tussen het RIZIV en de CPAP centra, beheerd door het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV, werden overruled door de Wet.¹³⁵ Allicht zonder dat één parlementarier er weet van had, werd voor het jaar 2006 het forfaitair bedrag vastgesteld op € 2,73 i.p.v. € 3,58. Bij K.B. wordt er tevens een remgeld ingesteld van € 0,25 voor niet voorkeurgerechtigden.¹³⁶

De christelijke mutualiteiten voerden een heilige oorlog tegen het gebruik van de K15 en K20 revalidatieverstreking door de cardiologen - revalidatieartsen in de centra voor cardiale revalidatie. Sinds 01.11.2004 weigert de CM deze prestaties in Vlaanderen terug te betalen, terwijl alle andere mutualiteiten onze visie delen en deze prestaties wel degelijk terugbetalen.

¹³² Volgens artikel 5 § 2, 2°, b) van het ministerieel besluit van 12.11.1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde.

¹³³ "Lifestyle, Diabetes and Cardiovascular Risk factors 10 Years after Bariatric Surgery". NYJM, december 2004, Vol 251, N° 26, p. 2683-93. Deze Zweedse studie krijgt ondertussen echter ook heel wat kritiek.

¹³⁴ "Surgical management of severe obesity". Vivian M Sanchez, Benjamin E Schneider, Edward C Mun. Up To Date 2005.

¹³⁵ Programmawet van 27.12.2005, art. 75-76.

¹³⁶ RIZIV-Verzekeringscomité. Nota CGV/2005/392 van 13.12.2005.

Het is pas op 23.01.2006 dat dit probleem uiteindelijk werd beslecht met een “deal”. Een interpretatiereguleering stelt dat in de toekomst deze verstrekking niet meer mag worden aangerekend, maar dat voor het verleden de CM wel degelijk deze prestaties moet terugbetalen.

De nieuwe interpretatieregels 13 en 14 betreffende de verstrekkingen van de artikelen 22 en 23 (fysiotherapie) van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen gaven aanleiding tot heel wat debatten en de Belgische Reumatologen Vereniging diende op 18.03.2005 een vordering tot schorsing van deze interpretatiereguleering in.

VII.10 Artsen-specialisten in opleiding

Sinds de academisering van de opleiding¹³⁷ en de invoering van de numerus clausus via de Planningscommissie medisch aanbod^{138, 139}, miskennen sommige universiteiten de rechten van de assistenten die een opleiding aanvatten of die al in opleiding zijn, of maken ze misbruik van hun machtspositie. Stageplannen worden om de haverklap aangepast volgens de behoeften van sommige universitaire diensten en er loopt ondermeer een klacht van een assistent wiens positieve beoordeling door een perifere stageleider negatief werd aangepast door een universitaire stagemester zodat hij een extra jaar moet doen.

In de context van de verdediging van dit laatste dossier heeft het VBS bij de FOD Volksgezondheid bij herhaling gepleit voor de aanpassing van de reglementering waarbij de opleiding gedurende tenminste één derde van de specialisatieduur verplicht zou plaatsvinden in een niet universitair ziekenhuis. De academische overheid verzet zich met man en macht tegen dit voorstel.

VII.11. Echelonnering.

Het woord echelonnering lijkt ietwat voorbijgestreefd als term, maar in de feiten blijft de veldslag voortduren. Het OESO stelt tenminste duidelijk waar het om gaat^{140, 141}. In zijn tweejaarlijks rapport beveelt de denktank van de industrielanden aan om de patiënt geen terugbetaling van specialistische geneeskunde toe te staan indien de patiënt niet eerst langs zijn huisarts langsging. Daarmee haalde Dr. Jan DE MAESENEER, professor huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent en inmiddels ook lid van de raad van bestuur van het federaal Kenniscentrum, al eens krantenkoppen.

In juni 2005 stelde hij aan het Kenniscentrum een studieprogramma voor onder de onschuldige benaming: “Methoden om de instroom - doorstroom – terugstroom in de Belgische gezondheidszorg te verbeteren”¹⁴². Bij de aanvraag wordt o.m. verwezen naar een Nederlandse studie die dan weer gebaseerd is op gegevens van de goeroe van de huisartsgeneeskunde, Barbara STARFIELD. Deze zeer controversiële Amerikaanse professor pediatrie aan de wereldberoemde John Hopkins universiteit, is nooit sant in eigen land geweest en haar wetenschappelijke ideeën werden en worden door zeer velen als politieke

¹³⁷ Artikel 4 van het Koninklijk besluit van 16.03.1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (B.S. 24.06.1999)

¹³⁸ Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, artikel 35octies, § 3 ingevoegd bij de wet van 29 april 1996.

¹³⁹ Koninklijk besluit van 02.07.1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie medisch aanbod (B.S. 29.08.1996).

¹⁴⁰ “La Belgique doit se serrer la ceinture”. La Libre Belgique. 10.03.2005.

¹⁴¹ “OESO doet opvallende aanbevelingen op overheidstekort terug te dringen. Vergrijzing dreigt groei te halveren”. De Standaard. 10.03.2005.

¹⁴² Federaal kenniscentrum, selectie studieprogramma’s 2006, nr. TPF 2006-57.

ideologie versleten. Het kringetje van de “believers” is eng, maar door continu naar elkaar te verwijzen wordt toch een mooie “citation index” bekomen. Onze adjunct secretaris-generaal, Prof. Francis HELLER heeft een duidelijke en zeer relativiserende analyse gemaakt ter introductie van de studie. Het voorstel tot studie werd ondertussen weerhouden en zal gefinancierd worden door het Kenniscentrum. We hebben de analyse van Prof. HELLER aan het Kenniscentrum bezorgd.

Het lezen van STARFIELD’s teksten, tabellen en statistieken brengt mij twee citaten in herinnering: *“Er bestaan drie soorten leugens: halve waarheden, grove leugens en statistieken”*¹⁴³ en *“Statistieken hebben bovendien de eigenschap dat ze zich bijzonder goed lenen om onwaarheden op ‘wetenschappelijke wijze als een waarheid te verkopen’.*”¹⁴⁴

De boodschap van Prof. STARFIELD, de “apostel van de eerste lijn”, wordt ook in België graag uitgedragen¹⁴⁵. Nochtans kunnen uit de miljoenen gegevens van de OESO rapporten en uit een beetje surfen naar de Nederlandse NIVEL site¹⁴⁶ ook andere conclusies worden getrokken. Onder vb. “Cure in internationaal perspectief” staat in tabel 185 als gemiddelde levensexpectantie voor België 77.7 jaar, voor Frankrijk 79.0, voor Duitsland 77.7, voor Nederland 78.0 en het Verenigd Koninkrijk 77.8 jaar.

Frankrijk heeft dus de beste levensexpectantie van de vijf in dit artikel vergeleken landen, terwijl Prof. STARFIELD schrijft dat het een lage levensverwachting heeft door een slecht georganiseerde eerste lijn. Deze gunstige cijfers werden ook door de Franse Overheid officieel meegedeeld¹⁴⁷.

Met statistiek kan STARFIELD misschien ook berekenen dat, als je het aantal “eerstelijnsartsen” (in de USA zijn dat de algemene internisten en de algemene pediaters, plus enkele zeldzame huisartsen) met vierhonderd percent doet stijgen, een bevolking onsterfelijk wordt. Volgens haar doet een stijging met 20 % van eerstelijnsartsen de mortaliteit immers met 5 % zakken¹⁴⁸.

Alle gekheid op een stokje. Als STARFIELD gelijk heeft, waarom wordt deze goeroe dan in eigen land absoluut niet gevolgd ? Ondermeer door de “for profit” Health Maintenance Organizations in het sterk gecommmercialiseerde Amerikaanse gezondheidscircuit?

VIII BESLUIT

Het is duidelijk dat de politiek terrein wint op de artsen. Sinds eind de jaren tachtig van de vorige eeuw de socialisten de kabinetten van Volksgezondheid en Sociale Zaken bezetten, werd vakkundig de salami techniek toegepast op het vrije beroep van artsen en zorgverstrekkers.

Alsmar meer regeltjes, alsmar meer beperkingen op de autonome beroepsuitoefening van de artsen en op de vrije keuze van de patiënt. En het helpt niet of nauwelijks om de uitgaven onder controle te houden, behalve met volmachten. Maar een democratie kan zijn Parlement niet blijven buiten spel zetten en de artsen zullen de pesterijen niet blijven ondergaan.

¹⁴³ Benjamin Disraeli, Engels auteur en bekend politicus, 1850.

¹⁴⁴ Frida Deceuninck, financieel deskundige en journaliste. De Tijd”, 10.04.2004:

¹⁴⁵ “Zwakke eerste lijn leidt tot slechtere gezondheid”? Artsenkrant nr. 1656. 04.03.2005.

¹⁴⁶ www.brancherapporten.minvws.nl 1

¹⁴⁷ “France 2004: l’espérance de vie franchit le seuil de 80 ans”. Giles Pison. Population et sociétés. Numéro 410. Mars 2005.

¹⁴⁸ “Zwakke eerste lijn leidt tot slechtere gezondheid”? Artsenkrant nr. 1656. 04.03.2005.

De inkomsten voor de ziekteverzekering zullen nooit meer de groei van de behoeften en de mogelijkheden kunnen volgen want de uitgaven voor de gezondheidszorg zullen steeds veel sneller groeien dan het BBP.

Bovendien vragen mondiger patiënten geen zorgen, ze eisen die, terwijl ondertussen de druk vanwege de Overheid en de verzekeraars (mutualiteiten en privé) op artsen tot rationalisatie stijgt. Bijna een halve eeuw geleden verdween het mutualiteitsbrilletje. Vandaag moeten de patiënten genoeg nemen met een mutualiteitspilletje. Artsen willen rationeel werken, maar hun beroepseer en hun deontologie laten niet toe dat ze zorg rantsoeneren.

Zijn er oplossingen en mogelijkheden ?

Uiteraard. Efficiënt, kostenbewust en kwaliteitsvol handelen is geen slogan uit de klassieke bedrijfswereld. Dit moet consequent in de medische opleiding worden aangeleerd en continu worden onderhouden in de medische navorming.

De grote impact op de bevolking van private en/of aanvullende verzekeringen moet rationeler worden aangewend. Het is niet logisch – wel verklaarbaar – dat er 13 miljoen privé verzekeringen zijn voor 10,4 miljoen inwoners.

Rekening houdend met een solidaire basisverzekering moet het mogelijk worden dat, naast de basisterugbetaling voor te definiëren sociale categorieën, er honoraria worden vastgesteld door de beroepsverenigingen.

Om dat te kunnen realiseren moeten de artsen als een hecht blok samenwerken en zelf realistische voorstellen doen aan de Overheid. Maar die Overheid zou dan moeten afstappen van de idee dat altijd alles voor iedereen en op gelijk welk moment kan.

Dr. Marc MOENS
04.02.2006.