

VBS jaarverslag 2009

Dr. Marc MOENS

Secretaris-Generaal

De Kwadratuur van de Cirkel

Brussel

06.02.2010

INHOUD

1. Administratief luik	1
2. Representatie	2
2.1. In verband met de MaNaMa	2
2.2. Federale politieke contacten	5
2.3. Mdeon	5
2.4. FEMS	6
2.5. Zorgnet Vlaanderen.....	6
2.6. IFEB	7
2.7. Re-inventing healthcare	7
2.8. Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.....	7
2.9. FARES en VRGT	7
2.10. DG II denktank patiëntveiligheid.....	8
2.11. MS 7 in Québec.....	8
2.12. Kabinet Werk arbeidsduur.....	8
2.13. UEMS	9
3. Politiek	10
3.1. Algemeen	10
3.1.1. De klassieker: geen kilo's maar gigabytes Belgisch Staatsblad.....	10
3.1.2. Meest gelezen Vlaamse dichter wordt eerste president van de Europese Unie	12
3.1.3. Banalisering euthanasie gaat onverstoord door.....	15
3.1.4. Kerk en Staat.....	16
3.2. Politieke evenwichten in de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen.....	17
3.2.1. Werking	17
3.2.2. Oncologie	18
3.3. Griep.....	20
3.4. Numerus clausus.....	22
3.5. Het KCE	32
4. Akkoord artsen ziekenfondsen van 17.12.2008 (B.S. 19.01.2009)	33
4.1. Toetredingen – weigeringen.....	33
4.2. Concretisering van het tweede jaar van het akkoord van 17.12.2008.	35
4.3. Geneesmiddelen	35
4.4. Budget.....	37
4.5. Accreditering	43
5. Juridische procedures	44
5.1. Inleiding.....	44
5.2. Vorderingen die ingeleid of meegefinancierd werden door het VBS.....	44
5.2.1. De referentiebedragen	44
5.2.2. MaNaMa.	46
5.3. Uitspraken.	47
5.3.1. De vrijwillige tussenkomst	47
5.3.2. Artikel 17 van de nomenclatuur – vermindering van de honoraria van 4 NMR prestaties tot het niveau van de CT-scan.....	48
5.3.3. Urgentiehonoraria. Voor de klinische biologie een pyrrusoverwinning of gedurende enkele dagen blij met een dode mus. Voor de medische beeldvorming gewoon een nul op het rekest.....	48
5.3.4. Het beschikbaarheidshonorarium.....	49
5.3.5. Het arrest Raad van State nr. 190.694 en zijn gevolgen voor de "Wet Brotchi"	50
6. Besluit	52

1. Administratief luik

Niemand van de 280 ingeschreven deelnemers had een jaar geleden kunnen vermoeden dat het thema van ons symposium over eHealth, dat onze vorige algemene vergadering van 07.02.2009 voorafging, voorpaginanieuws zou worden in de medische media naar aanleiding van de (weigering tot) registratie van de griepvaccinatie (cfr. punt 3.2.).

Ook het symposium over de referentiebedragen van 19.09.2009 kende met 264 ingeschreven deelnemers een grote belangstelling. Alsof het was afgesproken – quod non – ontvingen vrijdag 18.09.2009 de meeste ziekenhuisdirecties en, op onze vraag tijdens een vergadering van het RIZIV Verzekeringscomité, ook de voorzitters van de medische raden, ofwel de bekendmaking van het terug te storten referentiebedrag, ofwel de meer aangename mededeling dat hun ziekenhuis niet was uitverkoren om terug te betalen. Het zetduiveltje speelde de redactie van de RIZIV brief parten want de brief was gedateerd op ... 19.09.2009.

Het voorbije werkjaar werd meer gebruik gemaakt van elektronische berichtgeving aan de leden. Het werkjaar 2008 telde 13 nummers van de "e-specialist", in 2009 werden er 44 verzonden. Uiteraard bezorgde het VBS-secretariaat zijn leden en sympathisanten per gewone post ook nog zes klassieke en vier speciale nummers van "De Geneesheer-Specialist".

Sinds de vorige algemene vergadering vergaderde het Uitvoerend Comité 37 maal op maandagmiddag en het bestuurscomité kwam 6 maal samen op een donderdagavond. Naast de medische actualiteit noteren we als steeds weerkomende thema's op deze bijeenkomsten: de patiëntveiligheid, het correcte gebruik van geneesmiddelen met als epifenomeen, de komst van de klinisch apotheker in het ziekenhuis, de saga rond de beroepstitels in de oncologie, het wel en wee van de artsen specialisten in opleiding (ASO's) met de items die er onlosmakelijk als een paternoster mee verbonden zijn via de MaNaMa, de European Working Time Directive over hun arbeidsduur en de numerus clausus.

Dat de belangstelling groot is over de toekomst van onze jonge collegae bewijst de aanwezigheid van 42 collegae op de VBS vergadering gewijd aan de MaNaMa van 22.10.2009. De 16 collegae die zich dienden te verontschuldigen ontvingen het verslag en de PowerPoint presentaties die het debat stoffeerden.

Op 07.01.2010 werd het Forum voor de erkenningscommissies opgericht. Het is de bedoeling dat dit forum als collectief discussieplatform van de verschillende erkenningscommissies van de professionele bank fungeert om een uniforme strategie vast te leggen die de vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen zullen verdedigen. Het Forum moet de verzuchtingen van de basis rapporteren aan het VBS, dat verder de liaison naar de Hoge Raad, de Interuniversitaire organen en de FOD Volksgezondheid organiseert. Het Forum moet er ook zorg voor dragen dat de besluitvorming binnen het VBS bestuur wordt overgedragen naar de leden van de professionele bank en het moet contacten met de artsen specialisten in opleiding aanknopen en trachten te onderhouden.

We meldden u in ons vorig jaarverslag¹ dat er ernstige problemen waren omdat sinds 1 september 2006 de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen zo werd gewijzigd dat statuten en bijlagen van beroepsverenigingen niet meer bij de Raad van State, maar bij de minister van Middenstand, Mevr. Sabine LARUELLE moeten worden ingediend. Ondanks onze herhaalde vragen en de volharding van onze adjunct-directeur, Mevrouw Fanny VANDAMME, ondanks ook de parlementaire vraag die Open VLD Volksvertegenwoordiger,

¹ "Rien ne va plus". Dr. M. Moens. VBS- jaarverslag 2008, 07.02.2009. I. Administratief luik, blz. 3.

Dr. Yolande AVONTROODT hierover stelde², duurde het nog tot het zomerverlof 2009 eer de uitvoeringsbesluiten van die wet³ werden gepubliceerd^{4, 5}.

Jammer genoeg waren met die publicatie nog niet alle praktische problemen van de baan. De Federale Overheidsdienst Middenstand aanvaardt enkel documenten die ingevuld worden op basis van de op hun website elektronisch beschikbaar gestelde documenten. Omdat die formulieren werden opgesteld zonder overleg met de dienst belast met de behandeling van de dossiers trad er nog maar eens flink wat vertraging op. De medewerkers die deze opstartende dienst moeten bemannen konden bovendien soms niet antwoorden op praktische vragen die voor medewerkers van een beroepsvereniging elementair zijn. Na veel overleg en goede wil slaagden we er uiteindelijk in om midden november 2009 binnen het kader van de nieuwe reglementering de statuten van de in 2006 opgerichte beroepsvereniging van de neurologen in te dienen. Het zou nog tot 14 januari 2010 duren tot deze statuten als primeur voor de beroepsverenigingen in het kader van de nieuwe reglementering in de bijlagen van het Belgisch Staatsblad zouden gepubliceerd worden. Zo kon de beroepsvereniging van de neurologen vandaag eindelijk haar kandidatuur stellen om volwaardig lid van het VBS te worden.

2. Representatie

2.1. In verband met de MaNaMa

2.1.1. Op 17.02.2009 vergaderde het VBS bestuur met een delegatie van de Vlaamse studenten geneeskunde. Het "Charter van de Vlaamse geneeskundestudenten" dat werd opgesteld door het bestuur van het Vlaams Geneeskundig Studenten Overleg (VGSO) en hun persbericht "Vlaamse geneeskundestudenten verenigen zich en leggen eisen op tafel" werd geanalyseerd en besproken. Het VBS schaart zich achter hun eis⁶ om de artsenstudie te herleiden tot 6 jaar.

Tot op heden geeft het artsendiploma na zeven jaar toegang tot een vervolgopleiding tot huisarts of specialist. Door wijzigingen aan het ministerieel besluit dat de erkenning van de huisartsen regelde⁷ telde sinds 2002 het zevende jaar mee als eerste jaar van de huisartsenopleiding⁸. Huisartsen in wording konden hierdoor na zes jaar hun opleiding starten terwijl specialisten dat pas een jaar later konden doen. Omwille van deze discriminatie vorderde het VBS de nietigverklaring van het MB van 01.10.2002. Het bekwam de vernietiging van het desbetreffende artikel 1⁹. Maar ondertussen was het MB alweer door een ander MB vervangen¹⁰. Ook dat werd door de Raad van State vernietigd, niet na een

² Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van KMO, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "erkende federaties van beroepsverenigingen" (nr. 6122). 17.06.2008

³ Wet van 15.09.2006 houdende hervorming van de Raad van State en de oprichting van een raad voor Vreemdelingenbetwistingen. Artikelen 72, 76 en 215 (B.S. 06.10.2006; Ed. 1).

⁴ Koninklijk besluit van 17.08.2007 genomen in uitvoering van artikel 6 van de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen en tot opheffing van het Regentsbesluit van 23 augustus 1948 genomen in uitvoering van artikel 6 van de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen (B.S. 03.08.2009, blz. 51783).

⁵ Koninklijk besluit van 02.07.2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 genomen in uitvoering van artikel 6 van de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen en tot opheffing van het Regentsbesluit van 23 augustus 1948 genomen in uitvoering van artikel 6 van de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen (B.S. 03.08.2009, blz. 51784).

⁶ "Studenten eisen basisopleiding van zes jaar". Artsenkrant Nr. 1976, 10.02.2009

⁷ Ministerieel besluit van 03.05.1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen (B.S. 08.07.1999, Ed. 1).

⁸ Ministerieel besluit van 01.10.2002 tot wijziging van het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen (B.S. 23.10.2002 (Ed. 2).

⁹ Arrest 116.915 van de Raad van State d.d. 18.01.2007.

¹⁰ Ministerieel besluit van 21.02.2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen (B.S. 27.02.2006, Ed. 1)

klacht ingediend door het VBS, maar na een verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend door de vzw Brussels Dienstbetoon en een Brusselse Nederlandstalige huisarts, Dr. Joost RAMPELBERG¹¹. De vernietiging was gebaseerd op een vormgebrek, maar eigenlijk draaide het om een communautair dispuut over de wachtregeling voor de Brusselse huisartsen.

Gevolg: op dit ogenblik is opnieuw het MB van 1999 in voege, wat meebrengt dat de opleiding tot huisarts eigenlijk 10 jaar zou moeten bedragen terwijl in praktijk er slechts 9 jaar mogelijk is. Sinds 04.12.2008 kan de erkenningscommissie voor huisartsgeneeskunde geen adviezen meer verlenen betreffende de erkenning tot huisarts, maar de minister van Volksgezondheid, Laurette ONKELINX, kan dat wel, op basis van haar discretionaire bevoegdheid¹².

De eis om de studies geneeskunde te verkorten naar 6 jaar moet zowel tegen de achtergrond van dit huisartsenprobleem als tegen de achtergrond van de discriminatie van de artsen-specialisten in opleiding worden bekeken.

2.1.2. Op 10.02.2009 gaf ondergetekende een toespraak en nam hij deel aan een debat in de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers over het statuut van de arts-specialist in opleiding¹³.

2.1.3. Prof. Jacques GRUWEZ was aanwezig en nam actief deel aan het debat d.d. zaterdag 07.03.2009 tijdens een informatiesessie aan de UA over de nakende invoering van de MaNaMa.

2.1.4. In de loop van het jaar 2009 was er over de ManaMa informeel overleg tussen het VBS en politici en academici. Ondermeer tussen VBS ondervoorzitter, Prof. Dr. Jacques GRUWEZ en de decaan van de faculteit geneeskunde KULeuven, Prof. Dr. Bernard HIMPENS d.d. 23.02.2009, en nadien tussen ondergetekende en de decaan van de faculteit geneeskunde van de UIA, Prof. Dr. Paul VAN DE HEYNING, ORL, d.d. 08.07.2009 en 08.09.2009 en met professor pneumologie aan de UA, Prof. Dr. Wilfried DE BACKER, dd. 09.09.2009. Beide laatsten zijn trouwens lid van het VBS.

Pas op 31.08.2009 kwamen we van een academische MaNaMa-opposant telefonisch te weet dat de Vlaamse regering tijdens haar eerste vergadering na het zomervakantiereces de MaNaMa zou goedkeuren. Dat bleek inderdaad uit de gesprekken met de professoren VAN DE HEYNING en DE BACKER. De academische buit was binnen, het gesprek met de beroepsvertegenwoordiging kon vanuit een vermeende machtspositie aangeknoopt worden (cfr Punt 5.2.2).

2.1.5. Op 13.05.2009 voerden Prof. GRUWEZ en ondergetekende op hun vraag een constructief overleg met de decanen van de Vlaamse universiteiten in het paleis der Academiën te Brussel. Jammer genoeg werd geen vervolg aan deze ontmoeting gebreid, ondanks de formele belofte dat de secretaris, de Heer J. KNAPEN, het VBS een verslag zou bezorgen en dat er een opvolgvergadering zou komen.

2.1.6. Als gevolg van de publicatie van een artikel over de academisering van de specialistenopleiding¹⁴ en de polemiek die er op volgde¹⁵ gingen onze voorzitter, Dr. Jean-Luc DEMEERE, onze ondervoorzitter Prof. Jacques GRUWEZ en onze adjunct-secretaris-

¹¹ Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak arrest nr. 188.466 van 04.12.2008 in de zaak A.172.218/VII-35.861.

¹² Op 21.01.2010 vernamen we van de administratie van de FOD Volksgezondheid dat het ontwerp MB voor advies bij de Raad van State voorligt.

¹³ DOC 52 **1883/001** verslag hoorzittingen, 16 maart 2009 "Het statuut van artsen-specialisten in opleiding".

¹⁴ "De kandidaat-specialist en het verdriet van de academisering". De Geneesheer-Specialist, N° 7, december 2008.

¹⁵ "Editoriaal". De Geneesheer-Specialist N°1, januari 2009.

generaal Prof. Francis HELLER in op de uitnodiging vanwege Prof. Dr. S. DE FONTAINE, plastisch chirurg aan de ULB, om op 19.06.2009 een voordracht te houden over de opleiding tot arts-specialist volgens de inzichten van het VBS en zoals wij menen dat de regelgeving vandaag in voege is. Dit concept wijkt in een aantal aspecten af van dat wat sommige universitaire stagemeeesters er op na houden. Het was een zeer positieve bijeenkomst met een open en verhelderende discussie.

2.1.7. Op 14.09.2009 vond er een ontmoeting plaats van het VBS bestuur met de kersverse Vlaamse minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen en Brussel, Pascal SMET. Het was overduidelijk dat hij geen weet had van het ManaMa dossier en dat zijn gedachten op dat moment meer bij de actualiteit van het debat over de hoofddoeken in de Antwerpse openbare scholen zaten. Zijn kabinetsmedewerker, de Heer Tom DEKEYZER wist ons wel te melden dat het ontwerp van Decreet over de ManaMa op 04.09.2009 door de Vlaamse regering was goedgekeurd en eerstdaags zou worden gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad¹⁶. Met hem en met de kabinetschef, de Heer Koen PELLERIAUX, nu van minister SMET, toen van Vlaams minister van Werk, Onderwijs en Vorming, Frank VANDENBROUCKE, hadden we de MaNaMa problematiek al uitvoerig aangekaart op 02.10.2007, maar zonder resultaat.

2.1.8. Op 28.09.2009 namen Prof. Jacques GRUWEZ, Dr. Johan VAN WIEMEERSCH, Mevrouw Fanny VANDAMME en ondergetekende ten huize van de Vlaamse interuniversitaire raad (VLIR) in de Ravensteingalerij te Brussel terug de draad op van het gesprek met een afvaardiging van de werkgroep opleiding geneesheer-specialisten dat op 4 mei 2007 was tot stand gekomen en nooit verder opvolging kreeg, ondanks het herhaald aandringen vanwege het VBS¹⁷. De VLIR delegatie bestond ditmaal uit de werkgroepvoorzitter, Prof. Wilfried DE BACKER, (Universiteit Antwerpen), Prof. Martine DEVOS (Universiteit Gent), Prof. Willy PEETERMANS (K.U. LEUVEN), Prof. Brigitte VELKENEERS (Vrije Universiteit Brussel), Mevrouw Rosette S'JEGERS, secretaris-generaal van de VLIR en Mevrouw Jo BREDA, senior stafmedewerker onderwijsbeleid. Alle problemen werden aangekaart, maar, ondanks de afspraak elkaar binnen de 4 à 6 weken terug te zien na bespreking binnen het VBS van deze uitvoerige ontmoeting, volgde opnieuw geen enkele follow-up (cfr Punt 5.2.2.).

2.1.9. Het VBS neemt het voortouw in de Hoge raad voor geneesheren – specialisten en huisartsen. Om een zeer specifieke reden werd de werking van de Hoge raad in 2009 drastisch omgegooid. Het KB dat ondermeer het functioneren van de Hoge raad regelt¹⁸ voorziet niet in plaatsvervangende leden. Een effectief lid kan dus geen mandaat aan een plaatsvervanger geven. Als gevolg van de uitspraak van de Raad van State waarbij het besluit betreffende de criteria tot erkenning van huisartsen werd vernietigd omwille van het niet bereiken van het in artikel 5 § 6 voorziene quorum, wenst de voorzitter, Dr. Dirk CUYPERS, alleen nog te vergaderen met het vereiste quorum aan fysiek aanwezige leden. Vermits quasi nooit meer dan de helft van de 101 leden aanwezig zijn, voerde het VBS een systeem in dat door zowel de universitaire als niet-universitaire leden, zowel door huisartsen als specialisten, zowel door Nederlands – als Franstaligen wordt opgevolgd. Het VBS secretariaat roept alle leden op om weg te blijven van de eerste vergadering maar allemaal aanwezig te zijn op de tweede vergaderdatum, die, conform hetzelfde artikel 5 § 6 van de wet, met eenzelfde agenda moet worden bijeengeroepen. Als de agenda identiek is, kan dan

¹⁶ Het besluit van de Vlaamse Regering van 04.09.2009 tot erkenning van de master-na-masteropleiding master in de specialistische geneeskunde als nieuwe opleiding van de Vrije Universiteit Brussel, werd gepubliceerd in het B.S. van 18.09.2009, Ed.2; de besluiten voor de Universiteit Antwerpen, de Universiteit Gent en de Katholieke Universiteit Leuven werden gepubliceerd in het B.S. van 21.09.2009, Ed. 2.

¹⁷ Cfr. VBS Jaarverslag 2007. Toscanië aan de Zenne. 02.02.2008. Punt III.9. Numerus clausus en MaNaMa, blz. 21.

¹⁸ Koninklijk besluit van 21.04.1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (B.S. 27.04.1983).

geldig worden gestemd, onafhankelijk het aantal aanwezigen. Dergelijke werkwijze houdt uiteraard risico's in. Alleen de "die hards" komen er nog op af en sommige leden verlaten de zaal als "hun" punt werd afgehandeld. De agenda kan immers worden afgewerkt onafhankelijk het aantal leden. Dit kan niet blijven duren.

Deze regeling met "nepvergaderingen" werd ingevoerd uit verontwaardiging nadat voorzitter CUYPERS op 05.03.2009 na één minuut vergaderen vaststelde dat het quorum (de helft plus één) niet was bereikt en afsloot. De leden die luttele seconden of minuten te laat aankwamen, zoals ondermeer ondergetekende, vanuit het ganse land, van Turnhout, over Oostende tot Aarlen, na een trein- of autoreis door het stedelijke spitsverkeer, werden onverrichter zake teruggestuurd. Ze konden zelfs geen aanspraak maken op het royale presentiegeld van € 4,96 waar ze normaliter recht op hebben en op de terugbetaling van de tegenwaarde van hun treinticket, want het aanwezigheidsregister was met de ambtenaren verdwenen.

De administratie beloofde de werking van de Hoge raad te herzien, ondermeer met het creëren van plaatsvervangers, maar bij navraag tijdens de vergadering van 21.01.2010 blijkt dat de eerste stap daartoe nog moet worden gezet. Het is volgens Voorzitter Dirk CUYPERS de bedoeling eerst na te denken of de huidige werking met een paritaire representatie van de verschillende geledingen voor al de te behandelen punten wel nodig is. Het ziet er dus naar uit dat het KB van 21.04.1983 nog niet onmiddellijk zal aangepast worden. Het VBS zal dus nog meermaals de leden van de Hoge Raad moeten informeren dat de eerste vergaderdatum nep is en de tweede pas echt. Een nevenfenomeen is ondertussen dat nogal wat leden tal van de Hoge Raad zich per e-mail bij het VBS verontschuldigen voor hun afwezigheid op een geplande vergadering – nep of/en echt – in plaats van bij de FOD Volksgezondheid. Onze adjunct-directeur, Mevrouw Fanny VANDAMME, zorgt er minutieus voor dat al die informatie tijdig op het juiste adres bij de FOD belandt.

2.2. Federale politieke contacten

Naast een reeks informele contacten van individuele leden van het VBS-bestuur met politici van verschillende politieke strekkingen, zowel van de beleidspartijen als van de oppositie, waren er in het voorjaar ook gestructureerde overlegmomenten, met agenda, tussen officiële VBS-delegaties en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Mevrouw Laurette ONKELINX d.d. 08.05.2009 en met haar medewerker, Dr. Koenraad VANDEWOUDE d.d. 18.11.2009, met CD&V volksvertegenwoordiger Luc GOUTRY, lid van de commissies Sociale Zaken en Volksgezondheid en CD&V woordvoerder inzake ziekteverzekering en gezondheidszorg d.d. 14.04.2009 en met collega en Open VLD volksvertegenwoordiger, Mevrouw Yolande AVONTROODT, eveneens lid van de commissies Volksgezondheid en Sociale Zaken d.d. 23.04.2009.

2.3. Mdeon

Dr. Bernard MAILLET, onze VBS penningmeester, trad in april 2009 in het voetlicht als Mdeon voorzitter, volgens statutaire afspraak voor één jaar. Hij stelde de hervormde statuten aan de pers voor. Die kwamen weliswaar niet helemaal overeen met wat het VBS graag had gezien, maar waren toch een stap voorwaarts in vergelijking met het origineel. De aanwezigheid van de Overheid en van sommige huisartsenafgevaardigden maken de beslissingen in de raad van bestuur er niet gemakkelijker op. Het Kartel is in 2009 tot Mdeon toegetreden.

De erkenning van Mdeon als deontologisch orgaan dat visa mag afleveren¹⁹ werd door minister ONKELINX met drie jaar verlengd²⁰.

¹⁹ Wet van 25.03.1964 op de geneesmiddelen, artikel 10, § 3, zoals vervangen bij de wet van 16.12.2004

2.4. FEMS

Het VBS was gastheer voor de Algemene vergadering van de Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Union of Salaried Doctors (FEMS) te Brussel van 11 tot 13.06.2009. Dr. Eddy MAES, VBS ondervoorzitter en Belgisch afgevaardigde namens het VBS bij de FEMS nam samen met Dr. Bernard MAILLET als secretaris-generaal van de UEMS de honneurs waar en zorgde voor een warm onthaal. Dr. Jacques MERCKEN gidste het gezelschap op een cultureel-humoristische tour door het oude Brussel.

Het VBS werd ter gelegenheid van de algemene vergadering van de FEMS van 2 en 3 oktober 2009 aanvaard als full member. Het VBS was reeds 2 jaar waarnemend lid.

2.5. Zorgnet Vlaanderen

De gestructureerde driemaandelijke bijeenkomsten met het vroegere VVI, nu Zorgnet Vlaanderen, samen met een delegatie van het VAS bloedden dood. De relatie verzuurde helemaal toen de gedelegeerd bestuurder van Zorgnet Vlaanderen, Peter DEGADT, meende dat hij het recht had om via een uitgebreide enquête bij zijn aangesloten ziekenhuizen ondermeer de inkomsten op te vragen van de radiologen en de klinisch biologen. In een gezamenlijke actie met het VAS riep het VBS de radiologen en klinisch biologen, alsook de voorzitters van de medische raden en de hoofdgeneesheren op om te weigeren de enquête te beantwoorden. Slechts een zeer beperkt aantal ziekenhuizen hebben geantwoord, en meestal dan nog maar fragmentarisch. De reden om de enquête te voeren was te vinden in de opdracht die het RIZIV van minister ONKELINX had gekregen om een Task Force te organiseren die € 100 miljoen besparingen moest vinden in de sectoren klinische biologie en radiologie.

Ondertussen loopt een klacht vanwege ondertekende en Dr. Rudi VAN DRIESSCHE bij de Commissie voor bescherming van de persoonlijke levenssfeer tegen Peter DEGADT. Op 01.09.2009 hebben ondergetekende samen met de Heer Jos VAN DEN NIEUWENHOF voor het VBS en Dr. Rudi VAN DRIESSCHE samen met Mevr. Martine BOGAERT voor het VAS, de aangelegenheid gaan toelichten bij de Commissie. We moeten echter vaststellen dat de behandeling tergend langzaam gaat. Een schending van de privacywet kan niet ongestraft worden gelaten. De wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer voorziet daarom een reeks mogelijke straffen²¹. Als de privacywet inderdaad blijkt overtreden te zijn, kan het VBS samen met de BVAS een strafrechterlijke procedure inleiden tegen de Heer DEGADT.

²⁰ Koninklijk besluit van 30.03.2009 tot erkenning van de instellingen bedoeld in artikel 10, § 3, van de wet van 25 maart 1964 op geneesmiddelen

²¹ Wet van 08.12.1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, hoofdstuk VIII, strafbepalingen.

2.6. IFEB

Zoals op 14.04.2008 nam Prof Dr. Francis HELLER, adjunct-secretaris-generaal, op 18.05.2009 deel aan de algemene statutaire vergadering van IFEB, het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België.

2.7. Re-inventing healthcare

Namens het VBS nam Prof. Francis HELLER op 15.09.2009 deel aan het symposium «*Re-inventing healthcare:het standpunt van de Belgische experts*» waar de complexe situatie van het goed gebruik en de juiste keuze qua terugbetaalbaarheid van de geneesmiddelen een belangrijke plaats in het debat kreeg.

2.8. Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Op 14.04.2009 en op 29.09.2009 nam het VBS deel aan het "structureel overleg met de artsensyndicaten" dat de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin sinds een aantal jaren organiseert. Op 14.04 was het minister Veerle HEEREN die uitnodigde. Zij vervulde dit ministerambt kortstondig van 02.01.2009 tot 11.07.2009. Op 29.09.2009 nodigde minister Jo VAN DEURZEN uit. We ontmoetten hem al in vorige functies, als CD&V voorzitter, als voorzitter van de raad van bestuur van de Ziekenhuizen Oost-Limburg (ZOL) en – tot hij op 19.12.2008 naar aanleiding van de Fortis-affaire ontslag nam – als federaal minister van Justitie en vicepremier in de regering Leterme I.

Beide vergaderingen beperkten zich voornamelijk tot wederzijdse kennismaking met de verschillende afgevaardigden.

2.9. FARES en VRGT

Op 20.08.2009 verzochten FARES²² en VRGT²³ het VBS om zijn logo op te nemen in de campagne "sevrage tabagique pour tous" – "tabaksontwenning voor iedereen". Zoals een dertigtal andere groepen die actief zijn in de gezondheidszorg, ging ook het VBS bestuur graag op die vraag in. Vanaf 01.10.2009 wordt in het kader van het Nationaal Kankerplan 2008-2010 van minister ONKELINX rookstopbegeleiding vergoed door het RIZIV²⁴ via een netwerk van artsen en tabacologen. Een vorig besluit dat, enigszins ridicul, de terugbetaling van tabaksontwenning beperkte tot zwangeren en hun partner, werd na enkele jaren van kritiek, ook van ondergetekende, opgeheven²⁵ en uitgebreid tot alle burgers.

Op een parlementaire vraag van senator en collega Lieve VAN ERMEN antwoordde minister ONKELINX dat het jaarlijkse budget voor deze campagne 3,39 miljoen euro bedraagt en dat de wachtlijsten die bij de start opdoken van tijdelijke aard zullen zijn²⁶.

Ter gelegenheid van de publicatie van het nieuwe KB werd er pertinente kritiek geuit door sommige leden en geëist dat het VBS zich zou verzetten tegen het toelaten van het stellen van medische handelingen door niet artsen. De minister voorziet immers dat de tabacologie

²² Fonds des Affections Respiratoires communauté française asbl

²³ Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw

²⁴ Koninklijk besluit van 31.08.2009 inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de hulp bij tabaksontwenning (B.S. 15.09.2009; Ed. 2)

²⁵ Koninklijk besluit van 17.09.2005 tot vaststelling van de voorwaarden van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de tabaksontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner (B.S. 07.10.2005, Ed. 1).

²⁶ Belgische Senaat. Handelingen. Donderdag 03.12.2009, ochtendvergadering. Vraag om uitleg van mevrouw Lieve Van Ermen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «rookstopbegeleiding» (nr. 4-1226)

kan bedreven worden zowel door licentiaten in de psychologie als door alle beroepen actief in de gezondheidszorg die in het KB 78 worden vermeld. Zoals ondergetekende tijdens de vergadering van het Verzekeringscomité d.d. 02.03.2009 bij de bespreking van het ontwerp van KB opmerkte, vallen daar vroedvrouwen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici en zelfs veeartsen onder. Vermits de eindtest van de opleiding in de tabacologie georganiseerd wordt door het "Fonds des affections respiratoires" (FARES) en de "Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding" (VRGT), die in hun beleid een belangrijke inbreng hebben van artsen, ondermeer pneumologen, werden geen juridische stappen ondernomen tegen het KB van 31.08.2009.

2.10. DG II denktank patiëntveiligheid

In de schoot van het Directoraat-generaal II van de FOD Volksgezondheid richtte de Heer Christiaan DECOSTER een denktank/werkgroep op over patiëntveiligheid binnen het ziekenhuis. Prof. Francis HELLER nam namens het VBS aan de vergaderingen deel en het onderwerp kwam bij herhaling aan bod tijdens onze wekelijkse maandagmiddag bijeenkomsten. Aanvullend had ondergetekende over dit onderwerp d.d. 24.07.2009 een verhelderende bespreking met Dr. Luc VAN LOOY, hoofdgeneesheer van het Sint-Augustinusziekenhuis te Antwerpen, die ook actief is betrokken bij de werkgroep. De grote meerderheid der artsen is bereid om fouten en bijna-fouten te registreren zodat lessen kunnen worden getrokken en verbeteracties kunnen worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Maar er bestaat een grote terughoudendheid om dergelijke registratie op te leggen via de Wet op de ziekenhuizen²⁷. Ze zou immers kunnen interfereren met de verzekering beroepsaansprakelijkheid, wat een erg gevoelig punt is in de context van de jarenlange pogingen om tot een (nieuwe versie van) NoFault-wet te komen.

Op 02.11.2009 ontmoetten een VBS delegatie bestaande uit Prof. Francis HELLER, Mevrouw Fanny VANDAMME, de Heer Jos VAN DEN NIEUWENHOF en ondergetekende de directie van ASSURALIA om een oplossing te zoeken voor dit tweesnijdend zwaard. Er werd afgesproken dat het debat moet worden voortgezet in aanwezigheid van vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid.

2.11. MS 7 in Québec

Van 8 tot 11 november 2009 ging de vijfde vergadering van de MS 7 door in Québec, Canada. Van de origineel 7 landen waren er slechts drie in Québec vertegenwoordigd: België, Frankrijk, Canada en de UEMS als overkoepelend organisme. Voor het VBS namen de Drs. Jean-Luc DEMEERE, Francis HELLER, en Françoise MATTHYS deel, vergezeld door Dr. Bernard MAILLET in zijn functie van secretaris-generaal van de UEMS. Het VBS zal in november 2010 de organisatie in Brussel op zich nemen met een duidelijk afgebakend, nog vast te stellen thema in verband met de organisatie van de specialistische geneeskunde.

2.12. Kabinet Werk arbeidsduur

Met Dr. Edgard MAES, Prof. Drs. Francis HELLER en Jacques GRUWEZ (één keer vervangen door Jos VAN DEN NIEUWENHOF) nam het VBS op 09.11.2009 en 06.01.2010 deel aan een debat over de arbeidsduur van artsen-specialisten in opleiding en gesalarieerde artsen op het kabinet van minister Joëlle MILQUET, Vice-eerste minister en minister van Werk en van Gelijke Kansen.

De reden waarom minister MILQUET de vertegenwoordigers van de artsen wenste te ontmoeten is te vinden in het feit dat ze dringend de Europese richtlijn 93/104/EG

²⁷ Koninklijk besluit van 10.07.2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (B.S. 07.11.2008, Ed. 1)

betreffende de organisatie van de arbeidstijd, aanvankelijk alleen voor artsen, dierenartsen en tandartsen, en al goedgekeurd op 23 november 1993, maar door de richtlijn 2000/34 van 22 juni 2000 uitgebreid tot de artsen in opleiding, moet omzetten in Belgische wetgeving. De overgangperiode van 5 jaar, te tellen vanaf 2 augustus 2004, die voorzien werd voor het omzetten van deze richtlijn voor deze specifieke categorie werknemers, is ondertussen immers al enige maanden afgelopen. Premier, maar op dat ogenblik nog minister van Buitenlandse Zaken, Yves LETERME, ontving daarover een in gebreke stelling van de Commissie d.d. 23.11.2009.

Vermits de debatten die gevoerd werden op Europees niveau over een voorstel tot wijziging van de Europese richtlijn betreffende de organisatie van de arbeidstijd²⁸ tot geen enkel resultaat hebben geleid, moeten de lidstaten de bestaande richtlijnen implementeren. Minister van Werk MILQUET wil zo snel als mogelijk een ontwerp van wet inschrijven, genomen op basis van artikel 3ter van de arbeidswet van 16 maart 1971.

Ter herinnering: Mevrouw ONKELINX nam in 2003 als minister van Werk al een koninklijk besluit hierover²⁹, maar het werd op verzoek van de KUL, de UIA, en het UZ Gent, met de VUB en de VZW Universitaire ziekenhuizen St-Luc als tussenkomende partijen, vernietigd door de Raad van State. De motivatie was dat de dringendheid die aangehaald werd in het kader van de uitwerkingsprocedure niet voldoende gerechtvaardigd was. Toen al had dat KB de artsen en de artsen in opleiding kunnen onderwerpen aan de beperkingen van de arbeidstijd zoals voorzien door de Europese richtlijn.

Eigenlijk was dat noch min noch meer een omzetting van wat iedereen de zogenaamde "wet Colla" is gaan noemen, terwijl het gaat om een ministerieel besluit in verband met de algemene opleidingscriteria voor artsen-specialisten³⁰. Het fundamentele verschil was wel dat met het "KB ONKELINX" voortaan de werktijden van kandidaat-specialisten onder het toezicht zouden vallen van de Arbeidsinspectie, terwijl de "wet Colla" geen bevoegd controleorgaan kon voorzien.

Bij de laatste vergaderingen in de week van 19.01.2010 werden de beroepsverenigingen niet meer uitgenodigd. Van horen zeggen weet ondergetekende dat ondermeer de vertegenwoordigers van de artsen-specialisten in opleiding en van de Raad van universitaire ziekenhuizen wel werden gehoord. Wat de afloop zal worden leest U in mijn volgend jaarverslag, maar gezien de procedure tegen het KB van 16.06.2003 zijn we er niet erg gerust in.

2.13 UEMS

Als medestichtend lid blijft het VBS zeer actief bij de werking van de UEMS betrokken. Prof. Dr. Jacques GRUWEZ en Dr. Luc VAN CALSTER vertegenwoordigen met goed voorbereide dossiers de VBS-standpunten op de talrijke vergaderingen die zowel in het buitenland als in Brussel worden gehouden. Onze VBS-penningmeester, Dr. Bernard MAILLET, is uiteraard ook steeds van de partij als secretaris-generaal van de UEMS.

²⁸ Deze "European working time directive (EWTD)" stond ook bij de UEMS het ganse jaar 2009 op de agenda, met onoverkomelijke disputen tussen de leden tot gevolg.

²⁹ Koninklijk besluit van 16.06.2003 tot uitvoering van artikel 3ter van de Arbeidswet van 16 maart 1971 (B.S. 30-07-2003), vernietigd bij het arrest nr 127.914 van de Raad van State van 09.02.2004 (B.S. van 24-03-2004, p. 16780).

³⁰ Ministerieel besluit van 30.04.1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten (B.S. 29.05.1999).

3. POLITIEK

3.1. Algemeen

3.1.1. De klassieker: geen kilo's maar gigabytes Belgisch Staatsblad.

De kans om een rond aantal pagina's Belgisch Staatsblad af te leveren eindigend op drie nullen is één op 1.000. Om er precies 83.000 af te leveren, is de kans inderdaad één op 83.000. De kritiek in mijn VBS. jaarverslag 2005 dat we op weg waren naar de 100.000 bladzijden regelneverij met 87.430 bladzijden in 2004³¹ leverde me een reprimande op van toenmalig staatssecretaris voor Administratieve Vereenvoudiging, toegevoegd aan de eerste minister, en huidig minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen Vincent VAN QUICKENBORNE. Hij vond het populistisch het aantal bladzijden te meten³².

Toch volharden we in de boosheid, daarin gesteund door een aantal journalisten zoals Bart Haeck in De Tijd³³ en, traditiegetrouw, Guy Tegenbos in De Standaard³⁴. Natuurlijk vergt de openbaarheid van bestuur ettelijke honderden pagina's en uiteraard worden er allerlei oude wetten en besluiten met vertraging in het Duits vertaald en gepubliceerd. Maar 83.000 bladzijden of 19,7 % meer dan vorig jaar (cfr. Tabel 1) met zo'n 3.300 wetten, Koninklijke en ministeriële besluiten (cfr. Tabel 2) blijft onnoemlijk veel. Nederland regeert met vijf à tien keer minder regelgevende teksten, die bovendien in het Nederlands worden opgesteld in plaats van in het Wetstratees.

Omdat alles in het Frans en het Nederlands, en (ooit) ook in het Duits moet worden gepubliceerd, is de kans op fouten en dus op extra pagina's B.S. met de publicatie van errata bijzonder groot. Een recent voorbeeld is de wet op het rookverbod³⁵ waar in de Nederlandse versie na het artikel 18 "*Deze wet treedt in werking op 1 januari 2010*" de klassieke afkondigingformule verkeerdelijk in het Frans werd afgedrukt. "*Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge* ». Het had moeten zijn : "*Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt*". Het antwoord op de vraag of de wet nu ongeldig is in Vlaanderen of dat er een erratum moet volgen om ze er afdwingbaar te maken blijft voor sommigen nog omstreden. Hoewel. Via de pers konden de verstokte rokers zowel ten noorden³⁶ als ten zuiden³⁷ van de taalgrens vernemen dat de controles overall zouden starten vanaf 02.01.2010 en dat de wet in voege blijft tot een rechter expliciet zou oordelen dat ze ongeldig is. Voorlopig dus (nog) geen erratum gezien.

Met de Duitse vertalingen zijn de FOD Binnenlandse Zaken en Justitie bijzonder consequent, hoewel misschien wat traag. Zo troffen we bij onze poging tot tellen van het aantal wetteksten gepubliceerd in 2009 pareltjes uit de Belgische geschiedenis aan. Wat te denken over het nut van de publicatie van de Duitse vertaling van de wet van 10 januari 1824 over het recht op opstal uit "Le Journal officiel du Royaume des Pays-Bas" van 21 januari 1824³⁸? Of over de publicatie van de officieuze coördinatie in het Duits van de wet van 16 maart 1803

³¹ "Van Nu, besparingen zonder einde, en Straks, soylent green". VBS jaarverslag 2005. Dr. M. Moens. Punt III. 1. "Al lang geleden: een jaar zonder verkiezingen".

³² "We kunnen het Bf-verhaal maar beter volledig afsluiten". Artsenkrant n° 1655. 01.03.2005.

³³ "Staatsblad 12.000 pagina's dikker". De Tijd, 23.12.2009.

³⁴ "83.000 bladzijden nieuwe regels". De Standaard 02-03.01.2010.

³⁵ Wet van 22.12.2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook (1) (B.S. 29.12.2009; Ed. 1).

³⁶ "Horeca. Rookverbod ongeldig door taalblunder". De Standaard, 02-03.01.2010

³⁷ "La loi anti-tabac toussote". Le Soir 02-03.01.2010.

³⁸ FOD Binnenlandse Zaken. Wet van 10.01.1824 over het recht van opstal (B.S. 03.06.2009).

op het notarisambt³⁹ of van de officieuze coördinatie in het Duits van de besluitwet van 28 december 1944 in verband met de sociale zekerheid van de arbeiders⁴⁰, en nog tal van andere voorbeelden meer? Ik heb geen dergelijke historische documenten meegenomen in mijn telling in tabel 2, wat allicht verklaart dat andere auteurs (nog) meer wetten en besluiten vaststelden.

Aantal pagina's van het Belgisch Staatsblad

Jaargang	Aantal pagina's	Groei t.o.v. vorig jaar (%)	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	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.196	+ 29,3	273,6
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+ 32,4	353,5
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+ 4,63	320,6
2009	83.000	+19,7	383,7

Bron: Belgisch Staatsblad,
http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Tabel 1

Evolutie van het aantal afgekondigde bepalingen per jaar

JAAR	WET	PROGRAMMA -WET	DECREET	K.B.	M.B.
1988	273	2	223	1.880	725
1999	295	0	268	2.188	1.076
2000	210	0	148	1.956	793
2001	174	5	224	2.447	959
2002	234	9	324	2.627	989
2003	266	5	335	2.610	1.068
2004	212	3	355	2.447	1.021
2005	196	3	155	2.294	1.054
2006	284	7	244	3.237	1.313
2007	326	5	285	2.497	1.301
2008	105	4	237	2.459	1.408
2009	306	3	245	1.706	1.034
Gemiddelde (= 100%)	240	4	254	2.362	1.062
2009 in % t.o.v. gemiddelde	127,5	75,0	96,5	72,2	97,4

Bron: Belgisch Staatsblad, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Tabel 2

³⁹ FOD Binnenlandse Zaken. Wet van 16.03.1803 op het notarisambt – Officieuze coördinatie in het Duits van de wet van 25 ventôse jaar XI "contenant organisation du notariat" (Bulletin des lois de la République Française n° 258) (B.S. 28.10.2009).

⁴⁰ FOD Binnenlandse Zaken. Besluit-wet van 28.12.1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders. Officieuze coördinatie in het Duits (B.S. 01.12.2009).

In deze historische context is het te begrijpen dat een wetsvoorstel over de invoering van de zonsongangclausule⁴¹ (zoals de Amerikaanse "Sunset Acts") geen kans maakt bij ons. Dergelijke wettekst baseert zich immers op de bepaling volgens het Romeinse recht "Ad tempus concessa post tempus censetur denegata (wat tijdelijk is toegestaan wordt na afloop automatisch geweigerd). Belgen zijn het bovendien gewoon te leven met "voorlopig definitieve" oplossingen, en het ziet er niet naar uit dat dit spoedig zal veranderen.

3.1.2. Meest gelezen Vlaamse dichter wordt eerste president van de Europese Unie

Herman VAN ROMPUY, premier sinds oudejaarsdag 2008, moest na goed vijf maanden "regeren" bakken kritiek slikken omdat er gewoonweg niet te regeren viel. Geen enkele politicus wou zijn nek uitsteken om moeilijke regeringsbeslissingen te nemen in afwachting van de Europese en regionale verkiezingen van 07.06.2009.

De gemoederen liepen soms hoog op. Vooral in Franstalig België staan rood en blauw lijnrecht tegenover elkaar. De eersten diaboliseren het liberalisme, de tweeden willen het Waalse systeem – het socialisme – veranderen⁴². In Vlaanderen springt vooral het moddergevecht tussen Jean-Marie DEDECKER van de gelijknamige partij (LDD) en de (ondertussen ex-) voorzitter van Open-VLD, Bart SOMERS, in het oog⁴³.

De socialistische mutualiteiten doen ook hun duit in het verkiezingszakje en wijten, bij monde van Guy PEETERS, algemeen secretaris van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, de mondiale economische crisis aan het failliet van het neoliberalisme⁴⁴. De sjoemelende burger krijgt ook een profetische boodschap mee: *"Een land en een regering die een geschatte belastingsfraude van 30 miljard euro tolereert, heeft geen enkele morele en politieke basis om levensbelangrijke voorzieningen als 'onbetaalbaar' te bestempelen"*. Waarop de (sinds kort ex-) voorzitter van de raad van bestuur van de VRT Guy PEETERS een zes jaar durend onderzoek door het Antwerps parket in verband met belastingontduiking met een regeling in der minne met de fiscus afsloot⁴⁵.

De grote federale kanonnen van weleer staan op de kieslijsten voor Europa. Op 07.06.2009 is oud-premier Guy VERHOFSTADT Europese lijsttrekker voor Open VLD en kondigt hij aan dat hij de Belgische politiek vaarwel zegt⁴⁶. Ex-premier Jean-Luc DEHAENE is Europese lijsttrekker voor CD&V⁴⁷, maar wordt in november 2009 tot koninklijk opdrachthouder benoemd om als een mirakelman de Brussel-Halle-Vilvoorde- knoop te ontwarren.

Een peiling naar de kiesintenties van de artsen uitgevoerd door Artsenkrant – Le Journal du Médecin in de tweede helft van mei 2009, leverde in Vlaanderen ongewone resultaten op. Met 28,8 % van de artsen – 30,2 % bij de huisartsen en 27,0 % bij de specialisten – die zeggen op de Nieuw-Vlaamse Alliantie te zullen stemmen staat de N-VA afgetekend op kop. De actieve aanwezigheid van collega Louis IDE speelt ongetwijfeld mee in het fenomeen dat N-VA de oude rol van de Volksunie als Vlaamse "dokterspartij" overneemt. Dokter Vic ANCIAUX was VU-voorzitter van 1979 tot 1986. Open VLD volgt met 24,2 % van de artsen – 20,8 % bij huisartsen en 30,0 % bij de specialisten. CD&V volgt met 23,2 % op de derde

⁴¹ DOC 52 1758/001 Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers, 27.01.2009, Wetsvoorstel tot invoering van de zonsongangclausule, ingediend door de Heer Rob Van de Velde.

⁴² "Le MR dénonce 'la diabolisation' du libéralisme". L'Echo, 04.05.2009.

⁴³ "Somers trekt boetekleed aan in zaak-Vijnck". Knack, 06.05.2009.

⁴⁴ "Standpunt. Verkiezingen met hoge sociale inzet". Smagazine, mei 2009.

⁴⁵ "Ziekenfondstopman Guy Peeters sluit deal met parket". De Tijd, 23.10.2009.

⁴⁶ "Mijn toekomst ligt niet meer in de Belgische politiek". De Standaard, 30.05.2009.

⁴⁷ "De massa denkt per definitie niet na". De Standaard, 30.05.2009

plaats bij de artsen -23,9 % bij huisartsen en 19 % bij specialisten⁴⁸. De overige politieke partijen komen nauwelijks in het stuk voor.

Aan Franstalige kant komen de kiesintenties bij artsen beter overeen met degene die bij de gehele populatie verwacht worden. Bij de doorsnee bevolking zijn Guy VERHOFSTADT (Open VLD) en Jean-Michel JAVAUX (Ecolo) de sterren en is Didier REYNDERS de meest bekende⁴⁹. Bij de Franstalige artsen zegt 52,3 % van de Brusselaars en 45,7 % van de Walen voor de liberalen te zullen stemmen en 33,8 % van de Brusselaars en 30,5 % van de Walen zeggen voor Ecolo te gaan stemmen⁵⁰.

Op 07.06.2009 verliest Open VLD zwaar in Vlaanderen en Bart SOMERS neemt ontslag als voorzitter. CD&V en N-VA winnen afgetekend, maar dit keer los van elkaar. De socialisten krijgen niet de opdoffer die ze verwachtten, maar staan terug op het niveau van 1999. Stemmentrekker Frank VANDENBROUCKE (met zijn 43.259 voorkeursstemmen haalt hij de hoogste score van alle politici in Vlaams Brabant) krijgt kort nadien de ezelsstamp van SP-A voorzitter Caroline GENNEZ (met 43.703 stemmen op de vijfde plaats onder de politici van de provincie Antwerpen). VANDENBROUCKE moet zeer tegen zijn zin het departement Onderwijs en Werk doorgeven aan Pascal SMET, die de nieuwe Vlaamse SP-A minister wordt van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen en Brussel. Niet van Werk, wat volgens menigeen een stap achteruit betekent.

In Franstalig België is Ecolo de absolute winnaar van de verkiezingen 2009⁵¹: van 8,52 % in 2004 naar 18,4 % in Wallonië en van 8,52 % in 2004 naar 18,67 % in Brussel⁵². De Mouvement Réformateur (MR) van Didier REYNDERS verliest van zijn pluimen, zowel in Wallonië (23,09 % tegen 24,29 % in 2004) als in Brussel (27,13 % tegen 28,02 % in 2004)⁵³. Hoewel duchtig werd gezaagd aan de poten van de voorzittersstoel van Didier REYNDERS, blijft hij toch overeind⁵⁴. Bij de PS bleef de voorspelde afstraffing uit. De aangekondigde tsunami bleek maar een stevige bries, met in Wallonië een terugval van 36,91 % in 2004 naar 33,03 % en in Brussel van 28,78 % in 2004 naar 22,68 %⁵⁵. Schandalen met Anne-Marie LIZIN ondermeer in het ziekenhuis van Hoei, belangenvermenging tussen vader en zoon DAERDEN, de maandelijks niet bekende € 13.000 als consultant bij een intercommunale voor de (eventjes) ex-federale minister van Sociale Zaken Didier DONFUT, het maakt niets uit. De PS blijft incontournable in de Belgische politiek en Elio DI RUPO blijft gebeiteld in zijn voorzitterszetel zitten.

Tegen de Vlaamse nationale feestdag staat de Vlaamse regering PEETERS II op poten. De coalitie telt 9 ministers: naast minister – president Kris PEETERS krijgt de CD&V 3 ministerportefeuilles waaronder Jo VAN DEURZEN die van Volksgezondheid, 3 zijn er voor SP-A en 2 voor N-VA. Open VLD belandt in de oppositie.

In de olijfboomcoalitie van de Waalse gewestregering zetelen 8 ministers: 4 PS, waaronder minister-president Rudy DEMOTTE en minister van Volksgezondheid Eliane TILLEUX, 2 CDH en 2 Ecolo. De via You Tube wereldberoemde Michel DAERDEN (PS) wordt verkast naar de federale regering waar hij pensioenen overneemt van Marie ARENA (PS).

De nieuwe Franse gemeenschapsregering telt 7 ministers: 3 PS waaronder (in dubbelmandaat) Rudy DEMOTTE als minister-president van de Franse gemeenschap en van het Waals gewest en Fadila LAANAN als minister van gezondheid, 2 CDH en 2 Ecolo. Ondanks de herhaalde aankondigingen van ondermeer Rudy DEMOTTE dat maar één

⁴⁸ "N-VA verrassend op kop bij artsen". Artsenkrant, 05.06.2009.

⁴⁹ « Vos stars: Guy et Jean-Mi » ; « Didier Reynders est le plus connu ». La Capitale, 26.05.2009.

⁵⁰ « Les médecins voient l'avenir en Bleu et Vert ». Le Journal du Médecin, 05.06.2009.

⁵¹ « Tous aux pieds d'Ecolo ». Le Soir, 08.06.2009.

⁵² « Une très belle victoire ». La Capitale, 08.06.2009.

⁵³ « Match perdu face au PS ». La Capitale, 08.06.2009.

⁵⁴ "Positie van Didier Reynders als MR-voorzitter wankelt". De Standaard, 09.06.2009.

⁵⁵ « Pas la dégelée annoncée ». La Capitale, 08.06.2009.

Franstalige minister van Volksgezondheid wenselijk is, bleven er toch twee voortbestaan in Franstalig België⁵⁶.

De nieuwe Brusselse regering telt 8 leden. Er zijn 6 ministers: 2 PS waaronder minister-president Charles PIQUÉ, 1 Ecolo, 1 CDH, 1 CD&V en 1 Open VLD, en 2 staatssecretarissen: 1 Ecolo (Christos DOULKERIDIS voor dringende medische hulp) en 1 Groen!.

Ten gevolge van de regionale verkiezingen kent de federale regering in juli 2009 een aantal herschikkingen: Guy VANHENGEL (Open VLD) wordt minister van begroting [zes maand lang volstond een staatssecretaris op die post, Melchior WATHELET (CDH)], Yves LETERME wordt (eventjes) minister van Buitenlandse Zaken ter vervanging van Karel DE GUCHT, die in juli 2009 als eurocommissaris de belangrijke portefeuille Handel toegewezen krijgt, Annemie TURTELBOOM wordt minister van Binnenlandse Zaken ter vervanging van Guido DE PADT, die een lagere functie krijgt als regeringscommissaris belast met de interne audit van de overheidsbedrijven, en, zoals al vermeld, Michel DAERDEN die Marie ARENA vervangt op Pensioenen.

Werd er volgens sommigen niet genoeg geregeerd in 2009, volgens ondergetekende werd er dan toch ruim voldoende gestoelendanst.

Op 13.10.2009 stelt eerste minister Herman VAN ROMPUY met vertrouwen en rustige vastheid zijn beleidsverklaring voor aan het federale parlement⁵⁷, maar die roept vele vragen op⁵⁸. Begin november 2009 begint het gerucht te lopen dat Herman VAN ROMPUY door de "groten" van de Europese Unie als een geschikte kandidaat wordt bevonden om de eerste voorzitter van de Europese Raad te worden, gemakshalve omgedoopt tot "president van Europa"⁵⁹. De Franstalige politieke wereld staat voor een dilemma. Uiteraard vinden de Franstalige politici dergelijke benoeming een eer voor België en ze gunnen het VAN ROMPUY bovendien, maar anderzijds zit de schrik er goed in dat Yves LETERME dan opnieuw premier wordt⁶⁰. Herman VAN ROMPUY zelf blijft er zen bij en schrijft nog enkele druk gelezen haiku's. Hoofdredactrice Beatrice DELVAUX van Le Soir stelt boudweg dat hij naar Europa mag als LETERME niet terugkomt als premier⁶¹. De nationale en internationale media maken er een spannende thriller van⁶². Op 19.11.2009 is het zover: Herman VAN ROMPUY wordt uitverkoren tot eerste "president" van de Europese Unie. Met ook onze felicitaties. Een dichter president, dat moet geleden zijn van Leopold SENGHOR (09.10.1906 – 20.12.2001), de Senegalese dichter, filosoof, en schrijver.

De Belgische stoelendans kan herbeginnen. Albert II stelt Wilfried MARTENS, negen maal premier van België, voor zover mij bekend het Belgisch record, aan als Koninklijk bemiddelaar. Met Jean-Luc DEHAENE als begeleider en compagnon de route moet LETERME zijn tweede poging om premier van alle Belgen te zijn wel aankunnen. Volgens oppositielid Johan VANDE LANOTTE (SP-A) moet Jean-Luc DEHAENE het dossier Brussel-Halle-Vilvoorde oplossen om de verkiezingen van de heroptredende premier LETERME in 2011 mogelijk te maken⁶³.

In minder dan één jaar tijd verhuist Steven VANACKERE van het Vlaams ministerie van Welzijn over de federale overheidsdienst Ambtenarenzaken, Overheidsbedrijven en Institutionele Hervormingen naar de federale overheidsdienst Buitenlandse Zaken. Hij

⁵⁶ « Plusieurs ministres de la santé: la réforme promise n'a pas eu lieu ». Le Journal du Médecin, 16.07.2009.

⁵⁷ "Van Rompuy pleit voor 'rustige vastheid'". Het Nieuwsblad, 14.10.2009.

⁵⁸ « Herman Van Rompuy, trêve de discours ». Le Soir, 14.10.2009.

⁵⁹ "Van Rompuy geen kandidaat, wel kanshebber voor president Europa". De Standaard, 02.11.2009.

⁶⁰ « Pourquoi Van Rompuy doit rester ». La Libre Belgique, 03.11.2009.

⁶¹ « Van Rompuy oui ... si Leterme c'est non ! ». Le Soir, 06.11.2009.

⁶² "Haiku Herman' blijft topfavoriet". De Morgen, 16.11.2009.

⁶³ « Leterme revient au 16 rue de la Loi coaché ». Le Soir, 25.11.2009.

behoudt de post van vice-premier. Inge VERVOTTE neemt VANACKERE's vorige ministerpost over en wordt zo opnieuw minister van Ambtenarenzaken en Overheidsbedrijven, functie die ze bekleedde van 20.12.2007, onder de interim-regering van Verhofstadt III, tot 30.12.2008, onder LETERME I, toen ze uit loyaliteit met LETERME na zijn aftreden omwille van het Fortis débaclé, mee uit zijn federale regering stapte.

De Franstaligen kijken de kat uit de boom⁶⁴. Wat zij willen is, zoals ONKELINX het zei: "*Faire du VAN ROMPUY sans VAN ROMPUY*"⁶⁵.

3.1.3. Banalisering euthanasie gaat onverstoord door

Het is merkwaardig hoe Vlaanderen steeds opnieuw met euthanasie naar buiten komt, terwijl Franstalig België er nauwelijks aandacht aan lijkt te schenken. België, Nederland en Luxemburg zijn de enige drie landen met een euthanasiewet. Ik zie nog steeds geen bewijs dat de situatie nu beter is dan vroeger. Deze mijns inziens nog steeds overbodige en slechte wet veroorzaakt meer problemen dan ze er oplost. Voorvechter huisarts Marc COSYNS en een Oostendse huisarts waren er in 2009 bijna slachtoffer van, terwijl ze deden wat welmenende en verstandige artsen decennialang meenden te moeten doen als een patiënt er uitdrukkelijk om vroeg wanneer hun lijden niet meer te lenigen was en na overleg met hun naasten. Zonder wet en zonder – wat Dr. COSYNS betreft – er de schijnwerpers op te richten. COSYNS maakt er letterlijk theater van⁶⁶ waarmee hij dan graag in de media uitpakt⁶⁷.

Sinds de paarse regering van VERHOFSTADT I vanaf 1999 alles op alles zette om zo snel als mogelijk – hij wist natuurlijk niet dat de "tjeven" zolang in de oppositie zouden blijven – een euthanasiewet door het parlement te jagen, werden in één decennium meer processen gevoerd over vermeende "moorden" gepleegd door correct werkende zorgverleners dan de veertig jaren voordien. Ik heb er enkele opgesomd in mijn jaarverslag 2005⁶⁸: Namen, Brugge, Ronse, Edegem, Luik, Duffel, Veurne, Doornik en Boom. Gent en Oostende vullen nu het lijstje aan. Ik blijf herhalen, en advocaten en collegae met mij, dat Professor Dr. Wim DISTELMANS zich schromelijk vergist⁶⁹. Artsen hebben schrik gekregen van pijnbestrijding omdat de euthanasiewet hen veel meer dan ooit blootstelt aan rechtsvervolging. En bovendien leest de wetgeving niet als een stationsromannetje. Het hoeft dan ook niemand te verbazen dat familieleden, directies van rust- en verzorgingstehuizen, of anderen die het goed voor hebben met "hun" bejaarden, klachten indienen die er eigenlijk niet hadden hoeven te zijn. Maar eer die geseponeerd worden kan de arts een paar jaar de daver op het lijf worden gejaagd. De uitspraak van Meester Thierry VANSWEEVELT dat het "hellend vlak", waar menig opposant van de wet op euthanasie schrik voor heeft, een paniekargument is en dat na de euthanasiewet het aantal euthanasieverzoeken niet merkkelijk is gestegen, moet tegenover de cijfers worden gehouden⁷⁰. Vóór 2003 konden geen verzoeken worden ingediend. Als we 2003 als referentie nemen (= 100,0), dan nam over vijf jaar tijd het aantal euthanasieverzoeken in België toe met een factor 3,0, in Vlaanderen met een factor 2,95 en in het Franstalig landsgedeelte met een factor 3,23. We stellen ook vast dat van de in het totaal 2.606 verzoeken er 2.163 uitgingen van Vlamingen (83,0%) en 443 van Franstaligen (17,0%) (cfr. tabel 3).

⁶⁴ « Et maintenant, l'autre (faux) suspense: Yves Leterme ! ». Le Soir 20.11.2009.

⁶⁵ « Onkelinx: 'Faire du Van Rompuy sans Van Rompuy ». Belga, 20.11.2009.

⁶⁶ "De rechter en de beul". Monty, 3 tot 7 februari 2009.

⁶⁷ "Euthanasiearts Marc Cosyns speelt in toneelstuk over euthanasie: 'Ik ben mezelf zonder echt mezelf te zijn'." Het Nieuwsblad, 26.01.2009.

⁶⁸ "Van nu, besparingen zonder einde, en straks, soylent green?". Dr. M. Moens. VBS Jaarverslag 2005; 04.02.2006. Hoofdstuk III.6. Het euthanasiedebat: op naar Soylent Green?

⁶⁹ "Professor Wim Distelmans: 'Zonder wettelijke regeling hebben artsen angst voor pijnbestrijding'." De Morgen, 10.12.2009.

⁷⁰ "Ook Oostendse arts nu volledig vrijgesproken in 'euthanasiezaak'." Artsenkrant 11.12.2009.

Aantal euthanasieverzoeken 2003-2008

Jaar	Totaal		Vlamingen			Franstaligen		
	aantal	2003 = 100	aantal	% totaal	2003 = 100	aantal	% totaal	2003 = 100
2003	235	100,0	196	83,4	100,0	39	16,6	100,0
2004	349	148,5	304	87,1	155,1	45	12,9	115,4
2005	393	167,2	332	84,5	169,4	61	15,5	156,4
2006	429	182,6	340	79,3	173,5	89	20,7	228,2
2007	495	210,6	412	83,2	210,2	83	16,8	212,8
2008	705	300,0	579	82,1	295,0	126	17,9	323,1
Totaal	2.606	-	2.163	83,0	-	443	17,0	-

Bron: Federale evaluatie en controlecommissie inzake euthanasie

Tabel 3

Jean-Marie DE DECKER ziet geen graten in de euthanasie op psychiatrische patiënten, en kinderen⁷¹: *"Ik ben libertair. Euthanasie voor kinderen, voor psychiatrische patiënten – dat moet voor mij in principe kunnen."* Lang niet iedereen is het daar mee eens⁷². Het verklaart misschien ten dele waarom zijn partij, LDD, het bij artsen belabberd deed bij de peiling naar de kiesintenties bij de verkiezingen van 07.06.2009 (cfr. punt 3.2.1.) en dat ondanks het feit dat LDD-senator en collega, Lieve VAN ERMEN, een resolutie lanceerde in de Senaat om palliatieve dagcentra structureel te financieren⁷³.

Langzaam maar zeker evolueren we volgens professor Herman NYS, KULeuven, naar een toestand waarin euthanasie als "normaal" medisch handelen wordt beschouwd, waarop een patiënt recht heeft. "Daar is zelfs geen wetwijziging voor nodig. Een nauwelijks te controleren praktijk, en nu en dan een goed geregisseerde mediacampagne, volstaan" volgens Nys⁷⁴. En in dat soort campagnes is Vlaanderen sterk, of toch sommigen die er vlot bij de media geraken.

3.1.4. Kerk en Staat

Nog nooit in mijn overzicht verschenen, maar in 2009, begin 2010 komt plots de Kerk medisch-politiek of politiek tout court in de belangstelling. In maart 2009 leidt de Afrikareis van BENEDICTUS XVI tot het absolute bewijs dat de Belgische Senaat best zo snel als mogelijk moet worden afgeschaft⁷⁵, ⁷⁶. De artsen-senatoren Marleen TEMMERMAN (SP.A) en Patrik VAN KRUNKELSVEN [(ex) Open VLD] vonden het nodig de (vermeende) uitspraken van *"een religieuze wereldleider als zouden condooms de aidsepidemie stimuleren"* te bestempelen als een misdaad tegen de menselijkheid⁷⁷. Blijkbaar konden weinig andere items de Senaat boeien, hoewel de aanzwellende schulden en werkloosheid in België en de mondiale economische crisis toch niet van enig politiek belang gespeend zijn. Paus BENEDICTUS kreeg steun vanuit onverwachte hoek, want geboren criticaster, epidemioloog en spitse columnist Dr. Luc BONNEUX, steunde life op de Vlaamse Radio 1 d.d. 28.03.2009 in grote mate de stelling van de paus. Waarop een deel van BONNEUX' trouwe aanhang hem onmiddellijk in blogs en andere snel vergeten info verketterde.

Menigeen stelde zich vragen over de felle uitval van onze minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Laurette ONKELINX. Volgens haar is de opvolger van kardinaal Godfried DANNEELS, de Naamse, perfect tweetalige bisschop André-Mutien – ondertussen André-Joseph LEONARD, een gevaar voor het Belgisch compromis, dat gestoeld is op het principe

⁷¹ "Ik zou graag besturen zonder links". Interview met Jean-Marie Dedecker in Knack 04.02.2009.

⁷² "Psychiatrische patiënten". Voorwoord van Filip Ceulemans. De Huisarts, 19.02.2009.

⁷³ "Van Ermen lanceert resolutie palliatieve dagcentra". Artsenkrant, 03.07.2009.

⁷⁴ "Het Benelux experiment". De Huisarts, 09.04.2009.

⁷⁵ "Le pape et la capote : la dernière blague belge ?". Pierre Piccinin. Le Soir 07.04.2009.

⁷⁶ "Le Sénat veut aussi condamner le Pape". La Libre Belgique, 07.04.2009.

⁷⁷ "Senaat blijft bakkeleien over resolutie tegen condoom-uitspraken paus". De Standaard, 22.04.2009.

van neutraliteit. Volgens ONKELINX voerde kardinaal DANNEELS altijd een dialoog, maar ze vreest dat dit onder LEONARD niet zo zal zijn. LEONARD pareerde de scherpe kritiek van ONKELINX: "Als aartsbisschop ben ik zowat de 58^{ste} in de protocollaire rangorde van het land. Hoe kan ik een bedreiging vormen voor de stabiliteit van het land?"⁷⁸.

Een andere Mechelse stadsgenoot van ondergetekende, burgemeester en ex-Open VLD-voorzitter, Bart SOMERS, startte een einde 20^{ste}-eeuws oorlogje met de christelijke ziekenhuiszuil van Zorgnet Vlaanderen over abortus.

3.2. Politieke evenwichten in de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen

3.2.1. Werking

In 2008 hadden we bij verschillende gelegenheden laten verstaan dat de nog steeds relatief nieuwe ploeg op de FOD Volksgezondheid nog heel wat bij te leren had en dat de werking stroef verliep. Het jaar 2009 kende minder "bloopers", maar toch.

Plots wordt radioloog Dr. Rudi VAN DRIESSCHE als huisarts in de planningcommissie medisch aanbod benoemd en VAS voorzitter, Dr. Roland LEMYE, als specialist⁷⁹. Ze zijn al jarenlang in de juiste hoedanigheid in deze commissie actief. De vertalingen van (meestal origineel Franse) teksten in het Nederlands blijven nog steeds problematisch. Om een verslag, zelfs een uitnodiging te begrijpen, is het geraadzaam dat de Vlaming de originele Franse tekst er bij haalt om te kunnen begrijpen waar het precies over gaat. De "*oproep van Dr. X*" gaat eigenlijk over het "*in beroep gaan*" door Dr. X. tegen een bepaalde administratieve beslissing, in het Frans "un appel". Op die manier worden de werkzaamheden in de moeilijke materies die op het Directoraat-generaal I van de FOD Volksgezondheid worden behandeld er niet eenvoudiger op.

Decennialang bevatten de brieven met de vraag tot hernieuwing van mandaten in een erkenningscommissie voor geneesheren-specialisten van het "Ministerie van Volksgezondheid" en later van het Directoraat-generaal basisgezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid de volgende zin: "*Ik wijs U erop dat er **onverenigbaarheid** is tussen een mandaat van een erkenningscommissie en van de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en van huisartsen.*"

Volgens de huidige directeur-generaal van DG I, de Heer Michel VAN HOEGAERDEN, staat die onverenigbaarheid nergens beschreven in het basisbesluit van 21.04.1983. Het betreft volgens hem een foutieve lezing in illo tempore van één van zijn voorgangers. De reden lag nochtans voor de hand: als een kandidaat specialist in beroep gaat tegen een beslissing van zijn erkenningscommissie, moet hij dat aantekenen bij de Hoge Raad. Het is dus mogelijk dat zijn dossier opnieuw voor dezelfde "rechter" wordt behandeld. De Heer Xavier VAN CAUTER, coördinator Legal Management DG I, is echter van oordeel dat hieraan gemakkelijk een mouw kan worden gepast: indien dergelijke situatie zich zou voordoen, verlaat het betrokken lid van de erkenningscommissie de vergadering gedurende de bespreking van het dossier door de Hoge Raad, zetelend in beroep.

Sinds de wet van 20.07.1990 ter bevordering van de evenwichtige aanwezigheid van mannen en vrouwen⁸⁰ meldden die brieven ook dat er "*ten minste een derde vrouwen moeten zijn*". De foute redactie van deze zin is te verschonen, want er is inderdaad meestal een ondervertegenwoordiging van vrouwen in dergelijke raden. Maar in artikel 2bis § 1 van

⁷⁸ "Garçon verandert, soep blijft dezelfde". Het nieuwsblad, 19.01.2010.

⁷⁹ Koninklijk besluit van 28.09.2009 houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie-medisch aanbod (B.S. 09.10.2009; Ed. 2)

⁸⁰ Wet van 20.07.1991 ter bevordering van de evenwichtige aanwezigheid van mannen en vrouwen in organen met adviserende bevoegdheid (B.S. 09.10.1990).

de deze wet staat iets anders: *"Ten hoogste twee derden van de leden van een adviesorgaan is van hetzelfde geslacht. Dit quotum is afzonderlijk van toepassing op de effectieve leden, op de plaatsvervangende leden en op iedere structurele onderverdeling van het adviesorgaan, met uitzondering van tijdelijke werkgroepen."* Ons is één enkele situatie bekend waar de administratie haar brief volgde en niet de wet. Bij de herbenoeming in 2006 van de leden van de Franstalige Kamer van de erkenningscommissie voor pathologische anatomie stelden het VBS en de BVAS samen 5 dames en slechts 1 heer voor als kandidaten. Dat was wel in overeenstemming met de standaard uitnodigingsbrief die we van de administratie hadden ontvangen voor het indienen van de kandidaten, maar niet met de wet. Merkwaardigerwijze werd iedereen benoemd⁸¹. Klachten van zich gediscrimineerd voelende mannelijke pathologen bleven gelukkig uit.

Het is nu uitkijken geblazen wanneer de standaardbrief met de oproep tot een vervanging of benoeming van een lid van een erkenningscommissie aan deze bijgestelde inzichten zal gewijzigd worden. Sinds ons vorig jaarverslag troffen we geen briefwisseling meer aan waar bij verwijzing naar de bevoegde minister, mevrouw Laurette ONKELINX, over "monsieur le ministre" wordt gesproken⁸².

Het VBS werd gecontacteerd door ongeruste assistenten die in opleiding zijn (waren) bij een niet meer erkende stagemeester en ook door enkele van deze niet meer erkende stagemeesters, met de vraag hoe te remediëren aan hun individuele situatie. In die context vernamen we van Dr. Dirk CUYPERS, voorzitter van de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen en van de Heer Michel VAN HOEGAERDEN, directeur-generaal van DG I bij de FOD Volksgezondheid, dat er 746 dossiers werden ingediend sinds het begin van de campagne om de dossiers van stagemeesters en stagediensten bij te werken. Hoewel de erkenningen slechts voor vijf jaar geldig zijn was dergelijke updating sinds meer dan een decennium niet meer gebeurd. Op datum van het schriftelijk antwoord d.d. 09.11.2009 op onze vraag naar de stand van zaken waren er 429 goedgekeurd (57,5 %), waarvan 30 met een andere dan gevraagde beslissing, 65 dossiers kregen een negatief antwoord (8,7 %) en 252 waren nog in behandeling (33,8 %). Voorzitter CUYPERS deelt in dezelfde brief van 09.11.2009 ook mee dat een arts specialist in opleiding (ASO) die bij een niet (meer) erkende stagemeester stage loopt, een wijziging van stageplan moet indienen. *"Hiervoor zijn geen formele instructies nodig aangezien het hier de loutere toepassing van de Wet betreft"*. Jammer genoeg is de lijst met erkende stagemeesters (nog) niet beschikbaar, ook niet die met de 429 goedgekeurde dossiers.

Specialiseren krijgt voor de ASO's in deze overgangsfase de allure van Russische roulette. Zal ik binnen x jaar erkend worden, of zal ik y jaren extra moeten doen omdat noch mijn stagemeester noch ikzelf op de hoogte waren van de niet-erkenning? Voor sommige van de 65 negatief beantwoorde dossiers worden "oplossingen" uitgewerkt die niet tegen het licht van de in voege zijnde wetgeving bestand zijn. Sommige instellingen spelen kwistig met het begrip "rotatiestage". Ze zoeken een universitair ziekenhuis dat bereid is voor de desbetreffende discipline als stagemeester op te treden. De regelgeving stelt nochtans duidelijk dat rotatiestages slechts mogelijk zijn bij erkende stagemeesters. Bij de Russische roulette wordt dus ook nog met vuur gespeeld.

3.2.2. Oncologie

Het enige lichtpuntje in deze aanslepende treurmars gecomponeerd door het mini ensemble koperblazers van medisch oncologische stijfkoppen, was de aankondiging in de vergadering

⁸¹ Ministerieel besluit van 04.09.2006 houdende benoeming van de leden van de erkenningscommissie van geneesheren-specialisten in de Pathologische anatomie (B.S. 27.09.2006; Ed. 1).

⁸² VBS jaarverslag 2008 "Rien ne va plus". Punt III.3.4 Euthanasieregistratie als dienst met toegevoegde waarde, blz. 17-18. 2008

van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen d.d. 21.01.2010 dat voor de kandidaten die de bijkomende beroepsbekwaamheid in pediatrie hematologie en oncologie willen verwerven de erkenningscommissie pediatrie bevoegd is. Tot op heden heeft geen enkele kinderarts deze bijkomende bekwaming kunnen verwerven. Het desbetreffende ministerieel besluit is ondertussen al tweeënhalve jaar oud⁸³. Ondertussen werden 111 "ware" medisch oncologen door minister ONKELINX erkend⁸⁴. Om RIZIV-technische redenen hebben ze nog geen specifiek erkenningsnummer. Zij werken nog steeds onder het RIZIV erkenningsnummer eindigend op 580.

Het in deze affaire symfonisch samenspelend orkest van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen was unaniem van oordeel dat de toekenning van de bijkomende bekwaming "in de oncologie" moet toegekend worden door de erkenningscommissie van de betrokken basisdiscipline. Hij besprak tevens een reeks ontwerpen van ministeriële besluiten om aan bepaalde "orgaan"-specialisten (gynaecologen, urologen, pneumologen en gastro-enterologen) en aan de chirurgen een bijkomende bekwaming "in de oncologie" toe te kennen. Minister ONKELINX en haar medisch oncoloog en raadgever, Prof. Dr. Dominique DE VALERIOLA, waren niet gehaast, maar net bij het afsluiten van de redactie van dit rapport (03.02.2010) verschenen het ministerieel besluit voor de gastro-enterologen⁸⁵ en dat voor de pneumologen⁸⁶. Hopelijk volgen de overige drie nu snel. Over de bijkomende bekwaming in de oncologie bestemd voor nog 7 andere basisberoepstitels, is het debat nog niet rond in de Hoge Raad.

En dat allemaal omdat de medisch oncologen het monopolie dat ze hebben op het voorschrijven van antitumorale geneesmiddelen, manu militari willen behouden⁸⁷. Daar wordt geen patiënt beter van. Een bezorgde CD&V volksvertegenwoordiger, Luc GOUTRY, werd door minister ONKELINX met een kluitje in het riet gestuurd toen hij kritische geluiden liet horen in zijn parlementaire vraag (nr. 13568) over het uitblijven van een adequate erkenningscommissie oncologie⁸⁸. Ik vrees dat de paar duizend "niet-medisch" oncologen zullen moeten geduld oefenen tot er een regeringswissel komt met een minister van Volksgezondheid die andere ideeën, of andere raadgevers heeft dan degene die vandaag het mooie weer uitmaken. Of tot de laatste van de 111 erkende medisch oncologen in de touwen hangt door een "burn-out" zodat de minister dat minderwaardig soort artsen met een bijkomende bekwaming in de oncologie moet inschakelen om de Belgische patiënten te verzorgen. Oncoloog blijkt volgens het Cédric Hèle Instituut⁸⁹ en zijn voorzitter, Prof. Dr. Wim DISTELMANS, immers een risicoberoep voor burn-out⁹⁰. Tenzij je quasi fulltime cabinetard en / of lobbyist bent natuurlijk.

Ondanks het afwijzende KCE-rapport over de Hadrontherapie⁹¹ werden de leden van het RIZIV Verzekeringscomité plots door minister ONKELINX verzocht om een delegatie aan te duiden die zich opnieuw over het prestigieuze Hadronproject zou buigen. Enigszins verbaasd over die vraag, bekeek de werkgroep, waaronder ondergetekende, welke nieuwe gegevens

⁸³ Ministerieel besluit van 14.05.2007 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrie hematologie en oncologie (B.S. 06.06.2007; Ed. 1).

⁸⁴ "Eerste lichting van 111 medisch oncologen erkend". Artsenkrant 22.01.2010.

⁸⁵ Ministerieel besluit van 29.01.2010 tot vaststelling van de bijkomende erkenningscriteria voor kandidaten, stagemeeesters en stagediensten voor de beroepsbekwaamheid in de oncologie specifiek voor geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de gastro-enterologie (B.S. 03.02.2010; Ed. 2)

⁸⁶ Ministerieel besluit van 29.01.2010 tot vaststelling van de bijkomende erkenningscriteria voor kandidaten, stagemeeesters en stagediensten voor de beroepstitelbekwaamheid in de oncologie specifiek voor geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de pneumologie (B.S. 03.02.2010; Ed.2)

⁸⁷ "Medisch oncologen 'vernederen' gereputeerde specialisten". Artsenkrant, 03.02.2009.

⁸⁸ CRABV:52 COM 595, Kamer van Volksvertegenwoordigers. 16.06.2009 Namiddagzitting. Vraag nr. 13568.

⁸⁹ Het Cédric Hèle instituut is een Vlaams instituut voor psychosociale oncologie dat zich tot alle professionelen richt die actief zijn in de zorg voor kanker.

⁹⁰ "Oncoloog: risicoberoep voor burn-out". Trends voor specialisten. 24.03.2009.

⁹¹ "Hadrontherapie". KCE reports 67A. 13/11/2007.

sinds de KCE-studie uit 2007 eventueel bekend raakten. Op 08.07.2009 werd vastgesteld dat geen enkel nieuw argument voorhanden was om deze extreem dure apparatuur voor de behandeling van zeldzame tumoren in ons land ten laste van de ziekteverzekering te leggen. Tenzij de maatschappij een prijs van € 80.000 per QUALY⁹² zou aanvaarden⁹³, quod non in België. De stichting Belgisch Hadron Therapie Centrum (BHTC) zoekt actief naar een investeringsbedrag van € 159 miljoen en een jaarlijkse RIZIV tussenkomst van 22,2 miljoen, wat veel hoger is dan de huidige vergoeding om de zeldzame patiënten in het buitenland te laten behandelen.

De werkgroep kon slechts de conclusie van het KCE-rapport herhalen: "*Gegeven de huidige afwezigheid van voldoende betrouwbare wetenschappelijke bewijzen voor de klinische doeltreffendheid, is het moeilijk te verantwoorden om de investering in een Belgisch centrum ten laste te brengen van de ziekteverzekering. Desalniettemin kan omwille van redenen van stimuleren van biomedisch onderzoek, innovatie en ondersteuning van lokale industriële partners een investering in de ontwikkeling van een veelbelovende technologie overwogen worden. Hiervoor dienen dan aangepaste financiële bronnen te worden aangesproken.*"

Laurette ONKELINX kreeg een onverwachte medestander van diepblauwe origine. Na de aandacht die de radiotherapeuten in de media kregen omdat ze een mediafiguur als oud-Kamervoorzitter en Open VLD coryfee Herman DECROO – ook op zon- en feestdagen volgens betrokkene – moesten bestralen wegens (een ondertussen genezen) stembandkanker⁹⁴, steunt DECROO voluit de bouw van het, volgens senator Dr. Louis IDE, megalomane en handenvol geld kostende project⁹⁵.

Gynaecologen en huisartsen dienen vanaf 01.07.2009 hun screening op cervixkanker anders te organiseren. Vanaf die datum wordt het cytologisch onderzoek en het afnemen van een cervico-vaginaal uitstrijkje voor cytologisch onderzoek nog maar eens per twee jaar door het RIZIV terugbetaald⁹⁶. Na zeven jaar discussiëren werd de termijn van twee jaar een typisch Belgisch compromis, want in vele landen wordt de screening pas om de drie jaar georganiseerd en vergoed. In Finland zelfs maar eens om de zeven jaar, maar dan wel op een streng verplichte manier en met zware sancties voor de vrouwen die er niet aan deelnemen. De besparing die er voor het RIZIV uit resulteerde liet toe om ook de humaan papilloma virus (HPV) -detectie voor terugbetaling op te nemen in de nomenclatuur en enkele andere terechte en nodige opwaarderingen van sommige prestaties van de patholoog anatomen.

3.3. Griep

Post factum beschouwd heet het dat in 2009 er blijkbaar verwarring heerste over de omschrijving van "pandemie". Tenminste dat zeggen medewerkers van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) op de recente aantijgingen dat er collusie zou zijn tussen de farmaceutische industrie en de WGO.

België bestelde, dankzij Prof. Dr. Marc VAN RANST, sinds 1 mei 2007 door de regering benoemd tot Interministerieel Commissaris om België voor te bereiden op een grieppandemie, en als "griepcommissaris" niet uit de media van 2009 weg te denken, "slechts" 12,6 miljoen dosissen in plaats van 21,2 miljoen, het aantal dat nodig zou zijn geweest om alle burgers tweemaal te vaccineren zoals sommige Europese landen hadden beslist. Het leverde de staatskas een besparing van +/- € 71 miljoen op. Op 17.01.2010 onderhandelde GSK en minister Laurette ONKELINX trouwens dat een derde van de bestelde dosissen niet zal geleverd worden, goed voor een bedrag van € 33 miljoen⁹⁷.

⁹² Quality Adjusted Life Years: (de kosten per) gewonnen gezond levensjaar.

⁹³ "Nut van hadrontherapie niet bewezen". Artsenkrant, 06.03.2009.

⁹⁴ "Kankerspecialisten strijden tegen kantooreuren". De Standaard, 13.08.2009.

⁹⁵ "Hadroncentrum moet er komen". Artsenkrant 08.12.2009.

⁹⁶ "Uitstrijkjes vergden 7 jaar voorbereiding". Artsenkrant 12.06.2009.

⁹⁷ "Allemaal gefopt. Er was helemaal geen pandemie". Nathalie Carpentier. De Morgen, 18.01.2010.

Dr. Wolfgang WODARG, een Duits arts-epidemioloog, beweert begin 2010 dat er geen speciaal vaccin nodig was in 2009 en dat veel burgers slimmer waren dan hun regering door zich niet te laten vaccineren. In Frankrijk werden slechts 6 miljoen dosissen toegediend terwijl er 90 miljoen besteld waren. Of dat te wijten was aan de gigantische debacle bij de organisatie van de Franse vaccinatiedebat waarbij – in tegenstelling tot de correcte Belgische aanpak – de huisartsen eerst werden miskend, dan wel aan het epidemiologische inzicht van Jean(ne) FRANCAIS(E) in de ernst en de verspreiding van het A/H1N1 griepvirus, zal wel een mysterie blijven. Ondertussen beschuldigt Dr. WODARG de WGO er zonder meer van regeringen te hebben aangespoord om massaal vaccins te bestellen door nodeloos fase 6, de pandemie in te luiden⁹⁸.

Daarmee vergeleken waren de schermutselingen tussen ondergetekende en griepcommissaris Marc VAN RANST over het registreren van wie er werd gevaccineerd maar een onderonsje over het verschil in gevoel van humor. Ons principiële standpunt is dat het registreren van de gegevens van de gevaccineerden – die voor +/- 85 % behoren tot een risicopopulatie – in een databank van de FOD Volksgezondheid, een nodeloze schending van het beroepsgeheim is. Drie maanden later blijft die mening meer dan ooit overeind. De blitzkrieg wetgeving⁹⁹ en de uitvoerende besluiten¹⁰⁰ die ermee gepaard gingen waren een schoolvoorbeeld van overkill. Op 3 november 2009 publiceerde het Belgisch Staatsblad een Koninklijk besluit dat de datum van het uitbreken van de griep vaststelde op 29 april 2009¹⁰¹ terwijl de wereldgezondheidsorganisatie sinds 11 juni 2009 de Mexicaanse griep een pandemie noemde. Het debat over het al dan niet registreren deed me onwillekeurig denken aan het beruchte wetenschappelijke experiment over de invloed van straf bij een geheugenstudie van Stanley MILGRAM uit 1961¹⁰², dat elke bachelor student sociologie en psychologie te verwerken krijgt. Tegen de betaling van \$ 4,50 voor een experiment van één uur gehoorzaamden proefpersonen – doorsnee burgers, met en zonder diploma's – blindelings een gezaghebbende onderzoeker. De proefpersonen dienden (gesimuleerde) elektrische stroomstoten uit aan een "student", in realiteit een in deze studiesetting getraind acteur, die alsmar luider kermde en smeekte om op te houden. Hoewel de proefpersonen zelf eerst een proefstroomstoot kregen van 45 volt als "referentiegewaarwording" gingen sommigen door met stroomstoten tot zelfs 450 volt, ondanks het feit dat de "student" klaagde van hartproblemen en tenslotte simuleerde dat hij in shock ging. Als een Overheid maar genoeg aandringt, is de burger tot veel in staat. Elke nieuw benoemde regering zou moeten gewaarschuwd worden voor hun beslissingen mits de verplichte literatuur van een bloemlezing van MILGRAM's bevindingen.

Ondanks alle mooie beloften dat het eHealth platform een voor de artsen vrijblijvend te gebruiken instrument zou zijn, verplichtte de Overheid de artsen toch om het te gebruiken voor de griepvaccinatie, om zo het register van de FOD Volksgezondheid van (gevoelige) informatie te voorzien. In de raad van bestuur van het eHealth platform d.d. 08.11.2009 heb ik deze verplichting een pad in de korf genoemd van de ontwikkeling van het gebruik van eHealth als betrouwbare gegevensuitwisselaar.

⁹⁸ "Grippe A/H1N1. Des soupçons qui pèsent de plus en plus lourd." La Libre Belgique, 12.01.2010.

⁹⁹ Wet van 16.10.2009 die machtigingen verleent aan de Koning in geval van een griep-epidemie of –pandemie (B.S. 21.10.2009; Ed 2)

¹⁰⁰ Koninklijk besluit van 03.11.2009 houdende oprichting van een federale gegevensbank betreffende de vaccinaties met het anti-A/H1N1-griepvirusvaccin (B.S. 09.11.2009; Ed. 1)

¹⁰¹ Koninklijk besluit van 28.10.2009 tot vaststelling van de datum van het uitbreken van een griep-epidemie of -pandemie, in uitvoering van artikel 2, § 2, van de wet van 16 oktober 2009 die machtigingen verleent aan de Koning in geval van griep-epidemie of –pandemie (B.S. 03.11.2009; Ed. 2)

¹⁰² "Behavioural Study of Obedience". Milgram, Stanley. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1963, 67: 371–378.

3.4. Numerus clausus

Op 02.10.2009 vroegen we aan Dr. Dirk CUYPERS, voorzitter van de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen welke de richtlijnen zijn met betrekking tot de indiening van dossiers van geneesheren-specialisten die tijdens hun opleiding in één van de Europese lidstaten hun stageplan wensen te vervolledigen met een stage in één van de erkende Belgische stagediensten onder leiding van een erkend stagemeester.

Zijn antwoord van 09.11.2009 is ontmoedigend voor Belgische artsen die vruchteloos een stageplaats zoeken om te kunnen specialiseren: *"Ik wil er U op wijzen dat deze studenten (sic!) niet gebonden zijn aan de Belgische bepalingen betreffende de erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, maar aan hun eigen nationale wetgeving. De Hoge Raad is er dan ook niet toe gemachtigd om voor hen richtlijnen op te stellen. Enkel hun recht om een praktijk uit te oefenen is in België op dezelfde wijze gereguleerd als voor alle artsen met een in een land van de Europese Unie uitgereikt diploma"*.

De MaNaMa gedachte, die volwassen mannen en vrouwen na zeven jaar universitaire studies in de geneeskunde, maar slechts met een professionele 000 kwalificatie vanwege het RIZIV, reduceert tot studenten, is blijkbaar ook in de gremia van de FOD Volksgezondheid binnengeslopen. "Student", desnoods tot hun 35^{ste} voor de kandidaat die specialist in de stomatologie¹⁰³ wil worden. Deze specialisatie vergt immers een master algemeen tandarts¹⁰⁴ en een bijkomende bekwaming in de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie¹⁰⁵ die men binnenkort via een MaNaMa zal moeten verwerven, mits inschrijving aan een universiteit.

In die context is het interessant te weten hoeveel eigen en hoeveel buitenlandse artsen beroepsactief zijn in ons land en hoeveel artsen in België in opleiding zijn. Een (gedeeltelijk) overzicht met de beroepsactieve artsen die ik sinds 1997 verzamel uit de tabellen die het RIZIV maandelijks ter beschikking stelt van de leden van de accrediteringsstuurgroep en die ik jaarlijks gebruik in mijn VBS jaarverslag vindt u in tabel 3.4./1.

¹⁰³ Artikel 1 van het 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. 13.03.1992).

¹⁰⁴ Artikel 3, ibidem.

¹⁰⁵ Artikel 2, ibidem.

Aantal en verdeling volgens geslacht van de erkende artsen (01.01.2008)

♀	Specialisme	Totaal	Vrouwen	
			Aantal	% totaal
1	Kinder- en jeugdpsychiatrie	169	121	71,6
2	Dermato-venereologie	721	468	64,9
3	Oftalmologie	1.104	609	55,2
4	Pediatrie	1.574	865	55,0
5	Radiotherapie	199	105	52,8
6	Geriatric	134	69	51,5
7	Arbeidsgeneeskunde	971	484	49,8
8	Pathologische anatomie	339	167	49,3
9	Neurologie	285	127	44,6
10	Psychiatrie	1.009	439	43,5
11	Klinische biologie	752	313	41,6
12	Fysische geneeskunde	509	201	39,5
13	Gynaecologie-verloskunde	1.430	559	39,1
14	Reumatologie	245	91	37,1
15	Anesthesiologie	1.992	728	36,5
16	Acute geneeskunde	151	55	36,4
17	Beheer van gezondheidsgegevens	57	20	35,1
18	ORL	656	225	34,3
19	Volwassenenpsychiatrie	487	167	34,3
20	Pneumologie	418	120	28,7
21	Nucleaire geneeskunde	327	91	27,8
22	Inwendige geneeskunde	2.017	560	27,8
23	Radiologie	1.596	384	24,1
24	Neuropsychiatrie	481	112	23,3
25	Gastro-enterologie	533	124	23,3
26	Plastische chirurgie	206	46	22,3
27	Stomatologie	323	66	20,4
28	Gerechtelijke geneeskunde	36	7	19,4
29	Cardiologie	988	171	17,3
30	Chirurgie	1.606	207	12,9
31	Neurochirurgie	174	18	10,3
32	Orthopedie	1.002	69	6,9
33	Urologie	399	27	6,8
	Subtotaal	22.890	7.815	34,1
20<HA<19	Huisarts	14.519	4.610	31,8
	Totaal	37.109	12.425	33,2

Bron: FOD Volksgezondheid

Tabel 3.4/01

Aantal en verdeling volgens geslacht – artsen in beroepsopleiding (01.01.2008)

♀	Specialisme	Totaal	Vrouwen	
			Aantal	% totaal
1	Dermato-venereologie	57	55	96,5
2	Kinder- en jeugdpsychiatrie	68	57	83,8
3	Pediatrie	251	207	82,5
4	Gynaecologie-verloskunde	182	144	79,1
5	Pneumologie	63	49	77,8
6	Arbeidsgeneeskunde	83	63	75,9
7	Geriatric	30	22	73,3
8	Volwassenenpsychiatrie	102	74	72,5
9	Oftalmologie	88	62	70,5
10	Nucleaire geneeskunde	34	23	67,6
11	Medische oncologie	6	4	66,7
12	Inwendige geneeskunde	434	284	65,4
13	Psychiatrie	109	68	62,4
14	Radiotherapie	57	35	61,4
15	Reumatologie	18	11	61,1
16	ORL	72	44	61,1
17	Gastro-enterologie	68	40	58,8
18	Neurologie	95	55	57,9
19	Pathologische anatomie	40	23	57,5
20	Fysische geneeskunde	55	31	56,4
21	Klinische biologie	50	28	56,0
22	Acute geneeskunde	25	12	48,0
23	Anesthesiologie	370	171	46,2
24	Stomatologie	40	17	42,5
25	Chirurgie	258	105	40,7
27	Radiologie	165	57	34,5
28	Urologie	59	20	33,9
29	Cardiologie	127	42	33,1
30	Plastische chirurgie	44	12	27,3
31	Orthopedie	139	28	20,1
32	Gerechtelijke geneeskunde	5	1	20,0
33	Neurochirurgie	32	2	6,3
	Subtotaal	3.273	1.869	57,1
20<HA<19	Huisarts	510	331	64,9
	Totaal	3.783	2.200	58,2

Bron: FOD Volksgezondheid

Tabel 3.4 /02

Aantal artsen volgens opleiding en geslacht (01.01.2008)

	Totaal aantal	Vrouwen	
		Aantal	% totaal
Erkende specialisten	22.890	7.815	34,1
ASO's	3.273	1.869	57,1
Subtotaal specialisten	26.163	9.684	37,0
Erkende huisartsen	14.519	4.610	31,8
HAIO's	510	331	64,9
Subtotaal huisartsen	15.029	4.941	32,9
Algemeen totaal	41.192	14.625	35,5

Bron FOD Volksgezondheid

Tabel 3.4 /03

	01.02.1997	01.02.1999	01.02.2000	01.02.2002	01.02.2004	01.02.2006	01.02.2008	01.02.2010	Toename 1997-2010	Toename in %
Artsen 000-002		⁽²⁾ 4.324	3.690	3.809	3.606	2.340	2.290	2.431	⁽⁴⁾ -1259	⁽⁴⁾ -34,20
Huisartsen 003-004		⁽³⁾ 13.025	13.252	13.640	13.953	14.162	14.205	14.155	⁽⁴⁾ -903	⁽⁴⁾ -68,14
Huisartsen 005-006			747	753	718	671	526	554	⁽⁴⁾ -193	⁽⁴⁾ -25,84
Huisartsen 007-008/009 ⁽¹⁾			3	3	2	976	878	801	⁽⁴⁾ +798	⁽⁴⁾ +26,600
TOTAAL	16.785	17.349	17.692	18.205	18.279	18.149	17.899	17.941	+1.156	6,89%
Geneesheren-specialisten in opleiding (GSO)		3.450	3.404	3.383	3.698	3.635	3.465	3.325	⁽⁴⁾ -79	⁽⁴⁾ -2,32%
Actieve geneesheren-specialisten										
1 Psychiatrie	257	370	409	527	656	1.569	1.679	1.773	+1.516	589,88%
2 Neurologie	90	122	140	168	208	256	293	339	+249	276,67%
3 Pneumologie	203	256	268	306	340	392	424	452	+249	122,66%
4 Gastro-enterologie	288	333	345	388	422	482	529	627	+339	117,71%
5 Plastische chirurgie	145	160	165	182	195	215	232	249	+104	71,72%
6 Cardiologie	614	673	725	791	839	901	998	1.053	+439	71,50%
7 Radiotherapie	118	132	136	142	155	170	182	202	+84	71,19%
8 Neurochirurgie	116	117	124	138	153	170	186	198	+82	70,69%
9 Anesthesie	1.259	1.374	1.436	1.562	1.693	1.848	1.990	2.099	+840	66,72%
10 Pathologische anatomie	214	241	242	262	278	296	318	324	+110	51,40%
11 Pediatrie	1.141	1.204	1.247	1.320	1.374	1.443	1.531	1.605	+464	40,67%
12 Orthopedie	751	799	808	857	913	952	987	1.029	+278	37,02%
13 Urologie	296	308	318	342	355	368	384	395	+99	33,45%
14 Fysische geneeskunde en fysiotherapie	378	399	410	431	443	472	492	504	+126	33,33%
15 Dermato-venerologie	547	577	598	622	644	676	704	722	+175	31,99%
16 Gynaecologie-verloskunde	1.127	1.186	1.198	1.255	1.311	1.350	1.421	1.480	+353	31,32%
17 O.R.L.	520	540	548	567	591	612	638	662	+142	27,31%
18 Radiologie	1.324	1.369	1.386	1.434	1.469	1.523	1.588	1.636	+312	23,56%
19 Reumatologie	207	256	229	238	253	255	254	255	+48	23,19%
20 Oftalmologie	896	922	932	964	994	1.021	1.064	1.085	+189	21,09%
21 Chirurgie	1.315	1.354	1.376	1.423	1.471	1.513	1.549	1.582	+267	20,30%
22 Nucleaire geneeskunde	277	289	291	304	317	319	319	326	+49	17,69%
23 Stomatologie	281	296	294	301	304	302	305	321	+40	14,23%
24 Inwendige geneeskunde	1.927	1.924	1.923	1.966	2.038	2.078	2.086	2.104	+177	9,19%
25 Klinische biologie	683	687	691	697	711	711	702	699	+16	2,34%
26 Neuropsychiatrie	1.440	1.419	1.399	1.378	1.335	477	441	409	-1.031	-71,60%
Acute geneeskunde	-	-	-	-	-	-	158	261		
Geriatric	-	-	-	-	-	-	1	2		
Urgentiegeneeskunde	-	-	-	-	-	-	0	9		
TOTAAL SPECIALISTEN	16.414	17.273	17.638	18.565	19.462	20.371	21.455	22.407	5.993	36,51%
TOTAAL SPECIALISTEN + GSO		20.723	21.042	21.948	23.160	24.006	24.920	25.732	⁽⁵⁾ 5.009	⁽⁵⁾ 24,17%
ALGEMEEN TOTAAL		38.072	38.734	40.153	41.439	42.155	42.819	43.673	⁽⁵⁾ 5.601	⁽⁵⁾ 14,71%

⁽¹⁾ tot 2002: 007-008, vanaf 2004: 007-009

⁽²⁾ inclusief enkele 001-005-006

⁽³⁾ inclusief enkele 007-008-009

⁽⁴⁾ 2000-2010

⁽⁵⁾ 1999-2010

Tabel 3.4/1

Bij de huisartsen valt de belangrijke vermindering op van het aantal Hibo's (huisartsen in beroepsopleiding, nu Haio's, huisartsen in opleiding): van 747 in 2000 naar 554 in 2010 of -25,84 %.

Door het effect van de instroombeperking daalt tezelfdertijd ook het aantal artsen specialisten in opleiding, maar slechts zeer beperkt: van 3.404 in 2000 naar 3.325 in 2010 (-2,32%). Na de eerste effecten van de invoering van het ingangsexamen in Vlaanderen in 1997 en van het KB op de contingentering van 30.05.2002¹⁰⁶ steeg het aantal ASO's lichtjes in de periode 2004 (3.698) tot 2006 (3.635), maar begon het vanaf 2007 (3.606, niet opgenomen in tabel) achteruit te lopen.

Bij de specialisten zijn de meest in het oog springende wijzigingen het gevolg van de splitsing van het oude specialisme "neuropsychiatrie" in psychiatrie en neurologie¹⁰⁷. Ook de verdere subspecialisatie binnen de interne geneeskunde valt op: pneumologie + 122,66 % gastro-enterologie + 117,71 %, cardiologie + 71,5 %. Bij de snijdende disciplines is plastische chirurgie (+ 71,72 %) over de voorbije 10 jaar tweemaal sneller gestegen dan zijn naaste concurrenten orthopedie (+ 37,02 %) en urologie (+ 33,45 %).

Opmerkelijk is de relatieve achteruitgang van het aantal artsen klinisch biologen: terwijl het totale aantal specialisten met 36,51 % is gestegen, kenden zij slechts een groei met 2,34 %. Misschien zal daar op termijn een kentering in komen wanneer de verplichting in voege treedt (vanaf 13.01.2011) dat elk klinisch laboratorium minstens één arts klinisch bioloog in zijn staf moet hebben¹⁰⁸.

Uit het antwoord op een parlementaire vraag over het aantal buitenlandse artsen actief in België, gesteld door LDD-senator, dokter Dr. Lieve VAN ERMEN¹⁰⁹ halen we nuttige informatie die we in de tabellen 3.4/2, 3.4/2 bis en 3.4/3 weergeven.

¹⁰⁶ Koninklijk besluit van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002; Ed 1)

¹⁰⁷ Koninklijk besluit van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheekunde. (B.S. 14.03.1992)

¹⁰⁸ Koninklijk besluit van 10.12.2009 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort (B.S. 13.01.2010).

¹⁰⁹ Schriftelijke vraag nr. 4-5225 van Lieve Van Ermen (LDD) aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie; Senaat, 07.12.2009.

Aantal buitenlandse artsen ingeschreven bij het RIZIV tussen 2000 en eind 2009

Nr.	Land	Aantal	Nr.	Land	Aantal	Nr.	Land	Aantal
1	Nederland	452	21	Canada	5	"	Suriname	2
2	Frankrijk	451	"	VSA	5	42	Cyprus	1
3	Duitsland	126	"	Argentinië	5	"	Hongarije	1
4	Italië	114	24	Roemenië	4	"	Servië	1
5	Spanje	77	"	Slovakije	4	"	Rusland	1
6	Luxemburg	62	"	Mauritius	4	"	Burundi	1
7	Kameroen	54	"	Tunesië	4	"	Volksrepubliek Congo	1
8	Griekenland	53	28	Bulgarije	3	"	Burkina Faso	1
9	Dem. republ. Congo	32	"	Finland	3	"	Gabon	1
10	Groot-Brittannië	22	"	Ierland	3	"	Guinea	1
11	Zuid-Afrika	20	"	Litouwen	3	"	Togo	1
12	Portugal	14	"	Indonesië	3	"	Algerije	1
13	Polen	11	"	Israël	3	"	Cuba	1
14	Iran	10	"	Turkije	3	"	Brazilië	1
15	Oostenrijk	9	"	Haïti	3	"	Chili	1
"	Libanon	9	36	Denemarken	2	"	Colombia	1
17	Zweden	7	"	Irak	2	"	Australië	1
"	Marokko	7	"	Benin	2	58	Onbepaald	43
19	Zwitserland	6	"	Angola	2		TOTAAL	1.668
"	Tsjechië	6	"	Egypte	2			

Tabel 3.4/2

Aantal buitenlandse artsen specialist in opleiding ingeschreven bij het RIZIV van 2000 tot eind 2009

Artsen		
1	Geneesheer-specialist in opleiding voor anesthesie-reanimatie	57
2	Geneesheer-specialist in opleiding voor heelkunde	41
3	Geneesheer-specialist in opleiding voor inwendige geneeskunde	34
4	Geneesheer-specialist in opleiding voor psychiatrie	25
5	Geneesheer-specialist in opleiding voor pediatrie	24
6	Geneesheer-specialist in opleiding voor röntgendiagnose	19
7	Geneesheer-specialist in opleiding voor orthopedische heelkunde	18
8	Geneesheer-specialist in opleiding voor gynaecologie-verloskunde	12
9	Geneesheer-specialist in opleiding voor cardiologie	11
10	Geneesheer-specialist in opleiding voor neurochirurgie	9
11	Geneesheer-specialist in opleiding voor urologie	6
12	Geneesheer-specialist in opleiding voor neurologie	5
13	Geneesheer-specialist in opleiding voor otorhinolaryngologie	4
	Geneesheer-specialist in opleiding voor pneumologie	4
15	Geneesheer-specialist in opleiding voor gastro-enterologie	3
	Geneesheer-specialist in opleiding voor klinische biologie	3
	Geneesheer-specialist in opleiding voor plastische heelkunde	3
	Geneesheer-specialist in opleiding voor reumatologie	3
19	Geneesheer-specialist in opleiding voor geriatrie	2
	Geneesheer-specialist in opleiding voor stomatologie	2
	Geneesheer-specialist in opleiding voor dermato-venerologie	2
	Geneesheer-specialist in opleiding voor acute geneeskunde	2
23	Geneesheer-specialist in opleiding voor oftalmologie	1
	Geneesheer-specialist in opleiding voor fysische geneeskunde en revalidatie	1
	Geneesheer-specialist in opleiding voor pathologische anatomie	1
	Geneesheer-specialist in opleiding voor radiotherapie	1
	Geneesheer-specialist in opleiding voor nucleaire geneeskunde	1
	Totaal artsen specialisten in opleiding	294

Tabel 3.4./2 bis

Aantal erkende buitenlandse artsen ingeschreven bij het RIZIV van 2000 tot eind 2009

Artsen		
1	Geneesheer ingeschreven tussen 01/01/1995 en 31/12/2004	301
2	Huisarts	274
3	Geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie	169
4	Geneesheer-specialist in de psychiatrie	64
5	Geneesheer-specialist in de heelkunde	63
6	Geneesheer-specialist in de pediatrie	62
7	Geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde	57
8	Geneesheer-specialist in de gynaecologie-verloskunde	47
9	Geneesheer-specialist in de röntgendiagnose	42
10	Geneesheer ingeschreven na 31/12/2004	34
11	Geneesheer-specialist in de cardiologie	26
	Geneesheer-specialist in de oftalmologie	26
13	Geneesheer-specialist in de orthopedische heelkunde	21
14	Geneesheer-specialist in de neurologie	17
15	Geneesheer-specialist in de neurochirurgie	16
16	Geneesheer-specialist in de gastro-enterologie	15
17	Geneesheer-specialist in de plastische heelkunde	14
18	Geneesheer-specialist in de pneumologie	12
19	Geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie	11
20	Geneesheer-specialist in de dermato-venerologie	9
	Geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en in de geriatrie	9
	Geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en in de endocrino-diabetologie	9
	Geneesheer-specialist in de acute geneeskunde	9
	Geneesheer-specialist in de pathologische anatomie	9
25	Geneesheer-specialist in de urologie	8
	Geneesheer-specialist in de radiotherapie	8
27	Geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie	7
	Geneesheer-specialist in de klinische biologie	7
29	Geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie en in de urgentiegeneeskunde	5
	Geneesheer-specialist in de stomatologie	5
31	Geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie en in de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten	3
	Geneesheer-specialist in de nucleaire geneeskunde	3
33	Geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie en in de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten	2
	Geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en in de urgentiegeneeskunde	2
	Geneesheer-specialist in de pediatrie en in de urgentiegeneeskunde	2
	Geneesheer-specialist in de neurologie en in de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten	2
	Geneesheer-specialist in de reumatologie	2
38	Geneesheer-specialist in de heelkunde en in de urgentiegeneeskunde	1
	Geneesheer-specialist in de pediatrie en in de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten	1
	Totaal erkende artsen	1.374

Tabel 3.4/3

Totaal buitenlandse artsen specialisten in opleiding (tabel 3.4/2 bis):	294
Totaal buitenlandse erkende artsen (tabel 3.4/3):	1.374
Algemeen totaal buitenlandse artsen	1.668

Nederlandse (452) en Franse (451) collegae maken samen ruim de helft (54,1 %) uit van het aantal erkende buitenlandse artsen die het RIZIV heeft ingeschreven. De anesthesisten zijn zowel bij de artsen specialisten in opleiding (57 / 294 of 19,4 %) als bij de erkende specialisten (301 / 1.374 of 21,9 %) de belangrijkste groep buitenlanders.

Opmerkelijk is dat we slechts 4 Roemenen in de RIZIV tabellen aantreffen, terwijl uit een antwoord op een andere vraag van senator Dr. Lieve VAN ERMEN¹¹⁰ blijkt dat in 2007 er 123 Roemeense artsen toegang hebben gevraagd tot het uitoefenen van de geneeskunde (op 428 aanvragen voor toegang tot het uitoefenen van de geneeskunde in België van Europese en niet-Europese ingezetenen) en dat in 2008 er 116 Roemeense artsen dergelijke toegang vroegen (op 433 aanvragen). *"De Roemeense artsen beschikken uitsluitend over een basisdiploma en dus over een RIZIV-nummer dat op 000 eindigt. Ze mogen bijgevolg alleen assisteren bij chirurgische ingrepen of superviseren in zaal. Elke vorm van consultatie, bezoek of voorschrijven van een technische handeling is uitgesloten"* (einde citaat minister ONKELINX, voorgelezen door de heer Melchior WATHELET, staatssecretaris voor Begroting).

In oktober had N-VA senator, Dr. Louis IDE al eens een gelijkaardige vraag gesteld in het Parlement, met quasi dezelfde aantallen als antwoord. Zijn belangrijkste reactie was toen dat slechts 16% van de ingeweken artsen huisarts is. Zoals uit de tabellen 3.4./2 en 3.4/3 blijkt zijn het merendeel specialisten en GSO's. In het antwoord was ook te lezen dat ze vooral in Brussel en Wallonië terechtkomen¹¹¹.

Henri ANRYS, secretaris-generaal van de Syndicale Kamer van Henegouwen, Namen en Waals-Brabant (BVAS), sprokkelde bij de FOD Volksgezondheid officiële cijfers bij elkaar en kwam tot de vaststelling dat jaarlijks 528 Belgische artsen voor een tewerkstelling in het buitenland kiezen¹¹². Dat stemt overeen met 75 % van het originele artsenquotum van 700 dat in 2004 jaarlijks op de "RIZIV" markt mocht komen¹¹³ en met 43 % van het ondertussen sterk verhoogde quotum van 1.230 artsen per jaar (voor de jaren 2015 tot 2018)¹¹⁴.

Uit al die gegevens kunnen we afleiden (cfr tabel 3.4/4) dat meer artsen België verlaten, dan er binnenkomen. Tenminste voor zover de FOD Volksgezondheid er zicht op heeft.

Aantal geëmigreerde artsen versus aantal geïmmigreerde artsen

	Emigranten				Immigranten	Δ
	Basisartsen	Huisartsen	Specialisten	Totaal	Totaal immigranten	
2004	270	52	199	521	182	339
2005	246	48	238	532	521	11
2006	241	37	245	523	202	321
2007	219	155	163	537	184	353
Totaal	976	292	845	2.113	1.089	1.024

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en RIZIV

Tabel 3.4/4

De numerus clausus is een vast item in het VBS jaarverslag. Het zal er opnieuw zijn in het verslag over 2010. Ondertussen startte immers het overleg over de vermindering van de studieduur voor het behalen van het diploma van arts en de grootste struikelsteen zal alweer het verschil in opvatting zijn over het organiseren van de instroom van een correct op de medische behoeften van de bevolking afgesteld aantal artsen die jaarlijks "op de markt" mogen komen. Sommigen dromen van het opgeven van de contingentering "omdat het toch

¹¹⁰ Vraag om uitleg van mevrouw Lieve Van Ermen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de internationale rekrutering van ziekenhuispersoneel» (nr. 4-723). Handelingen Belgische Senaat, 12.02.2009, namiddagvergadering.

¹¹¹ "Buitenlandse artsen invoeren is geen panacee tegen huisartsentekort". Artsenkrant, 17.10.2008.

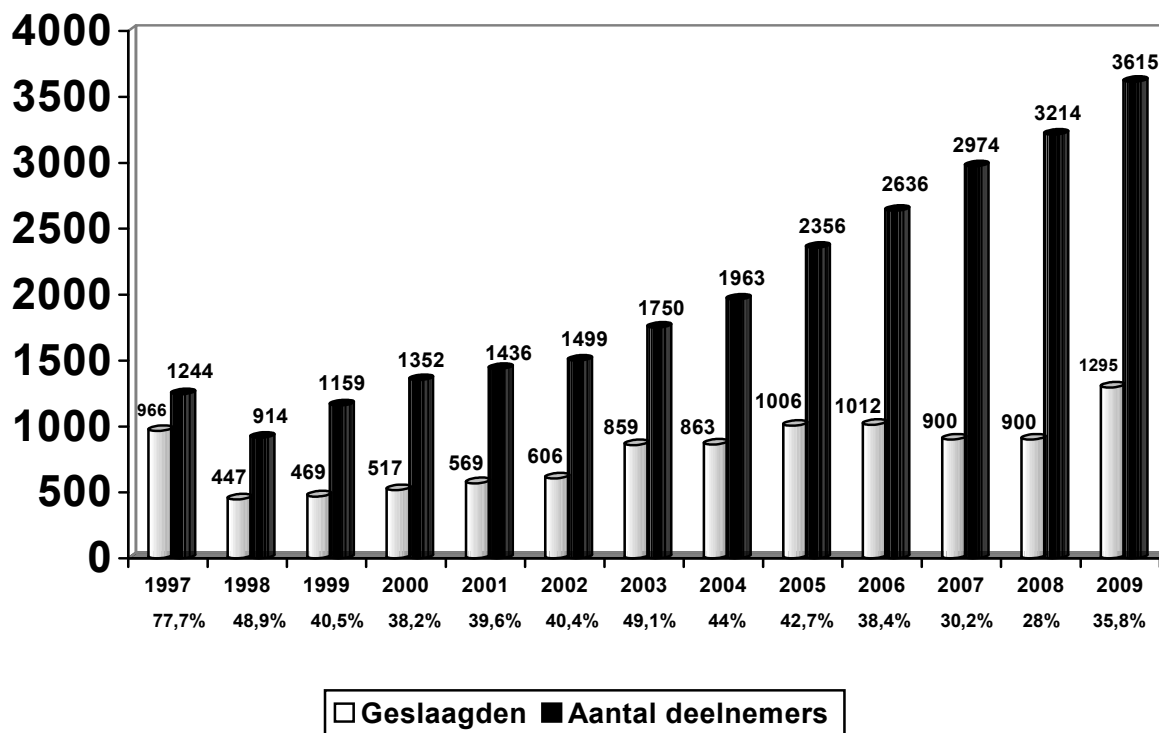
¹¹² "Elk jaar verlaten meer dan 500 artsen ons land". Artsenkrant, 23.01.2009.

¹¹³ Koninklijk besluit van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002; Ed. 1).

¹¹⁴ Koninklijk besluit van 12.06.2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 18.06.2008; Ed. 1).

niets uithaalt". Iedereen kan inderdaad vaststellen dat aan de Franstalige universiteiten het aantal inschrijvingen voor het eerste jaar geneeskunde (cijfers d.d. 18.09.2009) steeg van 1.894 in 2008 naar 2.413 in 2009 (+ 27 %) (cfr Tabel 3.4/5) en dat in Vlaanderen van de 3.615 gegadigden die deelnamen aan het ingangsexamen (3.214 in 2008), er 1.295 slaagden (900 in 2008), het hoogste cijfer ooit sinds het begin van het systeem in 1997 cfr. fig. 1).

Evolutie Vlaams ingangsexamen geneeskunde sinds 1997



Bron: o.m. Artsenkrant¹¹⁵

Fig. 1

Inschrijvingen Franstalige faculteiten geneeskunde academiejaar 2009-2010

	sept. 2008	sept. 2009	2008-2009
UCL	598	735	+23%
ULB	426	538	+26%
Ulg	408	507	+25%
FUNDP	334	459	+37%
UMH	128	174	+36%
Totaal	1.894	2.413	+27%

Bron: Le Journal du Médecin¹¹⁶

Tabel 3.4/5

Als we die cijfers vergelijken met de mogelijke toegang tot het beroep via een RIZIV erkenningsnummer, dan moeten onze beleidsmensen inzien dat we op drama's afstevienen (cfr tabel 3.4/6). Voor de 1.230 RIZIV plaatsen die voor het jaar 2016 gepland zijn, begonnen in 2009 liefst 3.708 jonge mensen te studeren, of 3,02 keer meer dan voorzien. Bij de Franstalige jongeren gaat het om 2.413 beginners voor 492 RIZIV plaatsen in 2016 of 4,9 maal meer dan gepland en onder de Vlaamse studenten azen er 1.295 op 738 beschikbare RIZIV plaatsen of 1,8 maal te veel (cfr. tabel 3.4/6).

¹¹⁵ "900 geslaagd voor ingangsexamen". Artsenkrant 05.09.2008.

¹¹⁶ « La ruée vers les facultés de médecine ». Le Journal du médecin, 25.09.2009

Verhouding aantal toegankelijke beroepsplaatsen t.o.v. aantal kandidaten

	Planning* (= 100,0)	Realiteit	
		Absoluut	t.o.v. planning = 100
Vlamingen	738	1.295	175,5
Franstaligen	492	2.413	490,4
Belgen	1.230	3.708	301,5

*KB van 12.06.2008 (BS 18.06.2008)

Tabel 3.4/6

Niemand weet vandaag wat het lot zal zijn van dat paar duizend toekomstige artsen. Wat sommige faculteiten wel al openlijk toegeven is dat zij dergelijke hoge aantallen studenten geen kwaliteitsvolle opleiding kunnen garanderen.

Het extreme conservatisme van de Franstalige studenten is in deze zonder meer stuitend. In tegenstelling met sommige soixantehuitards als Jan DE MAESENEER, toen student, nu professor huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent, die begin de jaren 70 van de vorige eeuw leuzen scandeerden tegen de numerus clausus, maar nu grote voorstander zijn van een ingangsexamen, willen de Franstalige studenten niet van enige beperking, begeleiding, ingangsexamen of wat dan ook horen. Ze dreigen meteen het overleg op te blazen alleen al omdat de Franstalige minister van Hoger Onderwijs, Jean-Claude MARCOURT (PS) het aandurft het Franstalige moratorium op de numerus clausus in vraag te stellen¹¹⁷. Toen op 16.12.2009 de "Werkgroep Studieduurvermindering" van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen, uitgebreid met de vertegenwoordigers van de ministers van Onderwijs van de Gemeenschappen vergaderde met uitgenodigde vertegenwoordigers van de studenten, werd het debat door de FEF¹¹⁸ gereduceerd tot oeverloos geklets over de numerus clausus. Ik kon het niet nalaten het FEF bestuur er op te wijzen dat ze exact, bijna woordelijk, het discours van Jan DE MAESENEER van 40 jaar geleden hanteerden. Prof. DE MAESENEER, afgevaardigd namens de faculteit geneeskunde van de Universiteit Gent, had net met vuur het Vlaamse ingangsexamen verdedigd.

Ter illustratie van de "penurie" waar de FEF en sommige Franstalige ziekenhuisdirecties steeds opnieuw, maar ons inziens geheel onterecht mee uitpakken, toont tabel 3.4/7 de densiteit van artsen in België op 1 augustus 2008. Alleen Griekenland (4,9 ‰) heeft (nóg) meer artsen dan België (4,0 ‰)¹¹⁹. Minister ONKELINX belooft een volledig bruikbaar kadaster tegen eind 2010. Ook voor specialisten? Dat voor huisartsen oogstte alvast veel kritiek en ondermeer BVAS-voorzitter Roland LEMYE stelde dat men uit die gegevens niets kon afleiden over de reële artsensiteit¹²⁰. Zelfs als de minister het nu heeft over 9.259 huisartsen¹²¹ en niet meer over de 17.851 "algemeen geneeskundigen" die in de RIZIV en FOD Volkgezondheid tabellen klassiek voorkomen, dan nog zegt dat cijfer onvoldoende. Het huisartsenkadaster definieert een arts immers al als huisarts wanneer hij per werkdag meer dan 5 patiëntcontacten heeft, of meer dan 1.250 per jaar. Hoe zal dat voor de specialisten worden uitgewerkt?

¹¹⁷ "Numerus clausus: la Fef claque la Porte". La Libre Belgique, 30.01.2010.

¹¹⁸ Fédération des Etudiants francophones

¹¹⁹ OECD Health data 2007.

¹²⁰ "Pleidooi voor een Vlaams kadaster". Artsenkrant 17.04.2009.

¹²¹ "Onkelinx: 'Geen 15.000 huisartsen maar 9.259'. Artsenkrant 10.04.2009.

Artsendensiteit per gewest en in België

	Algemeen geneeskundigen	Artsen specialisten	Totaal aantal artsen	Aantal artsen/ 100.000 inw.	Basis
Vlaams gewest	9.600	12.970	22.570	366	100
Waals gewest	6.064	8.037	14.101	408	112
Brussels gewest	2.187	3.930	6.117	584	160
België	17.851	24.937	42.788	401	110

Toestand op 1 augustus 2008

De Huisarts 05.02.2009

Bron: antwoord op parlementaire vraag nr. 269, berekeningen professor Eric Ponette (VGV)

Tabel 3.4/7

3.5. Het KCE

Sinds zijn oprichting in 2003 zetel ik namens de BVAS in de Raad van bestuur van het Kenniscentrum – Centre d'Expertise¹²². In het VBS worden/werden de persberichten, die het verschijnen van een nieuw rapport vergezellen, besproken door het uitvoerend comité. Bijna steeds werden ze zowel elektronisch als op papier gepubliceerd ten behoeve van de leden. In de loop van vorig jaar werd die informatiepolitiek stopgezet. De KCE kwaliteit ging de laatste tijd achteruit en de aanbevelingen werden duidelijk "op vraag van" geschreven. We verkiezen dat de lezers die de rapporten in de algemene media lezen/ horen/ zien, hun kritiek rechtstreeks naar het KCE sturen i.p.v. naar de Kroonlaan 20, het VBS. Ik ontmoette al menig deskundige en externe validator die, voor een bescheiden honorarium of helemaal belangeloos, hun tijd, kennis en energie in een rapport hadden gestopt, achteraf vaststelde dat er met volgens hem essentiële bemerkingen helemaal geen rekening werd gehouden of dat ze "zijn kind hadden vermoord". Op die manier komen alleen nog broodschrijvende "consultants" of academici af op de publieke KCE opdrachten. Echte deskundigen weten wel beter. Op de rugzijde van de titelpagina van elk rapport staat hun lot in de disclaimer beschreven: *"De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid"*. Ik betreur die teloorgang van de originele spirit die er heerste in het KCE. Als er evidentie is, dan wordt er rekening mee gehouden in de aanbevelingen. Als er geen is dan wordt dat gewoon gemeld. Vandaag zijn er andere regels.

Uiteindelijk is het aan de Raad van bestuur de rapporten, meerderheid tegen minderheid goed te keuren voor publicatie. Het hoeft geen betoog dat met slechts twee vertegenwoordigers van de praktiserende artsen – 1 voor de BVAS (ondergetekende als effectief en Dr. Roland LEMYE als plaatsvervangend lid) en 1 voor het Kartel (Dr. Jean-Pierre BAEYENS als effectief en juriste mevrouw Rita CUYPERS als plaatsvervanger) het bijzonder moeilijk is raadgevingen aan de Overheid drastisch te doen aanpassen, te wijzigingen of in te trekken in het gezelschap van 14 andere politiek benoemde leden van de Raad van bestuur. Wat ons niet belet het telkens opnieuw te proberen.

Als dan een journalist suggereert dat de artsen akkoord gingen¹²³ met het meest recente rapport over de "All-in" in de ziekenhuizen¹²⁴, – terwijl ondergetekende heeft geprotesteerd en tegengestemd in de Raad van bestuur, dan moet een bestuurder uit de biecht klappen en zijn desakkoord publiek maken^{125, 126}.

¹²² Artikels 259 tot 300 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 houdende de oprichting van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (B.S. 31.12.2002)

¹²³ "Un financement forfaitaire global pour les hôpitaux". Belga, 25.01.2010.

¹²⁴ "Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen". KCE reports 121A, 25.01.2010.

¹²⁵ "Contre le système all in dans les hôpitaux". Communiqué de presse du Dr. LEMYE, Président de l'ABSyM, Belga, 27.01.2010.

¹²⁶ "Hôpitaux: la révolution all in". Le Journal du Médecin. 29.01.2010.

4. Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 17.12.2008 (B.S. 19.01.2009)

4.1. Toetredingen – weigeringen

Officieel werden de resultaten van het aanvaarden/ verwerpen van het akkoord artsen – ziekenfondsen van 17.12.2009 meegedeeld tijdens de vergadering van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen van 02.03.2009.

De resultaten van het aantal weigeringen volgens de gewesten, voor het totale aantal artsen en opgesplitst naar huisartsen en naar specialisten wordt weergegeven in tabel 4.1/1

Aantal artsen en % weigering tot het akkoord artsen-ziekenfondsen '09-'10 van 17.12.08

	Huisartsen		Specialisten		Totaal	
	Aantal	% weigering	Aantal	% weigering	Aantal	% weigering
Brussel	2.200	22,7	3.999	21,63	6.199	22,04
Vlaanderen	9.568	9,07	13.190	21,30	22.758	16,16
Wallonië	6.058	15,68	8.121	17,66	14.179	16,81
België	17.826	13,01	25.310	20,19	43.136	17,22

Bron: RIZIV

Tabel 4.1/1

De gedetailleerde resultaten per discipline en hun evolutie sinds het akkoord van 13.12.1993 vindt u in tabel 4.1/2. Ten opzichte van het gemiddeld aantal weigeringen van de laatste tien akkoorden, ligt het percentage deconventies van het laatste akkoord (17.12.2008) voor de meeste disciplines en voor het totaal lichtjes hoger. Slechts voor acht disciplines blijft het weigeringspercentage onder het gemiddelde: artsen specialisten in opleiding, nucleaire geneeskunde, inwendige geneeskunde, pediatrie, anesthesiologie, algemene geneeskunde, psychiatrie en neuropsychiatrie.

Evolutie deconventiepercentages 1993-2008 per discipline

	17.12.2008*	20.12.2007*	20.12.2005*	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Gemiddelde
1 Gen. Specialist in opleiding (GSO)	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,48
2 Klinische biologie	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,09
3 Nucleaire geneeskunde	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,44
4 Radiotherapie	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,51
5 Pathologische anatomie	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,30
6 Pneumologie	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,38
7 Inwendige geneeskunde	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	8,18
8 Neurologie	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,36
9 Pediatrie	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,87
10 Anesthesiologie	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,74
11 Algemeen geneeskundigen	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,60
12 Psychiatrie	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,91
13 Neuropsychiatrie	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,68
14 Gastro-enterologie	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,28
15 Chirurgie	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	17,71
16 Cardiologie	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,46
17 Neurochirurgie	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,68
18 Reumatologie	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	19,65
19 Fysische gen. en Fysiotherapie	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	20,52
20 O.R.L.	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	27,85
21 Urologie	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	26,37
22 Radiologie	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	21,48
23 Orthopedie	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	25,44
24 Stomatologie	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	36,68
25 Gynecologie-verloskunde	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	43,31
26 Oftalmologie	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,35
27 Plastische chirurgie	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,59
28 Dermatologie-venerologie	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	62,08
Totaal specialisten + GSO	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,06
ALGEMEEN TOTAAL	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,57

Bron: RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS
 * Doc NCGZ/CNMM 2009/22

Tabel 4.1/2

Waar het totale weigeringspercentage steeg van 15,48 naar 17,22 % (of een toename met 11,2%) vallen enkele markant hoger stijgingspercentages op bij sommige disciplines als neurologie (+ 75,1 %) pathologische anatomie (+ 73,6 %), reumatologie (+ 45,3 %), orthopedie (+ 36,7 %) en gynaecologie-verloskunde (+ 24,3 %) (cfr Tabel 4.1/3). De verschillende beroepsverenigingen kunnen mogelijke redenen opsporen zodat er eventueel passend kan op gereageerd worden. De vraag naar een vernieuwde nomenclatuur orthopedie is ons bekend en er wordt aan gewerkt. De patholoog anatomen werden geconfronteerd met een sterke verhoging van hun materiaalkosten voor het transport van PAP smears, de gynaecologen zijn voor hun consultatie veel minder betaald dan de vroedvrouwen en de overige disciplines kennen ongetwijfeld hun eigen specifieke redenen.

Sterkste stijgers bij deconventiepercentages

	Akkoord 20.12.2007 %	Akkoord 17.12.2008	+ Δ %
Neurologie	4,42	7,74	75,1
Pathologische anatomie	3,81	6,62	73,6
Reumatologie	16,93	24,60	45,3
Orthopedie	25,53	34,91	36,7
Gynaecologie - Verloskunde	40,46	50,31	24,3
Algemeen totaal	15,48	17,22	11,2

Tabel 4.3/3

4.2. Concretisering van het tweede jaar van het akkoord van 17.12.2008.

Informeel overleg niet meegerekend, kwam de plenaire nationale commissie artsen – ziekenfondsen negen maal samen in 2009. De verschillende werkgroepen over materies waar artsen specialisten ook mee te maken krijgen (zorgtrajecten, geneesmiddelenbeleid, medisch farmaceutisch overleg) kwamen officieel 15 maal bijeen. Daarnaast zijn er ook nog werkgroepvergaderingen die zich buigen over specifieke huisartsen aangelegenheden.

Het valt op dat het impact van de onderhandelaars verder afkalft. De bevoegde minister zet via competente ambtenaren niet alleen meer de grote lijnen uit, ze kleurt ze ook hoe langer hoe meer zelf in. Een groots opgezet kankerplan is niet zo maar in nomenclatuurgegevens om te zetten en de keuzes van de kabinetsmedewerkers stroken niet noodzakelijk met de inzichten van de praktijkmensen op het terrein.

Uit de herhaaldelijk uitgestelde start van de zorgtrajecten blijkt hoe moeilijk de samenwerking tussen huisartsen en specialisten kan zijn, maar ook hoe delicaat dergelijke systemen in elkaar zitten, met soms ongewenste neveneffecten. Door alle getouwtrek is het vandaag bijvoorbeeld zo dat een algemeen internist voor een diabetespatiënt minder mag doen binnen de context van de RIZIV terugbetalingen dan een erkend huisarts.

Door de vertragingen bij de realisaties van goedgekeurde en gebudgetteerde projecten, bleven in 2009 € 124 miljoen onaangeroerd liggen, tot meerdere eer en glorie van de verzekeringsinstellingen die geen risico op budgetoverschrijding lopen en een bonus in plaats van een eventuele malus in het systeem verwerven.

4.3. Geneesmiddelen

Als het om geneesmiddelen gaat, wordt vooral aan de huisartsen gedacht. Ze schrijven immers voor een (terugbetaalbaar) bedrag aan medicatie voor dat grosso modo twee keer dat van de specialisten bedraagt. Eén van de belangrijke verklaringen is hiervoor dat ze

ondermeer in een belangrijk aantal gevallen zorgen voor de continuïteit van het voorschrift dat geïnitieerd werd door een specialist.

Het akkoord artsen ziekenfondsen van 17.12.2008 bevat een belangrijk punt 6, met minstens evenveel impact op de praktijk van de specialisten als op die van de huisartsen. Alle artsen die geneesmiddelen voorschrijven en die toegetreden zijn tot het akkoord artsen – ziekenfondsen hebben zich geëngageerd om de clausule te respecteren in verband met het voorschrijven van "minder dure" geneesmiddelen. De Algemene Raad van het RIZIV had op vraag van de regering op 13.10.2008 beslist dat in 2009 een besparing van € 42,5 miljoen moest worden gerealiseerd. De Nationale commissie artsen – ziekenfondsen ging akkoord. Ze had trouwens geen keuze, want de wetgever had ook voorzien dat anders de verplichting zou worden opgelegd om een onmogelijk hoog percentage goedkope geneesmiddelen voor te schrijven.

Vanuit het perspectief van optimalisering en kwaliteit van het voorschrift gekoppeld aan de financiële toegankelijkheid voor de patiënt werden drie engagementen opgenomen in de tekst.

Bij de startbehandeling met een geneesmiddel uit 6 in het akkoord vastgelegde groepen moeten de artsen vanaf 01.01.2009 in 80 % van de gevallen een minder dure moleculaire gebruiken¹²⁷:

- PPI (AO2BC)
- ACE-inhibitoren en sartanen (CO9)
- Statines (C10AA)
- Fluconazole en Itraconazole (JO2AC)
- NSAID (MO1A)
- SSRI's (NO6AB)

Na juridische druk, objectieve kritiek en protest vanwege de psychiaters en na grondig overleg in de medico-mut, gingen de partners op 08.06.2009 akkoord om de groep van de SSRI's uit het punt 6 te verwijderen.

De andere engagementen betreffen "*het terugdringen van een onverantwoord hoog volume van voorgeschreven geneesmiddelen bij bepaalde zorgverstrekkers*" en "*het ontwikkelen van initiatieven o.m. inzake therapietrouw, polimediatie, en andere indicatoren.*"

De percentages "goedkope voorschriften" gingen drastisch omhoog. Tussen de eerste en de vierde feedback (oktober 2009) die het RIZIV de voorschrijvende artsen bezorgde steeg dat percentage van 22,9 naar 40,8 % en de actuele bij wet¹²⁸ minimum vastgelegde percentages worden gehaald.

Percentage goedkope geneesmiddelen voor een aantal specialismen

	Minimumdrempel	Gemiddelde per groep
Huisartsen	27%	42%
Cardiologen	29%	38%
Gynaecologen	9%	36%
Internisten	24%	36%
Pediateren	14%	23%
Urologen	19%	34%

Bron: RIZIV, oktober 2009

Tabel 4.3

Toch blijkt de vooropgestelde besparing van 42,5 miljoen te hoog gegrepen. De mutualiteiten voeren de druk op om meer generieken, en vooral ook minder medicijnen voor te schrijven.

¹²⁷ In het Belgisch Staatsblad van 19.01.2009 worden de zes groepen vermeld in het punt 6 van het akkoord artsen ziekenfondsen van 17.12.2008. Een RIZIV brief aan alle artsen d.d. 10.06.2009 met een uitvoerige toelichting reduceert de groepen naar 5.

¹²⁸ Gecoördineerde wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14.07.1994, artikel 73, §2.

De Socialistische mutualiteiten denken er aan om een "observatorium" te installeren om na te gaan of de artsen wel volgens het (rode) boekje voorschrijven¹²⁹. Het is een internationaal probleem. In een poging om het gezondheidszorgbudget onder controle te krijgen stelt de Franse regering voor een wet te stemmen die het gebruik van generieken zou verplichten. De artsen reageren woedend¹³⁰.

4.4. Budget

Met cijfers kan alles. Dat "alles" hangt af van de manier van "voorstellen". Toch zijn alle tabellen correct. Het onderling vergelijken van RIZIV documenten is een moeilijke klus, maar mits de hulp van deskundige en bereidwillige ambtenaren lukt het wel.

Soms zit de politiek natuurlijk tegen. In sommige voorbereidende tabellen komen de besparing van € 50 miljoen in de klinische biologie en € 45 miljoen in de radiologie (+ € 5 miljoen in de contraststoffen in het deelbudget geneesmiddelen) niet voor, want dat is een regeringsbeslissing die boven de hoofden van de partners van de medico-mut is gevallen. Ze werd wel geïnspireerd door medewerkers van de mutualiteiten die parttime cabinetard zijn. Uiteindelijk oogt het resultaat van het tweede jaar van het akkoord niet briljant. In 2010 is voor de artsenhonoraria € 71,654 miljoen of 1,05 % meer gebudgetteerd dan in 2009 (cfr. tabel 4.4/1).

Begrotingsdoelstelling RIZIV 2009-2010 (in miljoen €)

	2009	2010	evolutie 2010/2009
Artsenhonoraria	6.795,732	6.867,386	+ 71,654 (= +1,05%)
Totale uitgaven	23.084,470	24.249,164	+ 1.164,694 (= +5,05%)

Bron: RIZIV nota CGV 2009/390 d.d. 13.10.2009

Tabel 4.4/1

Hierin is de index van 0,93 % of € 63,2 miljoen inbegrepen. Een andere invalshoek voor de berekening leert dus dat de artsen in 2010, buiten de index, exact € 8,454 miljoen voor nieuwe initiatieven ontvingen of 0,12 % meer dan het budget van 2009. Het grootste deel van alle nieuwe plannen moet dus worden opgeborgd, een ander deel moet gefinancierd worden via onderlinge herijking van de honoraria.

Om te weerleggen dat de artsenhonoraria de grootste slokken zijn onder de RIZIV uitgaven, hebben we een aantal "historische" reeksen opgesteld, van 1995 tot en met 2009 (gebaseerd op een extrapolatie van het eerste semester 2009). Uitgedrukt in "courante prijzen" bedroegen in 1995 de uitgaven voor de artsenhonoraria € 3.347,214 miljoen of 33,57 % van de totale RIZIV uitgaven (€ 9.971,738 miljoen). In 2009 was dit een bedrag van € 6.435,525 miljoen of 29,75 % van de totale uitgaven (€ 21.631,275 miljoen) (cfr. tabel 4.4/2).

¹²⁹ "Observatorium voorschrijfgedrag in de maak". Artsenkrant 15.12.2009.

¹³⁰ "Les génériques bientôt obligatoires". Le journal du médecin, 10.11.2009.

Evolutie RIZIV-uitgaven (courante prijzen in miljoen €)

Jaar	Medische honoraria		Totaal RIZIV-uitgaven (= 100%)
	Absoluut	% totaal	
1995	3.347,214	33,57	9.971,738
1996	3.680,555	33,48	10.992,013
1997	3.471,783	32,54	10.669,986
1998	3.711,933	32,73	11.339,918
1999	3.907,279	32,37	12.070,958
2000	4.151,948	32,21	12.890,912
2001	4.371,036	31,62	13.821,720
2002	4.352,902	30,57	14.237,462
2003	4.693,577	30,58	15.348,063
2004	5.160,836	30,88	16.711,307
2005	5.349,936	31,31	17.088,873
2006	5.279,258	30,53	17.292,318
2007	5.602,966	30,42	18.414,587
2008	6.117,110	30,40	20.121,018
2009*	6.435,525	29,75	21.631,275
2010**	6.867,386	28,32	24.249,164

Bron: RIZIV-jaarverslagen en RIZIV-actuaariaat; berekeningen M. MOENS

Tabel 4.4/2

*Extrapolatie 1S/2009

**Begrotingsdoelstelling Nota C.G.V. 2009/330

Als we de stijging van de uitgaven vergelijken met het jaar 1995 (= 100,00) enerzijds in courante prijzen en anderzijds na neutralisatie van de inflatie, merken we dat in vaste prijzen de artsen uitgaven stegen met minder dan de helft (+ 48,2 %) en de totale uitgaven met meer dan twee derden (+ 67,69 %). (cfr. tabel 4.4/3).

Evolutie RIZIV-uitgaven 1995 = 100,00

Jaar	Medische honoraria		Totaal RIZIV-uitgaven (= 100%)	
	Courante prijzen	Vaste prijzen	Courante prijzen	Vaste prijzen
1996	109,96	107,88	110,23	108,46
1997	103,72	99,87	107,00	103,32
1998	110,90	105,70	113,72	108,70
1999	116,73	110,54	121,05	114,95
2000	124,04	114,27	129,27	119,43
2001	130,59	117,19	138,61	124,74
2002	130,05	115,23	142,78	126,87
2003	140,22	122,43	153,92	134,77
2004	154,18	131,45	167,59	143,29
2005	159,83	132,13	171,37	142,07
2006	157,72	128,32	173,41	141,49
2007	167,39	134,35	184,67	148,64
2008	182,75	138,50	201,78	153,35
2009*	192,27	148,20	216,93	167,69

Bron: RIZIV-jaarverslagen en RIZIV-actuaariaat; berekeningen M. MOENS

Tabel 4.4/3

*Extrapolatie 1S/2009

Ter illustratie, en op vraag van enkele laboratoriumartsen, heb ik dergelijke oefening in detail gemaakt voor de klinische biologie, pathologische anatomie en genetica. Uiteraard kan het nuttig zijn de al dan niet belangrijke uitgavenstijgingen in andere subsectoren te objectiveren door gelijkaardige berekeningen te maken (cfr. tabellen 4.4/4, 4.4/5, 4.4/6 en 4.4/7).

Tabel 4.4/7 samenvattend kunnen we aantonen dat in vaste prijzen de totale RIZIV uitgaven sinds 1995 stegen met 67,69 %, de genetische onderzoeken met 66,59 % (waar ze jarenlang absolute koploper waren), de artsenhonoraria met 48,2 %, alle laboratoriumonderzoeken samen met 40,04 %, de pathologische anatomie met 41,81 % en de klinische biologie met 39,14 %.

Evolutie RIZIV-uitgaven 1995-2009 voor laboratoriumonderzoek t.o.v. totaal medische honoraria en totale gezondheidszorg (courante prijzen) (in miljoen €)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Klinische biologie															
Artikel 3	45,289	50,886	48,485	51,934	54,054	44,778	36,603	35,868	38,689	41,074	42,221	43,310	45,601	51,410	55,024
Art. 18, § 2, B, e	46,898	47,285	40,779	38,242	31,964	20,604	13,448	10,085	8,759	8,105	7,029	6,054	5,655	5,780	5,780
Artikel 24 § 1	153,959	175,894	172,820	192,451	213,052	185,275	154,143	155,432	169,783	185,057	191,152	198,057	212,520	228,016	248,576
Forfaitaire hon. ambulante	103,057	113,025	110,168	120,852	127,607	182,774	236,546	208,493	235,213	281,042	292,056	289,169	311,692	340,941	389,095
Forfaitaire hon. gehospital.	257,169	291,821	263,791	285,022	280,358	302,810	344,595	349,999	363,503	378,850	407,129	378,618	400,893	445,984	407,201
SUBTOTAAL	606,372	678,911	636,043	688,501	707,035	736,242	785,335	759,877	815,947	894,128	939,587	915,208	976,361	1.072,131	1.105,676
Artikel 24 bis (moleculaire microbiol.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,425	1,509
Artikel 33 bis (moleculaire hemato-oncologie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,374	3,885	4,433
SUBTOT. KLIN. BIOL.	606,372	678,911	636,043	688,501	707,035	736,242	785,335	759,877	815,947	894,128	939,587	915,208	976,735	1.076,441	1.111,618
Art. 26 § 1bis : dringende verstrekkingen ambulante klinische biologie	9,470	10,765	12,103	13,567	19,126	23,152	25,055	22,921	27,526	31,547	*22,996	0,341	0,077	0,0006	0,000
TOT. KLIN. BIOLOGIE	615,842	689,676	648,146	702,068	726,161	759,394	810,390	782,798	843,473	925,675	962,583	915,549	976,812	1.076,442	1.111,618
PATHOLOG. ANATOMIE	64,776	76,549	72,153	74,522	79,915	88,285	93,381	91,402	94,611	101,874	102,270	104,481	110,720	117,038	119,170
GENET. ONDERZOEKEN	16,519	17,968	18,972	19,621	24,216	24,899	26,262	28,593	30,801	31,946	33,948	36,082	38,819	37,013	35,701
TOT. LABO-ONDERZ.	697,137	784,193	739,271	796,211	830,292	872,578	930,033	902,793	968,885	1.059,495	1.098,801	1.056,112	1.126,351	1.230,493	1.266,489
TOT. MED. HONORARIA	3.347,214	3.680,555	3.471,783	3.711,933	3.907,279	4.151,948	4.371,036	4.352,902	4.693,577	5.160,836	5.349,936	5.279,258	5.602,966	6.117,110	6.435,525
TOT. RIZIV-UITGAVEN	9.971,738	10.992,013	10.669,986	11.339,918	12.070,958	12.890,912	13.821,720	14.237,462	15.348,063	16.711,307	17.088,873	17.292,318	18.414,587	20.121,018	21.631,275

Bron : RIZIV-jaarverslagen 1998-2008 en RIZIV-actuaariaat; berekeningen M. MOENS

*Periode 01.01.2005 t.e.m. 30.06.2005

** Geëxtrapoleerd vanuit 1S/2009

Tabel 4.4/4

Evolutie RIZIV-uitgaven 1995-2009 voor laboratoriumonderzoek t.o.v. totaal medische honoraria en totale gezondheidszorg (courante prijzen) 1995 = 100,00 %

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Klinische biologie															
Artikel 3	100,00	112,36	107,06	114,67	119,35	98,87	80,82	79,20	85,43	90,69	93,23	95,63	100,69	113,52	121,49
Art. 18, § 2, B, e	100,00	100,83	86,95	81,54	68,16	43,93	28,67	21,50	18,68	17,28	14,99	12,91	12,06	12,32	12,32
Artikel 24 § 1	100,00	114,25	112,25	125,00	138,38	120,34	100,12	100,96	110,28	120,20	124,16	128,64	138,04	148,10	161,46
Forfaitaire hon. ambulant	100,00	109,67	106,90	117,27	123,82	177,35	229,53	202,31	228,24	272,71	283,39	280,59	302,45	330,83	377,55
Forfaitaire hon. gehospital.	100,00	113,47	102,57	110,83	109,02	117,75	134,00	136,10	141,35	147,32	158,31	147,23	155,89	173,42	158,34
SUBTOTAAL	100,00	111,96	104,89	113,54	116,60	121,42	129,51	125,32	134,56	147,46	154,95	150,93	161,02	176,81	182,34
Artikel 24 bis (moleculaire microbiologie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00°	207,12
Artikel 33 bis (moleculaire hemato-oncologie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00°°	1.038,77	1.185,29
SUBTOT. KLIN. BIOL.	100,00	111,96	104,89	113,54	116,60	121,42	129,51	125,32	134,56	147,46	154,95	150,93	161,08	177,52	183,32
Art. 26 § 1bis : dringende verstrekkingen ambulante klinische biologie	100,00	113,79	127,93	143,41	202,17	244,72	264,84	242,28	290,96	333,46	243,07*	3,60	0,81	0,006	0,00
TOT. KLIN. BIOLOGIE	100,00	111,99	105,25	114,00	117,91	123,31	131,59	127,11	136,96	150,31	156,30	148,67	158,61	174,79	180,50
PATHOLOG. ANATOMIE	100,00	118,17	111,39	115,05	123,37	136,29	144,16	141,10	146,06	157,27	157,88	161,30	170,93	180,68	183,97
GENET. ONDERZOEKEN	100,00	107,14	114,85	118,78	146,59	150,73	158,98	173,09	186,46	193,39	205,51	218,43	235,00	224,06	216,12
TOT. LABO-ONDERZ.	100,00	112,49	106,04	114,21	119,10	125,17	133,41	129,50	138,98	151,98	157,62	151,49	161,57	176,51	181,67
TOT. MED. HONORARIA	100,00	109,96	103,72	110,90	116,73	124,04	130,59	130,05	140,22	154,18	159,83	157,72	167,39	182,75	192,27
TOT. RIZIV-UITGAVEN	100,00	110,23	107,00	113,72	121,05	129,27	138,61	142,78	153,92	167,59	171,37	173,41	184,67	201,78	216,93

Bron : RIZIV-jaarverslagen 1998-2008 en RIZIV-actuariaal; berekeningen M. MOENS

Tabel 4.4/5

*Periode 01.01.2005 t.e.m. 30.06.2005

** Geëxtrapoleerd vanuit 1S/2009; ° geëxtrapoleerd op jaarbasis € 0,425 miljoen x 12/7 = € 0,728571 miljoen; °° geëxtrapoleerd op jaarbasis € 0,374 miljoen x 12/5 = € 0,8976 miljoen

Evolutie RIZIV-uitgaven 1995-2009 voor laboratoriumonderzoek t.o.v. totaal medische honoraria en totale gezondheidszorg (vaste prijzen – indexbasis 1988) (in miljoen euro)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Indexfactor t.o. v. 1995	1.0	.9811336	.9629889	.9531522	.9469429	.9212033	.8974264	.8860899	.8731365	.8525899	.8266530	.8136085	.8026211	.7578518	.7708280
Artikel 3	45,289	49,926	46,686	49,501	51,186	41,250	32,848	31,782	33,781	35,019	34,902	35,237	36,600	38,961	42,414
Art. 18, § 2, B, e	46,898	46,393	39,266	36,450	30,268	18,980	12,068	8,936	7,648	6,910	5,811	4,926	4,539	4,380	4,456
Artikel 24 § 1	153,959	172,575	166,407	183,435	201,748	170,676	138,332	137,727	148,244	157,778	158,016	161,141	170,573	172,802	191,609
Forfaitaire hon. ambulant	103,057	110,893	106,080	115,191	120,837	168,372	212,283	184,744	205,373	239,613	241,429	235,270	250,171	258,383	299,925
Forfaitaire hon. gehospital.	257,169	286,315	254,00	271,669	265,483	278,950	309,249	310,130	317,387	323,004	336,554	308,047	321,765	337,990	313,882
SUBTOTAAL	606,372	666,102	612,439	656,246	669,522	678,228	704,780	673,319	712,433	762,324	776,712	744,621	783,648	812,516	852,286
Artikel 24 bis (moleculaire microbiologie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	°0,425	1,535
Artikel 33 bis (moleculaire hemato-oncologie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	°°0,374	3,668	4,257
SUBTOTAAL. KLIN. BIOL.	606,372	666,102	612,439	656,246	669,522	678,228	704,780	673,319	712,433	762,324	776,712	744,621	783,948	815,783	856,866
Art. 26 § 1bis : dringende verstrekkingen ambulante klinische biologie	9,470	10,562	11,654	12,931	18,111	21,328	22,485	20,310	24,034	26,897	*19,010	0,277	0,062	0,0005	0.000
TOT. KLIN. BIOLOGIE	615,842	676,664	624,093	669,177	687,633	699,556	727,265	693,629	736,467	789,221	795,722	744,898	784,010	815,784	856,866
PATHOLOG. ANATOMIE	64,776	75,105	69,475	71.031	75,675	81,328	83,803	80,990	82,608	86,857	84,542	85,007	88,866	88,697	91,860
GENET. ONDERZOEKEN	16,519	17,629	18,268	18,702	22,931	22,937	23,568	25,336	26,894	27,237	28,063	29,357	31,157	28,050	27,519
TOT. LABO-ONDERZOEK	697,137	769,398	711,836	758,910	786,239	803,821	834,636	799,955	845,969	903,315	908,327	859,262	904,033	932,531	976,245
TOT. MED. HONORARIA	3.347,214	3.611,116	3.342,942	3.538,037	3.699,970	3.824,788	3.922,683	3.857,062	4.098,133	4.400,077	4.422,540	4.295,249	4.497,059	4.635,863	4.960,683
TOT. RIZIV-UITGAVEN	9.971,738	10.784,633	10.274,013	10.808,667	11.430,508	11.875,151	12.403,976	12.615,671	13.400,954	14.247,892	14.126,567	14.069,176	14.779,936	15.248,749	16.673,993

Bron : RIZIV-jaarverslagen 1998-2008 en RIZIV-actuaariaat; berekeningen M. MOENS

Tabel 4.4/6

*Periode 01.01.2005 t.e.m. 30.06.2005

** Geëxtrapolleerd vanuit 1S/2009; ° met indexbasis 1988 is factor 2008/2009 = 1,0171224, °° factor 2007/2008 = 0,9442211 en factor 2007/2009 = 0.9603884

Evolutie RIZIV-uitgaven 1995-2009 voor laboratoriumonderzoek t.o.v. totaal medische honoraria en totale gezondheidszorg (vaste prijzen) (in % met 1995 = 100 %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Klinische biologie															
Artikel 3	100,00	110,24	103,08	109,30	113,02	91,08	72,53	70,18	74,59	77,32	77,07	77,80	80,81	86,03	93,65
Art. 18, § 2, B, e	100,00	98,92	83,73	77,72	64,54	40,47	25,73	19,05	16,31	14,73	12,39	10,50	9,68	9,34	9,50
Artikel 24 § 1	100,00	112,09	108,09	119,15	131,04	110,86	89,85	89,46	96,29	102,48	102,64	104,66	110,79	112,24	124,45
Forfaitaire hon. ambulante	100,00	107,60	102,93	111,77	117,25	163,38	205,99	179,26	199,28	232,51	234,27	228,29	242,75	250,72	291,03
Forfaitaire hon. gehospital.	100,00	111,33	98,77	105,64	103,23	108,47	120,25	120,59	123,42	125,60	130,87	119,78	125,12	131,43	122,05
SUBTOTAAL	100,00	109,85	101,00	108,22	110,41	111,85	116,23	111,04	117,49	125,72	128,09	122,80	129,24	134,00	140,55
Artikel 24 bis (moleculaire microbiol.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00	361,18
Artikel 33 bis (moleculaire hemato-oncologie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00	980,75	1.138,23
SUBTOT. KLIN. BIOL.	100,00	109,85	101,00	108,22	110,41	111,85	116,23	111,04	117,49	125,72	128,09	122,80	129,28	134,54	141,31
Art. 26 § 1bis : dringende verstrekkingen ambulante klinische biologie	100,00	111,53	123,06	136,55	191,25	225,22	237,43	214,47	253,79	284,02	200,74*	2,93	0,65	0,005	0,00
TOT. KLIN. BIOLOGIE	100,00	109,88	101,34	108,66	111,66	113,59	118,09	112,63	119,59	128,15	129,21	120,96	127,31	132,47	139,14
PATHOLOG. ANATOMIE	100,00	115,95	107,25	109,66	116,83	125,55	129,37	125,03	127,53	134,09	130,51	131,23	137,19	136,93	141,81
GENET. ONDERZOEKEN	100,00	106,72	110,59	113,22	138,82	138,85	142,67	153,37	162,81	164,88	169,88	177,72	188,61	169,80	166,59
TOT. LABO-ONDERZOEK	100,00	110,37	102,11	108,86	112,78	115,30	119,72	114,75	121,35	129,57	130,29	123,26	129,68	133,77	140,04
TOT. MED. HONORARIA	100,00	107,88	99,87	105,70	110,54	114,27	117,19	115,23	122,43	131,45	132,13	128,32	134,35	138,50	148,20
TOT. RIZIV-UITGAVEN	100,00	108,46	103,32	108,70	114,95	119,43	124,74	126,87	134,77	143,29	142,07	141,49	148,64	153,35	167,69

Bron : RIZIV-jaarverslagen 1998-2008 en RIZIV-actuariaal; berekeningen M. MOENS

Tabel 4.4/7

*Periode 01.01.2005 t.e.m. 30.06.2005

** Geëxtrapolerd vanuit 1S/2009

4.5. Accreditering

Tabel 4.5 geeft de traditionele stand van zaken op 1 februari in vergelijking met het vorige jaar. Er zijn nauwelijks wijzigingen te melden, tenzij men opnieuw een grapje wil maken over de geriatrie. Vorig jaar scoorde de ene geriater die al een nieuw RIZIV erkenningsnummer ontving 100 % voor accreditering omdat hij ook geaccrediteerd was. Nu heeft het RIZIV blijkbaar twee geriateren met dat nieuwe erkenningsnummer geregistreerd, één met en één (nog) zonder accreditering. Zodat de geriatrie in het klassement plots naar beneden duikt tot op plaats 23.

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2009 - 01.02.2010

2 0 1 0		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden	
		01.02.2009	01.02.2010	01.02.2009	01.02.2010	01.02.2009	01.02.2010
	Artsen 000-002	2.373	2.431	0	0	0,00	0,00
	Huisartsen 003-004	14.144	14.155	9.830	9.901	69,50	69,95
	Huisartsen 005-006	537	554	0	0	0,00	0,00
	Huisartsen 007-009	832	801	0	0	0,00	0,00
	TOTAAL	17.886	17.941	9.830	9.901	54,96	55,19
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	3.302	3.325	3	1	0,09	0,03
1	Gastro-enterologie	565	627	443	504	78,41	80,38
2	Pneumologie	434	452	326	362	75,12	80,09
3	Oftalmologie	1.070	1.085	830	838	77,57	77,24
4	Dermato-venerologie	715	722	554	553	77,48	76,59
5	Neurologie	322	339	234	247	72,67	72,86
6	Fysische geneeskunde en fysiotherapie	496	504	355	363	71,57	72,02
7	Radiologie	1.620	1.636	1.147	1.161	70,80	70,97
8	Pathologische anatomie	318	324	230	229	72,33	70,68
9	Reumatologie	251	255	170	180	67,73	70,59
10	O.R.L.	649	662	442	458	68,10	69,18
11	Urologie	389	395	262	269	67,35	68,10
12	Cardiologie	1.027	1.053	680	707	66,21	67,14
13	Psychiatrie	1.727	1.773	1.151	1.185	66,65	66,84
14	Urgentiegeneeskunde	3	9	2	6	66,67	66,67
15	Nucleaire geneeskunde	319	326	202	211	63,32	64,72
16	Gynaecologie-verloskunde	1.463	1.480	923	948	63,09	64,05
17	Radiotherapie	196	202	119	127	60,71	62,87
18	Anesthesie	2.054	2.099	1.247	1.313	60,71	62,55
19	Pediatrie	1.571	1.605	950	1.000	60,47	62,31
20	Inwendige geneeskunde	2.131	2.104	1.320	1.296	61,94	61,60
21	Orthopedie	997	1.029	610	619	61,18	60,16
22	Klinische biologie	702	699	412	405	58,69	57,94
23	Geriatric	1	2	1	1	100,00	50,00
24	Chirurgie	1.578	1.582	721	741	45,69	46,84
25	Neuropsychiatrie	420	409	192	186	45,71	45,48
26	Neurochirurgie	193	198	82	90	42,49	45,45
27	Acute geneeskunde	253	261	116	117	45,85	44,83
28	Stomatologie	312	321	130	129	41,67	40,19
29	Plastische chirurgie	243	249	86	94	35,39	37,75
	TOTAAL SPECIALISTEN	22.019	22.407	13.937	14.341	63,30	64,00
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	25.321	25.732	13.940	14.342	55,05	55,74
	ALGEMEEN TOTAAL	43.207	43.673	23.770	24.243	55,01	55,51

Tabel 4.5

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 01.02.2010 en VBS-jaarverslag 07.02.2009 Dr. M. MOENS

5. Juridische procedures

5.1. Inleiding

In deze economisch moeilijke periode is het meer dan ooit nodig zuinig met de beschikbare financiële middelen om te springen. Wanneer blijkt dat meerdere groepen artsen in het verzet willen gaan tegen een of andere wettelijke beschikking, tracht het VBS dat gezamenlijk te organiseren zodat de kosten voor vorderingen bij de Raad van State of bij het Grondwettelijk Hof gedeeld kunnen worden. Is dit niet mogelijk en beslist het VBS-bestuurscomité na het bekomen van een positief extern juridisch advies toch om een procedure in te leiden, dan neemt het VBS alleen de verantwoordelijkheid op.

5.2. Vorderingen die ingeleid of meegefinancierd werden door het VBS

5.2.1. De referentiebedragen

De referentiebedragen kennen een lange voorgeschiedenis. De spirituele vader, gewezen Minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE, bedacht dit systeem in 2002¹³¹.

In de eerste versie¹³² werd voor 14 courante chirurgische ingrepen een financiële referentienorm vastgesteld. Deze omvat grosso modo alle kosten die een chirurgische ingreep meebrengen met uitsluiting van de kosten voor het verblijf (via het budget van financiële middelen) en het forfaitair deel van de honoraria klinische biologie en medische beeldvorming. Indien meer wordt uitgeven dan deze referentienorm zal het ziekenhuis verplicht worden om het verschil terug te betalen. In de inwendige geneeskunde werd gestart met 12 APR-DRG's¹³³. Bij overschrijding van het bedrag van hun referentienorm wordt het ziekenhuis "slechts" publiekelijk als geldverspiller aan de schandpaal van de website van het RIZIV genageld, maar moet het niet terugbetalen.

Niemand is er ooit in geslaagd om uitvoeringsbesluiten voor deze wet te schrijven. Ze bleef dode letter.

In oktober 2004 komt het systeem van de referentiebedragen in het communautaire daglicht te staan. Uit een in de pers uitgelekt document van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), dat echter nog niet werd gevalideerd door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie, zou blijken dat de uitgaven voor preoperatieve onderzoeken van de Brusselse en Waalse ziekenhuizen merkbaar hoger liggen dan deze van de Vlaamse ziekenhuizen. In een poging om deze communautaire brand te blussen, voert de opvolger van Frank VANDENBROUCKE, Minister Rudy DEMOTTE, via zijn volmachtenwet¹³⁴ standaardprijzen in ("forfaits" zegt het nieuw gecreëerde artikel 56quater van de G.V.U.-wet) voor de reeds in 2002 bepaalde 26 APR-DRG's. Bij een volgende wijziging¹³⁵ van het systeem van de referentiebedragen werd het aantal APR-DRG's uitgebreid en werd ook in de mogelijkheid voorzien om het systeem naar het dagziekenhuis uit te breiden. Ook deze aanpassing bleek even onuitvoerbaar als de vorige.

¹³¹ Artikel 11 van de Wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (BS 10.09.2002) creëert een artikel 56ter "Referentiebedragen" in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (G.V.U.-wet).

¹³² "De gezondheidszorg, een paarse splijtzwam met groene stippels". Dr. M. Moens. VBS jaarverslag 2002. Punt III.2. "De individuele responsabilisering en de referentiebedragen".

¹³³ All Patients Refined Diagnosis Related Groups

¹³⁴ Wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. (BS 20.05.2005), artikelen 9 en 10.

¹³⁵ Wet van 27 december 2005 houdende diverse bepalingen (BS 30.12.2005), artikelen 105 en 106.

Derde keer, goede keer? Laurette ONKELINX heeft zich, als derde minister op rij, eraan gewaagd om voor het systeem van de referentiebedragen een werkbaar artikel 56ter aan het Belgisch Staatsblad af te leveren¹³⁶. Een van de grote nieuwigheden was dat nu alles in de wet zelf werd geregeld. Er zijn met andere woorden geen uitvoeringsbesluiten meer nodig zodat het RIZIV meteen zijn computers kon laten draaien om de bokken van de schapen te scheiden en vervolgens zijn facturen op te maken. Het nieuwe artikel 56ter voorziet in twee berekeningswijzen, één voor klassieke ziekenhuisopnames vóór en één voor na 31 december 2008. Het RIZIV heeft grote moeite gedaan om via een informatiedag d.d. 03.02.2009 en via de publicatie van een brochure en een PowerPointpresentatie op zijn website¹³⁷ de collega's en de ziekenhuisdirecties door deze taaie materie met mogelijks belangrijke financiële consequenties te gidsen.

Al deze inspanningen ten spijt, en ondanks de uiteenzettingen die de in deze materie gespecialiseerde RIZIV-medewerker, de Heer Mickael DAUBIE, met eindeloos geduld her en der is gaan geven, vertrouwden de artsen het zaakje niet. Daarom leidden de Syndicale Kamer van Brussel, het VBS, de BVAS en een aantal fysieke personen bij het Grondwettelijk Hof een vordering tot nietigverklaring in van het nieuwe artikel 56ter van de G.V.U.-wet. Het systeem van de referentiebedragen is discriminerend en de "strafmaat" is buiten alle proporties. De RIZIV-brochure stelt trouwens dat het de bedoeling van de wetgever was om minder ziekenhuizen aan te pakken, maar op een veel strengere manier. In simulaties van het originele systeem uit 2002 zouden 112 van de 117 algemene ziekenhuizen een terugbetaling hebben moeten doen. In het in voege zijnde systeem kregen "slechts" 34 van de op dit moment 125 apart bekeken ziekenhuizen een factuur, voor een totaal terug te betalen bedrag van € 5,983 miljoen. Daarvan zijn er 11 Vlaamse ziekenhuizen (€ 2,228 miljoen of gemiddeld € 202.525 per ziekenhuis), 8 Brusselse (€ 1,259 miljoen of gemiddeld € 157.422 per ziekenhuis) en 15 Waalse (€ 2,496 miljoen of gemiddeld € 166.362 per ziekenhuis) (zie tabel 5.2.1).

Terug te betalen referentiebedragen

Gewest	Bedrag (in €)	Aantal geselecteerde ziekenhuizen	Gemiddelde bedrag per ziekenhuis
Wallonië	2.495.424	15	166.362
Vlaanderen	2.227.773	11	202.525
Brussel	1.259.380	8	157.422
België	5.982.577	34	175.958

Bron: RIZIV

Tabel 5.2.1

Een ander juridisch argument ligt in het feit dat ziekenhuizen die "geselecteerd" werden onmogelijk retroactief hun manier van werken kunnen aanpassen. Sinds de brief van 19.09.2009 (over de uitgaven 2006) weten die ziekenhuizen dat ze gelijkaardige bedragen zullen moeten betalen voor hun activiteiten in 2007 (in 2010) en 2008 (in 2011). Het is pas voor de patiëntenverblijven vanaf 2009 dat de wet voorziet dat de berekening van de referentiebedragen zal gewijzigd worden. Nochtans weet de overheid perfect dat de manier van het verrekenen van het gebruik van fysiotherapie zeer onrechtvaardig is, weet men dat het mengen van de cijfers van technische prestaties cardiologie van gewone algemene ziekenhuizen met die van ziekenhuizen met gespecialiseerde hartdiensten sterk in het nadeel van de gespecialiseerde hartcentra werkt, en weet men dat □ om demografische of andere redenen □ sommige ziekenhuizen er in slagen de meeste technische verstrekkingen ambulant uit te voeren vóór de opname, terwijl andere ziekenhuizen daar niet kunnen in slagen en dus gepenaliseerd worden. Een bijkomend juridisch argument is dat honoraria voor prestaties van kinesitherapeuten die als zelfstandigen in een "geselecteerd" ziekenhuis werken door de artsen zouden moeten worden terugbetaald.

¹³⁶ Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (BS 31.12.2008)

¹³⁷ <http://www.riziv.be/care/nl/hospitals/specific-information/amounts-reference/pdf/prospectus.pdf>

Indien de geneesheer-specialist zijn medisch handelen zou aanpassen aan de manier van werken van x jaar voordien komt hij bovendien in conflict met de deontologische verplichting om de patiënt de best mogelijke zorgen te verlenen die rekening houden met de actuele stand van de wetenschap.

De daghospitalisatie zit nog altijd niet in het systeem en met de uitgaven verbonden aan "one day" ingrepen wordt dus geen rekening gehouden. Er bestaan allerlei redenen waarom een ziekenhuis voor een bepaalde pathologie soms voor klassieke hospitalisatie opteert en soms voor een behandeling in het dagziekenhuis. De uitgaven voor daghospitalisatie zullen eventueel voor de opnames vanaf 1 januari 2009 in aanmerking genomen worden, maar technisch is die methodologie nog niet uitgewerkt. Bovendien wil men ook werken aan een "carensperiode" in de maand voorafgaand aan een chirurgische ingreep. Alle ambulante verstrekkingen die in die periode worden geattesteerd zullen in de berekening worden opgenomen. De vraag rijst onmiddellijk: ook die verstrekkingen die niets te maken hebben met de geplande ingreep? Ook de radiologische en klinische biologie-onderzoeken die niet in het ziekenhuis werden uitgevoerd, maar op voorschrift van de behandelende huisarts werden verricht in een privaat kabinet van een radioloog of in een privaat laboratorium? Veel meer vragen dan antwoorden waar de multipartite structuur voor het ziekenhuisbeleid zich dringend zou moeten over buigen. Maar misschien is de haast niet erg groot. Misschien houdt de multipartite er rekening mee dat het Grondwettelijk Hof in de loop van 2010 het artikel 56ter wel eens zou kunnen schrappen, zodat de zaak van vooraf aan zou moeten herbegonnen worden.

Op 25.06.2009 besliste het Bestuurscomité met unanimité der stemmen een vordering tot nietigverklaring in te dienen bij het Grondwettelijk Hof tegen het nieuwe artikel 56 ter van de G.V.U.-wet.

5.2.2. MaNaMa

De opleiding is altijd een van de speerpunten van het VBS geweest. In het begin van de jaren '50 van de vorige eeuw was het VBS zelfs de instantie die instond voor de erkenning van de geneesheren-specialisten. Deze bevoegdheid werd over de jaren heen overgenomen, eerst voor een tweetal jaar door de Orde der Geneesheren, nadien door de federale overheid via de erkenningscommissies bij het Ministerie, nu de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid.

Op respectievelijk 18 en 21 september 2009 werden in het Belgisch Staatsblad de besluiten¹³⁸ gepubliceerd van 4 september 2009 van Vlaamse regering waarbij aan de vier Vlaamse universiteiten de toestemming wordt verleend om een Master na Master-opleiding in de specialistische geneeskunde te organiseren vanaf het academiejaar 2009-2010. De studieduur van de opleiding bedraagt 120 studiepunten.

Binnen de masteropleiding komt één studiepunten overeen met 25 tot 30 uren voorgeschreven onderwijs-, leer- en evaluatieactiviteiten¹³⁹. De Master na Master-opleiding in de specialistische opleiding omvat dus tussen de 3.000 en 3.600 uren studieactiviteiten of twee volledige academiejaren. In het adviesrapport van de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) "Toets nieuwe opleiding" is uitdrukkelijk te lezen dat "de studiepunten flexibel te spreiden zijn over de hele studieduur van de opleiding die verschilt

¹³⁸ Besluit van 04.09.2009 van de Vlaamse Regering tot erkenning van de master-na-masteropleiding master in de specialistische geneeskunde als nieuwe opleiding van de Vrije Universiteit Brussel. (BS 18.09.2009)

Besluit van 04.09.2009 van de Vlaamse Regering tot erkenning van de master-na-masteropleiding master in de specialistische geneeskunde als nieuwe opleiding van de Universiteit Antwerpen, de Universiteit Gent en de Katholieke Universiteit Leuven (BS 21.09.2009)

¹³⁹ <http://www.vub.ac.be/infoover/onderwijs/bama/bama.html>

per afstudeerrichting. Zo is drie jaar voorzien voor de afstudeerrichting geriatrie¹⁴⁰, vier jaar voor dermatologie-venereologie en zes jaar voor heelkunde¹⁴¹. De nieuwe Master na Master-opleiding heeft dus de roeping om zich uit te spreiden over de volledige duur van de opleiding tot arts-specialist. Dit houdt ons inziens een belangrijke bevoegdheidsoverschrijding in van de Vlaamse gemeenschap. Immers, artikel 21, 4° van het federaal toepasbare KB van 21 april 1983¹⁴² bepaalt dat de kandidaat-specialist moet beschikken over "een attest dat aantoonde dat de kandidaat met vrucht een specifieke universitaire opleiding heeft gevolgd; voor de kandidaat-specialisten moet deze opleiding gelijktijdig hebben plaatsgevonden met de eerste twee jaar van hun opleiding". De beslissing van de Vlaamse regering strookt bovendien niet met de uitspraak van Vlaams minister-president Kris PEETERS in een interview met Trends voor specialisten¹⁴³ waar hij het heeft over het behoud van de solidariteit: "... Het persoonlijke aandeel voor eenzelfde product voor de patiënt moet in Vlaanderen, Wallonië en Brussel hetzelfde zijn, ook bij een bezoek aan een huisarts, specialist of in het ziekenhuis. *Ook de erkenning van artsen moet federaal blijven.*"

Op 12.11.2009 besliste het bestuurscomité unaniem en met één onthouding om een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen bij de Raad van State tegen beide voornoemde besluiten van de Vlaamse Regering.

5.3. Uitspraken

5.3.1. De vrijwillige tussenkomst.

Op verzoek van het UZ Antwerpen is het VBS in 2008 vrijwillig tussengekomen in het beroep tegen het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg van Antwerpen¹⁴⁴ waarbij de rechter een arts had veroordeeld tot het ten laste nemen van de kostprijs van de voor de chirurgische ingreep gebruikte implantaten die niet in de nomenclatuur waren opgenomen. De kostprijs van de gebruikte implantaten vertegenwoordigde een veelvoud van het aan de patiënt gevraagde honorarium voor de ingreep. Conform de wet op de patiëntenrechten was de patiënt vóór de ingreep nochtans uitvoerig op de hoogte gebracht van de financiële gevolgen van zijn beslissing. Hij had aanvankelijk deze implantaten ook zonder problemen betaald. Achteraf heeft de Christelijke Mutualiteit namens haar lid een vordering ingeleid om de terugbetaling van de kostprijs van de implantaten te eisen.

Het verzoek tot vrijwillige tussenkomst van het VBS werd om procedurerechten onontvankelijk verklaard. We hebben nochtans geen redenen tot klagen. In beroep werd het vonnis gewijzigd op grond van de door de raadshere van het VBS ontwikkelde argumentatie. De rechter in beroep¹⁴⁵ bevestigt vooreerst dat de desbetreffende implantaten inderdaad niet inbegrepen zijn in het budget van de financiële middelen zoals ook de rechter in eerste aanleg uitspraak deed. Maar de rechter in beroep oordeelt bovendien – in tegenstelling tot het vonnis in eerste aanleg – dat deze kost niet kan worden beschouwd als zijnde een kost verbonden aan de medische prestatie. Het is in ieder geval geen kost voor het gebruik van

¹⁴⁰ Overeenkomstig art. 1 van het MB van 29 juli 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten in de geriatrie heeft de opleiding een duur van 6 jaar bestaande uit 3 jaar opleiding in de algemene inwendige geneeskunde en 3 jaar specifieke opleiding in de geriatrie. (BS 19.08.2005)

¹⁴¹ NVAO Universiteit Antwerpen Master in de specialistische geneeskunde (master na master 15 juni 2009 blz. 21).

¹⁴² KB van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen. (BS 27.04.1983)

¹⁴³ "Na 10 jaar debat moeten we vooruit". Trends voor Specialisten, 02.06.2009.

¹⁴⁴ Vonnis van de rechtbank van 1^{ste} aanleg van Antwerpen van 09.05.2008 in de zaak met rolnummer 06-7250-

A.

¹⁴⁵ Hof van Beroep van Antwerpen d.d. 30 maart 2009.

de "uitrusting en toestellen" die de verzorgingsinstellingen kunnen inhouden op de honoraria van de behandelende artsen.

Een belangrijk arrest van kapitaal belang voor het ontwikkelen en het op peil houden van de kwaliteit van de geneeskunde, zou men kunnen denken, ware het niet dat ondertussen de regelgeving m.b.t. de terugbetaling van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen met ingang van 1 mei 2009 werd gewijzigd¹⁴⁶. Voortaan kunnen alleen nog de implantaten die volgens de geëigende RIZIV-procedure werden genotificeerd in aanmerking komen voor terugbetaling door de ziekteverzekering.

De implantaten die niet genotificeerd zijn hoewel ze aan de voorwaarden van notificatie onderworpen zijn, mogen niet aan de rechthebbenden worden aangerekend. Wanneer de rechthebbende gehospitaliseerd is, zullen ze integraal ten laste vallen van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis. Deze nieuwe regelgeving belooft nog tot veel conflicten te leiden.

5.3.2¹⁴⁷. Artikel 17 van de nomenclatuur – vermindering van de honoraria van 4 NMR prestaties tot het niveau van de CT-scan.^{148,149}

Om zonder veel poespas een resem besparingen te kunnen realiseren, werden aan de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Rudy DEMOTTE, in 2005 volmachten verleend¹⁵⁰. In het kader van deze volmachtbesluiten werden de honoraria van een aantal NMR-onderzoeken van het hoofd, de hals, de thorax of abdomen, van de wervelzuil en deze van de ledematen gelijkgeschakeld met het honorarium voor vergelijkbare onderzoeken met de CT-scan.

De Raad van State, die normaal met veel zwier besluiten vernietigt wegens het miskennen van de meest pietluttige procedureregeltjes, houdt in dit geval helemaal geen rekening met een nochtans flagrante miskenning van haar eigen werkingsregels. De Raad van State ziet evenmin graten in de gebrekkige motivatie van het besluit. De eenvoudige vaststelling dat de maatregelen nodig zijn teneinde de globale begrotingsdoelstellingen te bereiken blijkt een voldoende motivering.

In zijn arrest nr. 194.532 d.d. 22 juni 2009 verwerpt de Raad van State dan ook de vordering tot nietigverklaring.

5.3.3. Urgentiehonoraria. Voor de klinische biologie een pyrrusoverwinning of gedurende enkele dagen blij met een dode mus. Voor de medische beeldvorming gewoon een nul op het rekest.

Op 29.08.2005 dienden het VBS en ondergetekende bij de Raad van State een verzoekschrift tot nietigverklaring in tegen het KB van 15.06.2005 dat de urgentiehonoraria voor niet-gehospitaliseerde patiënten voor verstrekkingen klinische biologie afschafte in het artikel 26 § 1 bis van de nomenclatuur¹⁵¹.

¹⁴⁶ KB van 1 maart 2009 tot uitvoering van artikel 35septies, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de notificatie van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurend gebruik (BS 26.03.2009)

¹⁴⁷ Arrest van de Raad van State nr. 194.562 d.d. 22.06.2009

¹⁴⁸ KB van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 17, § 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 (BS 30.06.2005)

¹⁴⁹ "Van nu, besparingen zonder einde, en straks, Soylent Green?" Dr. M. Moens. VBS-jaarverslag 2005 blz. 29.

¹⁵⁰ Wet van 27.04.2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (BS 20.05.2005).

¹⁵¹ Koninklijk besluit van 15.06.2005 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

Het KB was bedoeld als een besparingsmaatregel en om vermeende overconsumptie radicaal uit te roeien. Er konden effectief vragen worden gesteld bij de explosieve uitgavenstijging voor deze dringendheidshonoraria in de ambulante sector. In de werkgroep klinische biologie van de Technisch geneeskundige raad van het RIZIV waren discussies aan de gang om hieraan te remediëren. Met de totale afschaffing was echter niemand van de klinisch biologen akkoord, en die draconische maatregel was niet verantwoord.

Het arrest van 16.09.2009¹⁵² is echter het prototype van een pyrrusoverwinning. De Raad van State herstelt het recht op urgentiehonoraria voor de klinisch biologen, maar hij "vergeet" de schrapping van de vroegere paragraaf 1bis van het artikel 26 van de nomenclatuur ongedaan te maken. Deze §1bis vermeldde de codenummers om die dringende ambulante prestaties klinische biologie te kunnen attesteren (de sinds 01.07.2005 niet meer bestaande nummers 599818 tot en met 599955)¹⁵³. En dus blijven de urgente verstrekkingen klinische biologie onvergoedbaar door het RIZIV. Minister ONKELINX gaf het Verzekeringscomité de opdracht de zaak uit te klaren, want niemand durft zich vandaag uit te spreken of dergelijke urgentiehonoraria ten laste van de patiënt mogen worden gelegd of niet.

In het kader van de volmachtwet werden in de medische beeldvorming¹⁵⁴ eveneens gelijkaardige besparingsmaatregelen opgelegd. De urgentiehonoraria voor een aantal prestaties, waaronder de radiografie van het abdomen, bekken, de blaas of galblaas en deze van de thorax, werden zowel voor ambulante als voor gehospitaliseerde patiënten afgeschaft. De reglementaire pennentrek om tot deze afschaffing te komen verschilde enigszins van deze gebruikt voor de afschaffing van de urgentiehonoraria in de klinische biologie. De Raad van State oordeelde dat de wetgever voor de medische beeldvorming wel netjes binnen de lijntjes van de volmachtenwet was gebleven en verwierp dus de vordering tot nietigverklaring.

Binnen of buiten de lijntjes van de volmachtenwetten, het netto resultaat bleef hetzelfde: nul op het rekest.

5.3.4. Het beschikbaarheidshonorarium¹⁵⁵

De beschikbaarheidshonoraria voor de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdienst werden bij KB van 29.04.2008 ingevoerd in ons reglementaire arsenaal. Deze honoraria werden omwille van louter budgettaire redenen slechts toegekend aan een beperkt aantal basisspecialismen¹⁵⁶ of groepen¹⁵⁷ van

van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 30.06.2005; Ed. 1).

¹⁵² Arrest van de Raad van State nr. 196.105 d.d. 16.09.2010

¹⁵³ De dringendheidshonoraria voor de verstrekkingen klinische biologie voor gehospitaliseerde patiënten waren al afgeschaft bij KB van 21.03.2000 (BS 30.03.2000).

¹⁵⁴ KB van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 26, §§ 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. (BS 30.06.2005)

¹⁵⁵ KB van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten. (BS 22.05.2008)

¹⁵⁶ 1° geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde of cardiologie of pneumologie of gastro-enterologie of in de geriatrie; 2° geneesheer specialist in de heelkunde; 3° geneesheer specialist in de anesthesie-reanimatie; 4° geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, indien het ziekenhuis beschikt over een erkende M-dienst; 5° geneesheer specialist in de pediatrie, indien het ziekenhuis beschikt over een erkende E-dienst; 6° geneesheer specialist in de röntgendiagnose; 7° geneesheer specialist in de orthopedische heelkunde; 8° geneesheer specialist in de otorhinolaryngologie; 9° geneesheer specialist in de oftalmologie; 10° geneesheer specialist in de psychiatrie of de neurologie of de neuropsychiatrie.

¹⁵⁷ De groep 10 werd uitgesplitst in psychiatrie of neuropsychiatrie en 11 neurologie of neuropsychiatrie bij KB van 20 SEPTEMBER 2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige

basisspecialismen die in het artikel 3 werden opgesomd en voor zover ze effectief beschikbaar zijn en ze effectief naar het ziekenhuis komen indien zij daartoe opgeroepen worden. De Raad van State had al een eerder ontwerp van dit besluit uit 2007 met een vernietigende kritiek teruggestuurd naar het RIZIV omdat hij van oordeel was dat het een onaanvaardbare discriminatie invoerde onder de disciplines¹⁵⁸. Om aan deze kritiek van de Raad van State tegemoet te komen, werd de oorspronkelijke lijst van 5 disciplines uitgebreid tot 10, en later tot 11 basisdisciplines, zich inspirerend op de KB's houdende de erkenningsnormen voor de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorgen¹⁵⁹.

Het VBS, de beroepsverenigingen van klinische biologie, neurochirurgie, urologie en stomatologie – mond-, kaak-, en aangezichtschirurgie, samen met een aantal individuele artsen van deze disciplines, hebben met succes een vordering tot nietigverklaring ingeleid bij de Raad van State.

De Raad van State heeft in dit dossier blijk gegeven van een zelden geziene spoed en precisie. Amper anderhalf jaar na de indiening van de vordering heeft hij in zijn arrest van 16 december 2009 selectief het discriminerende artikel 3 van het KB van 29.04.2008 vernietigd. Hoewel het VBS overtuigd was dat alle disciplines die participeren aan de wachtdienst gediscrimineerd werden door dit KB, steunde de Raad zich exclusief op de volgens hem onaanvaardbare discriminatie van de klinisch biologen. Het KB houdende de organisatie van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg voorziet immers in zijn artikel 4, §1, 3° eveneens dat te allen tijde beroep moet kunnen gedaan worden op "een laboratorium van klinische biologie uitgerust en georganiseerd om ter plaatse en op elk ogenblik de noodzakelijke analyses uit te voeren". Om daar te kunnen aan voldoen moet tevens continu een klinisch bioloog beschikbaar zijn volgens het erkenningsbesluit van de laboratoria voor klinische biologie¹⁶⁰.

Ingevolge de vernietiging van deze beperkende lijst kunnen alle artsen die effectief hebben ingestaan voor de beschikbaarheid tijdens het weekend en wettelijke feestdagen in het kader van een door het ziekenhuis georganiseerde wachtdienst en die zich effectief bij een dringende oproep naar het ziekenhuis hebben begeven, hun rechten laten gelden op dit beschikbaarheidshonorarium. De nieuwe modaliteiten van de mededeling aan het RIZIV die de hoofdgeneesheer moet vervullen worden eerstdaags vastgelegd.

5.3.5. Het arrest 190.694¹⁶¹ en zijn gevolgen voor de "Wet Brotchi"¹⁶²

Ruim tien jaar geleden werd door de Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de fysische geneeskunde en revalidatie een vordering tot nietigverklaring ingediend tegen de toekenning van de bijzondere bekwaamheid in de functionele en professionele revalidatie van locomotorisch gehandicapten. Na een jarenlange procedure

verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten (BS 30.09.2009)

¹⁵⁸ Het ontwerp daterend uit 2007 voorzag in de betaling van een dergelijke honoraria aan slechts 5 disciplines te weten de inwendige geneeskunde, de chirurgie, de anesthesie, de pediatrie en de radiodiagnose.

¹⁵⁹ KB van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden (BS 19.06.1998) en het KB van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden. (BS 19.06.1998)

¹⁶⁰ Koninklijk besluit van 03.12.1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort (BS 30.12.1999; Ed 2).

¹⁶¹ Raad van State nr. 190.642 d.d. 19.02.2009

¹⁶² wet van 10 december 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, teneinde criteria in te voeren waaraan een tegensprekelijk debat tussen de kamers van de erkenningscommissies van geneesheren-specialisten en de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen moet voldoen. (BS 09.01.2009)

vernietigde de Raad van State effectief de erkenning van desbetreffende geneesheer op een voor de regelmatige lezers van arresten van de Raad van State vertrouwde manier, met name op basis van loutere procedureregels. De Raad van State merkt op dat de beslissing om deze geneesheer te erkennen werd genomen door de bevoegde commissie zonder dat aan het vereiste aanwezigheidsquorum was voldaan. Het advies werd dus uitgebracht met miskenning van een substantieel vormvoorschrift. Het feit dat de minister over een discretionaire bevoegdheid beschikt en zij/hij dus kan afwijken van het advies impliceert niet dat zij/hij tevens bevoegd is om een beslissing te nemen op basis van een ongeldig advies en de daarin opgenomen motieven.

Deze argumentatie van de Raad van State heeft echter verregaande praktische gevolgen voor de behandeling van beroepen die eventueel worden ingediend door kandidaat-specialisten bij de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en Huisartsen tegen een beslissing van hun erkenningscommissie.

Ingevolge de "Wet Brotchi"¹⁶³ werd de samenstelling van de Hoge Raad zetelend in beroep grondig gewijzigd. Tenminste één van haar leden, erkend in het specialisme van het dossier dat moet worden behandeld, dient de beraadslaging bij te wonen. Wanneer de Kamer geen enkel lid telt dat in dit specialisme is erkend, wijst de voorzitter een geneesheer aan die wel in dit specialisme is erkend om de beraadslaging met raadgevende stem bij te wonen. Daarbovenop wijst de Kamer van de Hoge Raad (Nederlandstalig of Franstalig) ook twee artsen aan, die erkend en actief zijn in het specialisme in kwestie om aan zijn beraadslaging deel te nemen met raadgevende stem. De desbetreffende experten kunnen voor hun prestatie aanspraak maken op eenzelfde riante vergoeding als deze die kan geclaimd worden door de leden van Hoge Raad, zegge en schrijve 4,96 € per zitting en een vergoeding voor een treinticket van hun woonplaats naar de FOD Volksgezondheid op het Victor Hortaplein in 1060 Brussel, het voorbereidend werk om kennis te nemen van het (soms omvangrijke) dossier inbegrepen. Het wekt geen verbazing dat het onder zo'n voorwaarden een helse, zo niet onmogelijke klus is om minstens twee nog beroepsactieve collega's te overtuigen hun klinische praktijk voor ruim een halve dag in de steek te laten.

Indien de Hoge Raad zetelend in Beroep toch een advies uitbrengt in miskenning van dit opgelegde (maar onhaalbare) aanwezigheidsquorum, dan kan de beslissing van de minister sowieso aangevochten worden bij de Raad van State op basis van zijn voornoemde uitspraak nummer 190.694.

In de praktijk werd het behandelen van dossiers in beroep door de Hoge Raad, door de drempelverhoging die MR-senator en professor in de neurochirurgie aan de ULB, Dr. Jacques BROTCHE invoerde, quasi onmogelijk. Mede op onze vraag aan minister Laurette ONKELINX, en gesteund door de administratie van de FOD Volksgezondheid, die wanhopige assistenten in opleiding bij zich kreeg wier dossiers niet in beroep konden worden behandeld en die dus nergens als specialist aan de slag konden, werden de buitenissige quorumvereisten die de "Wet Brotchi" had opgelegd sterk teruggeschroefd¹⁶⁴.

¹⁶³ Wet van 10.12.2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, teneinde criteria in te voeren waaraan een tegensprekelijk debat tussen de kamers van de erkenningscommissies van geneesheren-specialisten en de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen moet voldoen (BS 09.01.2009; Ed. 1).

¹⁶⁴ Wet van 23 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, artikel 44 (BS 29.12.2009)

6. Besluit

Vastgeroeste ideeën moesten eraan geloven in 2009. Een persconferentie van het RIZIV over zijn studie "Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief"¹⁶⁵ d.d. 26.10.2009 over het medisch verbruik in België sloeg in als een bom. De pers titelde, dikwijls op de frontpagina's: "*Nouvel atlas de la géographie de la consommation médicale*"¹⁶⁶; "*Vlaanderen duurste regio voor gezondheidszorg*"¹⁶⁷; "*Oude argumenten gelden niet meer*"¹⁶⁸; "*Verschiil*"¹⁶⁹; "*La Flandre la plus dépensière en soins de santé*"¹⁷⁰.

Maar dat er zeer belangrijke praktijkverschillen bestaan werd even zo goed aangetoond: meer specialistenraadplegingen in het centrum van het land; in de huisartsenpraktijk veel meer gebruik van het globaal medisch dossier in het noorden van het land.

Bij het geneesmiddelengebruik frappeerde het hoge gebruik van Rilatine in Vlaanderen en van psychofarmaca in het zuiden. Zijn alle Vlaamse kinderen hyperkinetisch en alle Franstaligen depressief? Uiteraard niet, maar er zijn dus mogelijkheden tot verandering, bijsturing, aanpassing en daardoor verbetering. Ik ga er vanuit dat artsen daar graag willen aan meewerken, hoewel – om filosofische of andere redenen – niet iedereen gelukkig was met de nieuwe RIZIV bevindingen.

De systematische en repetitieve oorlogsverklaringen aan de autonome beroepsuitoefening van artsen en andere gezondheidszorgverstrekkers door het KCE baren ons grote zorgen. De jongste rapporten zijn van een onderdanig pseudo-wetenschappelijk niveau. In het bijzonder de nieuwjaarsbrief over het all-in systeem in de Belgische ziekenhuizen ware beter niet verzonden. Jammer genoeg zullen er nog van dat politieke slag volgen, tenzij de pas benoemde voorzitter, Dr. Raf MERTENS, het tij kan doen keren¹⁷¹. Het zou het KCE-bestuur duidelijk moeten zijn dat broodschrijvers en politieke slippendragers niet noodzakelijk in staat zijn grote wetenschap te bedrijven.

Om de kwaliteit van de zorgverlening voor hun patiënten te garanderen, moeten gevestigde artsen opkomen voor de kwaliteit van de opleiding van hun toekomstige opvolgers. Pas gediplomeerde artsen die gevormd worden tot specialist of huisarts zijn geen "studentjes". Het zijn academisch geschoolde jongelui die hun aanvullende beroepsopleiding voor minstens de helft buiten de academische ziekenhuizen moet kunnen volgen. Om dat alles in goede banen te leiden, moet er een federaal georganiseerd concours bij het begin van de studies georganiseerd worden. Iedereen mag zo zij/hij dat wenst de studies geneeskunde aanvatten, maar alleen degenen met een quotering binnen het toegelaten aantal, kunnen 9 à 15 jaar later effectief in het beroep stappen. In 1993 noemde ik dergelijk systeem dringend¹⁷². Vandaag noem ik het dringend en noodzakelijk, tenzij men er politiek niet van wakker ligt dat binnen 6 à 7 jaar ruim tweeduizend afgestudeerde artsen geen passende job zullen kunnen / mogen vinden.

Met deze herhaalde wens, sluit ik mijn twintigste VBS-jaarverslag af en dank ik u voor uw volgehouden aandacht,

Dr. Marc MOENS,
Secretaris-generaal VBS,
Brussel 06.02.2010

¹⁶⁵ <http://www.riziv.be/information/nl/studies/study44/pdf/reportNL.pdf>

¹⁶⁶ Vincent CLAES in Le Journal du médecin, 30.10.2009.

¹⁶⁷ Peter BACKX in Artsenkrant, 30.10.2009.

¹⁶⁸ Guy TEGENBOS in De Standaard, 27.10.2009.

¹⁶⁹ Filip Ceulemans in De Huisarts, 29.10.2009.

¹⁷⁰ Le Soir, 26.10.2009, rédaction en ligne 18:38.

¹⁷¹ "Raf Mertens: 'We hebben geen verborgen agenda'". Artsenkrant, 20.10.2009.

¹⁷² "Numerus clausus kan zonder studiekeuzebeperking". Opinie, De Standaard 31.03.1993.