

V.B.S.-jaarverslag 2003  
Dr. Marc MOENS  
Secretaris-generaal  
07.02.2004

**2003 :**

**HET JAAR VAN DE PERCEPTIE.**

**“Ceci n’est pas un gouvernement”**

## INHOUDSTAFEL

I.	Preambule .....	1
II.	Het verkiezingsjaar 2003 .....	1
	1. De campagne doorbreekt de taalgrens .....	1
	2. Steve is God .....	3
	3. Geen VERHOFSTADT bis maar Paars I .....	3
	4. En voor de specialisten ... een dovemansdialog ? .....	4
III.	Het “onethisch” akkoord artsen-ziekenfondsen 2004-2005 van 15.12.2003.....	7
	1. Het akkoord van 19.12.2002 voor 2003 wordt aanvaard .....	7
	2. Naar een nieuw akkoord voor de jaren 2004 en 2005 ? .....	8
	3. Budget 2004 .....	12
	1. Vragen staat vrij .....	12
	2. De Medico-mut wikt, maar VANDE LANOTTE beschikt .....	13
	4. De accreditering .....	14
IV.	Numerus clausus .....	16
	1. De Franse Gemeenschap schaft elke vorm van beperking af .....	16
	2. Blijvende Franstalige en afgeremde Vlaamse plethora .....	18
	3. De Vlaamse situatie sinds 1997 .....	19
	4. “La pénurie francophone” en een Vlaamse petitie .....	20
V.	De oprukkende academisering .....	24
VI.	Juridische procedures .....	26
	1. Vorderingen door het VBS ingeleid in 2003 of waarvoor het VBS haar financiële steun heeft toegekend .....	26
	1. Ministerieel besluit van 1 oktober 2002 tot wijziging van het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen (B.S. 23. 10. 2002) - Beslissing tot verderzetting van de procedure voor de Raad van State .....	26
	2. Het Koninklijk Besluit van 16 mei 2003 houdende benoeming van de voorzitter, zijn plaatsvervanger en de leden van Federale Commissie “Rechten van de patiënt” (B.S. 27.05.2003) .....	27
	3. Koninklijk besluit van 8 juli 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (B.S. 04.08.2003) .....	27
	4. Financiële steun van de vordering tot schorsing en nietigverklaring ingeleid door de Beroepsvereniging van Neurologen en Psychiaters voor de Raad van State tegen de Koninklijke besluiten van 30 november 2003 en 15 december 2003 respectievelijk gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 12 december en 31 december 2003 .....	28

2.	Uitspraken .....	28
1.	Wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (B.S. 22.02.2002) – Gemeenschappelijke vorderingen door het VBS en de BVAS ingeleid voor het Arbitragehof .....	28
1.	Artikel 112 .....	28
2.	Artikel 63 en volgende.....	29
2.	KB van 17 oktober 1991 houdende wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd .....	30
3.	K.B. van 13 januari 1995 tot wijziging van het K.B. van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, waarbij de Technische Raad voor Kinesitherapie opgericht werd .....	31
3.	Overzicht van de procedures waarvan na overleg met een raadsman werd afgezien .....	31
1.	Het Ministerieel Besluit van 12 maart 2003 tot wijziging van het M.B. van 30 april 1999 houdende de algemene criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten (B.S. van 9 april 2003).....	31
2.	Het Koninklijk Besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend (B.S. van 25 april 2003).....	32
VII.	De Geneeskundige Controle.....	33
1.	De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) en de wet op de "individuele responsabilisering van de zorgverleners".....	33
2.	Het "snelrecht" van het Comité .....	34
3.	Een verrassende doch "heilzame" leemte in de wet .....	35
4.	Een concreet voorstel tot wijziging van het systeem.....	35
5.	Van interpretatieve "vondsten" naar de "jurisdogma's" .....	36
6.	De reglementering en de praktijk "lege artis" .....	37
VIII.	In vogelvlucht.....	38
1.	Medische beeldvorming .....	38
1.	Het voorschrift .....	38
2.	De niet-ionische contrastmiddelen .....	38
3.	De geschrapte manipulaties.....	38
4.	Het FANC en de rondreizende stralingsbronnen .....	39
2.	De oftalmologen .....	40
1.	Facu-emulsificatie ... ..	40
2.	... en de opticiens .....	41
3.	Forfaitaire vergoeding en zorgkwaliteit .....	41
4.	De stomatologen en de tandartsen-specialisten .....	42
4.	De implementering van de rechten van de patiënt door de verzekeringsmaatschappijen.....	43
6.	De neo-geriaters en de neo-urgentisten .....	43
IX.	BESLUIT .....	44

## **I. PREAMBULE**

Sinds onze vorige algemene statutaire vergadering van 08.02.2003 kwam het Uitvoerend Comité 42 maal samen op maandagmiddag en vergaderde het Bestuurscomité 7 maal op een donderdagavond. Van de wekelijkse vergaderingen van het Uitvoerend Comité wordt telkens een beknopt verslag gemaakt en dezelfde week elektronisch bezorgd aan alle leden van het Uitvoerend Comité, zodat ook degenen die niet aanwezig konden zijn de VBS-reacties op de actualiteit op de voet kunnen volgen en tussenkomen indien zij dat wensen. De verslagen van het bestuurscomité worden in extenso opgemaakt en tegen de volgende vergadering ter goedkeuring bezorgd aan alle bestuursleden en aan alle voorzitters en secretarissen van de beroepsverenigingen.

In het kalenderjaar 2003 werden 9 gewone nummers uitgegeven van "De Geneesheer-Specialist" en 6 speciaalnummers.

Het maartnummer 2003 maakte ophef. Onder de titel "Waarom moet de specialist terrein verlaten?" stelde het V.B.S. vast dat in de aanloop tot de verkiezingen van 18 mei 2003, de Vlaamse politieke partijen de specialisten het terrein van de ambulante zorg wilden ontnemen. Op pagina 2 en 3 publiceerde ons blad het standpunt van onze Algemene Vergadering van 08.02.2003 over "De toegang tot de moderne gezondheidszorg". Het werd onze voorzitter, Prof. GRUWEZ, niet in dank afgenomen. Scheldkanonnades zowel op zijn privé-mail als in de medische kranten waren zijn deel. Maar in de politiek, ook de gezondheidspolitiek, moeten we geharnast zijn. De weken na het akkoord artsen-ziekenfondsen van 15.12.2003 kregen anderen, waaronder ondergetekende, van hetzelfde laken een pak vanwege sommige Vlaamse huisartsen, maar daarover straks meer (cfr. III.2.).

## **II. HET VERKIEZINGSJAAR 2003**

### **II.1. De campagne doorbreekt de taalgrens**

De verkiezingen van 18 mei 2003 worden, wat de sector sociale zaken en gezondheidszorg betreft, op een gans andere manier voorbereid in Vlaanderen dan in het Franstalig landsgedeelte.

PS-voorzitter Elio DI RUPO proclameert de gezondheidszorg als een zeer belangrijk thema. Hij wil er 5 miljard euro in investeren (<sup>1</sup>). Ondertussen leert hij Nederlands en opent hij een charme offensief naar de Vlaming via de media. Wil hij Guy VERHOFSTADT opvolgen? Op 8 mei 2003 afficheert DI RUPO paginagroot in de Vlaamse kranten met "Beste Vrienden".

De Franstalige media laten in de aanloop tot de verkiezingen duidelijk verstaan dat de Walen schoon genoeg hebben van Frank VANDENBROUCKE. Zij verwijten hem zijn autoritair optreden en te weinig zin tot samenwerken.

De Franstaligen wrijven hem tevens het uitblijven aan van resultaten van zijn idee over de "actieve welvaartstaat" en zijn zware aanvaring met de kinesitherapeuten.

---

<sup>1</sup> « De straat vergist zich nooit ». Knack 23.04.2003

Een steekproef onder Vlaamse en Franstalige huisartsen over de wenselijkheid dat VANDENBROUCKE zichzelf opvolgt op Sociale Zaken levert een markant verschil op <sup>(2)</sup> : 90 % der Franstaligen antwoordt neen, 79 % der Vlamingen zegt ja !

Nochtans wordt in Vlaanderen de “slimste aller Teletubbies” <sup>(3)</sup> continu aangevallen door VLD-voorzitter Karel DE GUCHT. De VLD wil in Vlaanderen immers de grootste partij worden. Een volkspartij. In Vlaanderen is belastingverlaging duidelijk belangrijker dan gezondheidszorg.

VANDENBROUCKE voelt nattigheid. Hij vraagt publiek <sup>(4)</sup> “aan mensen uit eender welke partij en van eender welke gezindheid mij deze ene keer te steunen omdat ik bang ben dat anderen op die zetel (= Sociale Zaken en Pensioenen) willen gaan zitten”. Allicht bedoelde hij een VLD-minister ?

Op 06.05.2003 had hij al steun ontvangen van een aantal Vlaamse academici als o.m. Prof. sociologie Luc HUYSE (K.U.L.) en Bea CANTILLON (U.A.), oncoloog Dr. Wim DISTELMANS en uitgever André VAN HALEWIJCK. <sup>(5)</sup>

In het rapport van de regering door de journalisten van “De Standaard” <sup>(6)</sup> had FVDB al de allerhoogste score behaald, 81 %. Het zal de kinesitherapeuten en artsen niet ontgaan zijn dat het journalistenoordeel ook stelde : “Hij is nog iets te braaf geweest voor de partners in de gezondheidszorg” (sic).

Met Louis MICHEL scoorde Frank VANDENBROUCKE het hoogste cijfer qua “vlijt” : 17/20. Indien we het aantal pagina’s Belgisch Staatsblad als maatstaf zouden nemen, moet de paars-groene regering in 2003 de ijverigste ooit zijn geweest. Mijn voorspelling in mijn vorig jaarverslag <sup>(7)</sup> dat we in 2003 allicht de kaap van de 60.000 elektronische pagina’s zouden passeren, werd ruimschoots overtroffen. Liefst 62.806 pagina’s verschenen er ! (cfr. tabel 1).

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

Tabel 1

<sup>2</sup> « Sondage express ». Le Généraliste. 09.07.2003.

<sup>3</sup> « Er is niks mis met gefundeerd links populisme ». De Morgen. 01.02.2003.

<sup>4</sup> « Wij houden vast aan departement Sociale Zaken ». Interview met Frank VANDENBROUCKE in De Morgen. 09.05.2003.

<sup>5</sup> « Geef me de integriteit en bekwaamheid van Frank maar ». De Standaard. 06.05.2003.

<sup>6</sup> « Het rapport van de regering. Verhofstadt I met de hakken over de sloot ». De Standaard. 03.05.2003.

<sup>7</sup> « De gezondheidszorg, een paarse splijtzwam met groene stippels ». II.3. De Geneesheer-Specialist. Speciaalnummer maart 2003.

Over een regeerperiode van vier jaar penden de beleidsvoerders 211.300 bladzijden staatsblad bij elkaar. Dergelijke wetgevende inflatie werkt contraproductief en antidemocratisch, want enkel nog zeldzame experten weten wat hun rechten zijn. En slechte wetten, zoals vb. de euthanasiewet, de drugswet, de patiëntenrechtenwet, de wet op de individuele responsabilisering (cfr. VII.1.) ..., vragen om verbeteringen, aanvullingen en herzieningen.

Voor de nieuwe paarse ploeg is het misschien nuttig even de Romeinse geschiedschrijver Tacitus in herinnering te brengen : “In de corruptste staten vindt men de meeste wetten” <sup>(8)</sup>. Toeval of niet, maar als het over corruptie gaat, scoort België internationaal niet goed ...

## II.2. Steve is God

Met bloedrode letters kopt “De Morgen” van 19 mei 2003 “Steve is God”. De teletubbies, inclusief Prof. Frank VANDENBROUCKE, samen met SPIRIT, een stukje scheurpartij van de ter ziele gegane Volksunie, triomferen. De groenen worden weggeveegd in de verkiezingen van 18 mei 2003 zowel in Vlaanderen als in Franstalig België, de christen-democraten zakken verder weg, en extreem rechts stijgt verder. Voor de Kamer van Volksvertegenwoordigers geeft dit in percenten voor België <sup>(9)</sup> : (tussen haakjes de wijziging t.o.v. de resultaten van 13.06.1999)

Socialisten	27,9 %	* SP.A. – SPIRIT	14,9 (+ 5,4)
		* P.S.	13,0 (+ 2,8)
Liberalen	26,8 %	* VLD	15,4 (+ 1,1)
		* MR	11,4 (+ 1,2)
Christen-democraten	18,8 %	* CD&V	13,3 (- 0,8)
		* CDH	5,5 (- 0,4)
Groenen	5,6 %	* AGALEV	2,5 (- 4,5)
		* ECOLO	3,1 (- 4,2)
Nationalisten	13,7 %	* Vlaams Blok	11,7 (+ 1,7)
		* Front National	2,0 (+ 0,5)
Anderen	7,2 %	* N-VA	3,1 (-)
		* Vivant	0,7 (- 0,5)
		* anderen	3,4

## II.3. Geen VERHOFSTADT bis maar Paars I

Vermits liberalen en vooral socialisten fors winnen, en de groenen quasi niet meer bestaan, is het voor informateur Elio DI RUPO, aangesteld op 21.05.2003, snel duidelijk dat het “Paars” zal worden.

Op 03.06.2003 start Guy VERHOFSTADT zijn formatieopdracht. Het stilvallen van elke economische groei maakt het de formateur niet gemakkelijk. “Werk, werk, werk” moet de slogan worden van de nieuwe regering. Tweehonderdduizend nieuwe banen.

<sup>8</sup> « Annales ». Tacitus. Circa 105 na Christus.

<sup>9</sup> De Standaard. 19.05.2003.

De tegenstelling belastingverlaging versus investeringen in de gezondheidszorg bemoeilijkt nog de situatie. Maar op zaterdag 12.07.2003 legt Paars I dan toch de eed af bij Koning Albert II, met 15 ministers (10 mannen, 5 vrouwen) en 6 staatssecretarissen (4 mannen, 2 vrouwen). De oudste is Louis MICHEL (° 02.09.1947) ; de jongste is Freya VAN DEN BOSSCHE (° 26.03.1975).

Guy VERHOFSTADT blijft premier, maar Frank VANDENBROUCKE verliest zijn portefeuille Sociale Zaken en moet ze ruilen voor Arbeid. Pensioenen behoudt hij. Gelukkig is hij niet met deze verbouwing op vraag van Elio DI RUPO en afgedwongen door zijn SP-A-voorzitter Steve STEVAERT. Met een studie over de vergrijzing, geeft hij al op 09.09.2003 forse kritiek op zijn coalitiepartners <sup>(10)</sup>. Op 07.09.2003 dreigt VANDENBROUCKE voor het eerst met ontslag <sup>(11)</sup>. Dat doet hij op 21.11.2003 nogmaals na een fikse rel met Laurette ONKELINX, nu minister van Justitie, tot juli 2003 minister van Arbeid, over de dienstencheques. <sup>(12)</sup>.

In de Vlaamse pers vechten Frank VANDENBROUCKE en VLD-voorzitter Karel DE GUCHT publiek een robbertje uit. DE GUCHT heeft het over “het verraad van de intellectueel” omdat VANDENBROUCKE aanmaant tot matiging van de gezondheidsuitgaven, terwijl hij in zijn vorig mandaat als minister van Sociale Zaken steeds aandrang op extra geld in de gezondheidssector <sup>(13)</sup>.

Sociale Zaken komt samen met Volksgezondheid terecht in één portefeuille, die van de tweetalige Rudy DEMOTTE (° 03.06.1963) (PS).

Rudy DEMOTTE is het geruzie over Noord-Zuid transferten beu <sup>(14)</sup> en na weer eens een frontale aanval, nu van VLD-volksvertegenwoordiger en huisarts Maggie DE BLOCK over het meerverbruik aan radiologie in Franstalig België <sup>(15)</sup>, reageert DEMOTTE kribbig <sup>(16)</sup>. Hij antwoordt dat de Noord-Zuid transferten niet wetenschappelijk onderbouwd zijn. Ze zijn “fantasmagorisch”. En vervolgt Bénédicte VAES, hij geeft de meest recente cijfers van het RIZIV, “dirigé par le flamand Jo DE COCK” : met 57,9 % van de Belgische bevolking verbruikt Vlaanderen 57,25 % van de RIZIV-uitgaven; Wallonië heeft 32,53 % van de bevolking en verbruikt 33,09 % van het RIZIV-budget en Brussel telt 9,57 % van de inwoners en verbruikt 9,66 % van het RIZIV-budget (cijfers 2002).

De details van die studie zal hij in februari 2004 aan de Kamer overhandigen.

#### **II.4. En voor de specialisten ... een dovemansdialoog ?**

Nieuwbakken minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy DEMOTTE startte op zaterdag 20 september 2003 met een ruim bijgewoonde plenaire openingszitting, een lange reeks gesprekken met zorgverleners die hij bundelt onder de titel “gezondheidsdialogen”.

---

<sup>10</sup> « Paarse mayonnaise pakt (nog) niet ». De Morgen. 09.09.2003.

<sup>11</sup> « Verhofstadt minimaliseert uithaal Vandenbroucke ». De Morgen. 09.09.2003.

<sup>12</sup> « Une crise par mois, c'est beaucoup ». Le Soir. 24.11.2003.

<sup>13</sup> « Het verraad van de intellectueel ». De Standaard. 13.09.2003.

<sup>14</sup> « Ik wil alle misbruiken aanpakken ». Het Volk. 05.12.2003.

<sup>15</sup> « België blijft medisch uiteengroeien ». De Standaard. 22.01.2004.

<sup>16</sup> « Santé : le Wallon n'abuse pas ». Le Soir. 23.01.2004. Interview van journaliste Bénédicte Vaes met minister Demotte.

Er werden 14 werkgroepen opgericht, die in principe allen openstaan voor de artsen :

- werkgroep Audiciens/Opticiens
- werkgroep Implantaten
- werkgroep De bandagisten en de orthopedisten
- werkgroep Tandartsen
- werkgroep Overeenkomsten RIZIV
- werkgroep Ziekenhuizen
- werkgroep De kinesitherapeuten
- werkgroep Verpleegkundigen en vroedvrouwen
- werkgroep Logopedie
- werkgroep Geneesheren
- werkgroep Geneesmiddelen en apothekers
- werkgroep ROB-RVT-CDV
- werkgroep Verzekeringsinstanties
- werkgroep Geestelijke gezondheidszorg

Vermits de mutualiteiten geacht worden de patiënten te vertegenwoordigen – patiëntenverenigingen werden niet uitgenodigd – konden ook zij aanwezig zijn in alle werkgroepen.

VBS-vertegenwoordigers namen deel aan 11 van de 14 werkgroepen. Eind december 2003 bezorgde kabinetsmedewerker Jean-Marc CLOSE ons de syntheseverslagen in het Frans. De Nederlandse vertalingen arriveerden rond half januari, soms na de afsluitdatum tegen dewelke de reacties konden worden ingestuurd.

Tegen de gestelde datum van 09.01.2004 repliceerden we uitvoerig, en uitsluitend in het Frans want de Nederlandse versie ontbrak, op de synthesesnota van de werkgroep “geneesheren”. Uit de documenten die ter zitting werden rondgedeeld tijdens de tweede plenaire vergadering, zondag 25.01.2004, is niet af te leiden dat de minister ook maar in het minst zou hebben rekening gehouden met onze gefundeerde bemerkingen.

Jean-Marc CLOSE, die voor DEMOTTE de regie voert en de synthese maakt van de teksten, had bij de opening van de “Gezondheidsdialogen-hoogmis” meegegeven dat de originele syntheses teksten slechts werden aangepast indien aan twee voorwaarden was voldaan. Vooreerst dient een meerderheid achter de aanpassing te staan en ten tweede moet de aanpassing kaderen in de politieke lijn van het beleid. Vermits de Gezondheidsdialogen overspoeld zijn door huisartsen van allerlei pluimage, en vermits de minister allicht in de overtuiging is dat de regering alleen uit PS ministers bestaat en hij dus alleen naar collectivistisch geïnspireerde ideeën moet luisteren, valt geen enkele van de VBS-bemerkingen onder de gestelde voorwaarden en doet de minister gewoon zijn zin.

Bij de aanvang van zijn mandaat was DEMOTTE nochtans van oordeel dat de echelonnering verouderd was. Ik citeer uit een interview met de kersverse minister <sup>(17)</sup> : *“De huisarts moet centraal staan. Nu is hij nog te veel tweederangs, terwijl hij de eerste lijn moet vormen. Dat geldt volgens mij in heel het land. Echelonnering is*

---

<sup>17</sup> « Rudy Demotte bekijkt gezondheidszorg pragmatischer dan zijn voorganger : « Frank was te veel ethisch bezig».». De Standaard 06.09.2003.

*verouderd. Mensen verplichten eerst naar de huisarts te gaan als ze iets mankeren aan hun ogen, is dom. Het gaat om het aanleren van goede zorgtrajecten. Met een druipeus moet je niet naar de neus-keel-oor-specialist of een pneumoloog. Maar je moet de mensen ook een stuk vrijheid laten”.*

In een antwoord op een brief van onze voorzitter en mezelf over de tegenstrijdigheden in het paarse regeerakkoord, hield DEMOTTE zich al wat meer op de vlakke en kwam zijn socialistische structureringsdrang voor het eerst naar voor : *“Achter de term “echelonnering” kunnen verschillende organisatievormen van de gezondheidszorg schuilgaan. Ik geef de voorkeur aan een betere structuring van het gezondheidssysteem dat geen vooraf bepaalde procedure tracht op te leggen, maar een voor de patiënten optimaal traject biedt waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de beschikbare middelen en de aspecten van gezondheidspreventie en –bevordering niet worden verwaarloosd”.* (18).

Onder invloed van zijn Vlaamse adjunct-kabinetschef, ex-bestuurslid van het ASGB, voormalig medewerker van een Wijkgezondheidscentrum in Gent en ex-lid van het Vlaams Huisartsenparlement, Dr. Ri DE RIDDER, en van een luidruchtige groep van vooral Vlaamse huisartsen die hem tot in zijn woning in Vloesberg met hun ongebreidelde eisen komt lastigvallen (19), heeft de minister na 6 maand zijn politieke mening klaarblijkelijk al herzien. Echelonnering is opnieuw het doel en de differentiële terugbetaling bij “sommige” specialisten het middel.

We hebben deze week onze bedenkingen over zijn aangekondigde hervormingen opnieuw op papier gezet. We zullen ze na de discussie van dit verslag overmaken aan minister DEMOTTE. De “softe echelonnering” is ons inziens een paard van Troje dat een systeem wil invoeren dat elders in Europa alweer verlaten wordt. Zo willen de Nederlandse verzekeraars, wat huisartsgeneeskunde betreft, af van het abonnementensysteem en liefst de betaling per consult invoeren (20).

In september 2004 wil de minister zijn “Gezondheidsdialogen” afsluiten. Als hij dan nog minister is. Zondag 25.01.2004 toonde DEMOTTE nauwelijks interesse voor de sector. Hij kwam ruim drie kwartier te laat om dan de +/- 250 aanwezigen de toekomst voor te lezen zoals de PS die qua gezondheidszorg ziet. Ingaan op vragen liet hij over aan de kabinetsmedewerkers, terwijl hij ten aanschouwe van de “fine fleur” van de Belgische gezondheidszorg, continu zat te keuvelen met zijn kabinetschef Laurence BOVY. Openen er zich andere horizons voor DEMOTTE dan het Canadese Ottawa, waarheen hij spoorlags verdween na afloop van de “hoogmis” om er het ontwerp van het Belgisch SARS-draaiboek te toetsen aan de Canadese ervaring ? (21). Of laat hij zich na de verkiezingen van 13.06.2004 vervangen door Marie ARENA (de huidige federale minister van Ambtenarenzaken en vertrouwelingen van PS-voorzitter Elio DI RUPO) om zelf minister-president van het Waals gewest te worden ? (22). De stoelendans die bij dergelijke wissel op gang komt zou niet te overzien zijn, des te meer omdat SP.A.-voorzitter Steve STEVAERT

---

<sup>18</sup> Brief van minister R. Demotte dd. 22.09.2003 in antwoord op de VBS-brief van Prof. J. Gruwez en Dr. M. Moens dd. 17.07.2003.

<sup>19</sup> « Rudy, Rufy et les autres. Expédition dominicale à Flobecq ». Journal du Médecin. 23.12.2003.

<sup>20</sup> « Huisarts straks heel anders betaald ? Abonnementen verdwijnen, vernieuwing past in komende verzekeringsstelsel ». Trouw. 26.01.2004.

<sup>21</sup> « Demotte met SARS-draaiboek naar Canada ». Artsenkrant nr. 1566. 30.01.2004.

<sup>22</sup> « Nu al speculaties over PS-wissel Rudy Demotte en Marie Arena ». De Morgen. 17.10.2003.

heeft aangekondigd dat “De dag na de Vlaamse verkiezingen iedereen ontslagnemend (is), we vegen het bord gewoon af”. (23).

### III. HET “ONETHISCH” AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN 2004-2005 VAN 15.12.2003.

#### III.1. Het akkoord van 19.12.2002 voor 2003 wordt aanvaard.

Bij onze vorige algemene vergadering van 08.02.2003 kenden we nog niet het resultaat van het aantal weigeringen van het akkoord voor het jaar 2003, afgesloten tussen de representatieve artsensyndicaten BVAS en Kartel enerzijds en de mutualiteiten anderzijds.

Van de 40.666 bij het RIZIV gerepertorieerde artsen weigerden er 7.243 toe te treden, of 17,81 %. Van de 17.913 artsen die als algemeen geneeskundige zijn gerepertorieerd bij het RIZIV weigerden er 2.804 of 15,65 %. Van de 22.753 als specialist gerepertorieerde artsen weigerden er 4.439 of 19,51 %. Zoals gebruikelijk was het aantal weigeringen groter in het Waals en Brussels gewest dan in het Vlaams gewest (cfr. tabel 2). Maar het akkoord van 19.12.2002 werd in alle arrondissementen van het land aanvaard.

*Weigering tot toetreding van het akkoord van 19.12.2002 (in %)*

	Huisartsen	Specialisten	Alle artsen
Vlaams gewest	7,23	19,25	13,87
Brussels gewest	25,94	23,08	24,20
Waals gewest	24,58	18,12	21,04
België	15,65	19,51	17,81

Bron : RIZIV

Tabel 2

In tabel 3 geven we zowel in absolute als in procentuele cijfers de vergelijking van het aantal weigeringen van het akkoord van 19.12.2002 ten opzichte van het akkoord van 18.12.2000. Deze tabel geeft ook de evolutie weer van het aantal artsen per gewest van het jaar 2000 naar 2002.

*Vergelijking van het aantal weigeringen t.o.v. de akkoorden van 18.12.2000 en 19.12.2002*

Huisartsen	18.12.2000			19.12.2002		
	Totaal	Weigeringen	Weigeringen %	Totaal	Weigeringen	Weigeringen %
Vlaanderen	9.260	481	5,19	9.405	680	7,23
Brussel	2.343	595	25,39	2.398	622	25,94
Wallonië	6.116	1.023	16,73	6.110	1.502	24,58
België	17.719	2.099	11,85	17.913	2.804	15,65

<sup>23</sup> « Paars blijft tot elkaar veroordeeld ». De Standaard. 31.01.2004.

Specialisten	18.12.2000			19.12.2002		
	Totaal	Weigeringen	Weigeringen %	Totaal	Weigeringen	Weigeringen %
Vlaanderen	10.990	1.702	15,49	11.627	2.238	19,25
Brussel	3.586	851	23,73	3.731	861	23,08
Wallonië	7.063	1.161	16,44	7.395	1.340	18,12
België	21.639	3.714	17,16	22.753	4.439	19,51

Alle artsen	18.12.2000			19.12.2002		
	Totaal	Weigeringen	Weigeringen %	Totaal	Weigeringen	Weigeringen %
Vlaanderen	20.250	2.183	10,78	21.032	2.918	13,87
Brussel	5.929	1.446	24,39	6.129	1.483	24,20
Wallonië	13.179	2.184	16,57	13.505	2.842	21,04
België	39.358	5.813	14,77	40.666	7.243	17,81

Bron : RIZIV

Tabel 3.

### III.2. Naar een nieuw akkoord voor de jaren 2004 en 2005 ?

Was het sluiten van het akkoord van 19.12.2002 een moeilijke bevalling, het onderhandelen van een nieuw akkoord – onder een nieuwe regering en een nieuwe minister – was zo mogelijk nog moeilijker, niet omdat de bevoegde minister voortdurend de Medico-Mut-voorzitter per GSM interpelleerde, maar wegens de balorigheid en wispelturigheid van de huisartsen.

In 2003 vergaderde de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen 10 maal plenair, en hield twee officiële werkgroepvergaderingen. De spanningen onder de huisartsen en tussen huisartsen en specialisten liepen hoog op. VAS-voorzitter Rufij BAEKE nam ontslag uit VAS en BVAS en wou een autonome koers varen. Hij verketterde het akkoord dat hij enthousiast mee had afgesloten in de vroege uurtjes van vrijdagmorgen 20.12.2002. Hij wordt als VAS-voorzitter vervangen door Hilde ROELS, die ook zijn plaats inneemt als BVAS-vertegenwoordiger in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. <sup>(24)</sup>.

Voorzitter Gabriël PERL onderhandelde behoedzaam op informele basis met groepen apart, dan met de artsensyndicaten samen en tenslotte met artsen en mutualiteiten samen op de 32<sup>ste</sup> verdieping van de “Pensioentoren” (of Zuidertoren) waar hij kantoor houdt als administrateur-generaal van de Rijksdienst voor Pensioenen.

Dankzij handig manoeuvreren van de BVAS zien de huisartsen dat het mogelijk wordt om binnen de termijn van het akkoord 2004-2005 de symbolische € 20-30 te realiseren, respectievelijk voor de consultatie en het huisbezoek, waar ze op 14.12.2002 nog massaal in Brussel voor betoogden.

In vergelijking met 1999 zullen hun honoraria met quasi 40% zijn gestegen in 2004, en stijgt het relatief aandeel van de huisartsenhonoraria in het deelbudget artsenhonoraria van 15,54 %, dalend tot 14,71 % in 2001, tot 16,93 % in 2004. Het totale budget artsenhonoraria stijgt over dezelfde periode van € 3.905,488 miljoen (of

<sup>24</sup> K.B. 22.10.2003 ; B.S. 07.11.2003.

157,55 miljard BEF) met 28,34 % naar € 5.012,268 (of 202,19 miljard BEF). Het specialistenaandeel stijgt tussen 1999 en 2004 met 26,22 % van € 3.298,556 miljoen (of 133,06 miljard BEF) naar € 4.163,446 miljoen (of 167,95 miljard BEF) (cfr. tabel 4).

*Evolutie en aandeel huisartsen (\*) in partiële begrotingsdoelstelling geneesheren*

	HUISARTSEN			SPECIALISTEN			TOTAAL		
	Uitgaven (miljoen €)	evolutie %	relatief aandeel %	Uitgaven (miljoen €)	evolutie %	relatief aandeel %	Uitgaven (miljoen €)	evolutie %	relatief aandeel %
1999	606,932	100,00	15,54	3.298,556	100,00	84,46	3.905,488	100,00	100,00
2000	621,965	102,48	15,16	3.480,367	105,51	84,84	4.102,332	105,04	100,00
2001	638,949	105,28	14,71	3.705,083	112,32	85,29	4.344,032	111,23	100,00
2002	666,376	109,79	15,53	3.625,100	109,90	84,47	4.291,476	109,88	100,00
2003	769,604	126,80	16,20	3.979,579	120,65	83,80	4.749,183	121,60	100,00
2004	848,822	139,85	16,93	4.163,446	126,22	83,07	5.012,268	128,34	100,00

(\*) exclusief technische verstrekkingen

Tabel 4

Bron : Jo DE COCK, administrateur-generaal RIZIV, 16.12.2003.

De terechte opwaardering van het huisartsenbudget met bijna 40% is des te sprekender als men weet dat het aantal huisartsenprestaties ongeveer status quo is, zoals blijkt uit tabel 5. De opwaardering tussen 1999 en 2004 is met andere woorden per tijdseenheid +/- 40% vermits het totaal aantal prestaties quasi constant blijft. In de periode van 1995-2002 is er een minimale stijging van +/- 40,33 naar +/- 40,65 miljoen prestaties, of + 0,77 % en in de periode 1999 tot 2002 is er zelfs een daling van +/- 41,04 naar 40,65 miljoen prestaties.

*Evolutie van de belangrijkste huisartsenprestaties*

Aantal 103132 (a)

1995	16.119.207		
1996	16.038.095		
1997	15.622.048		
1998	15.382.936	%	gemiddeld
1999	14.836.530	-18,26	-2,4 %
2000	14.503.782		jaarlijks
2001	13.704.588		
2002	13.175.145		

Aantal 101076 + 103032 (b)

1995	24.213.676		
1996	24.479.551		
1997	24.854.636		
1998	25.671.512		
1999	26.202.353	+ 13,45 %	gemiddeld
2000	26.532.282		+ 1,8 %
2001	27.038.469		jaarlijks
2002	27.469.949		

Aantal (a) + (b)

1995	40.332.883	+ 0,77 % of gemiddeld + 0,11 %
2002	40.645.094	jaarlijks of een quasi status quo

103132      bezoek bij de zieke thuis, door erkende huisarts  
101076      raadpleging in spreekkamer van geaccrediteerde erkende huisarts  
101032      raadpleging in spreekkamer van erkende huisarts

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. Moens

Tabel 5

En toch blijkt er heel wat weerstand te zijn omdat het akkoord twee voorwaarden stelt om tot de € 20 en 30 te komen. Enerzijds moet het een akkoord voor twee jaar zijn. En anderzijds moet er worden gekomen tot een oordeelkundiger voorschrijfgedrag van antibiotica en anti-hypertensiva, zowel door huisartsen als door specialisten. *“Als op grond van de op 01.10.2004 beschikbare gegevens door het Verzekeringscomité een significante trendbreuk inzake het voorschrijfgedrag wordt vastgesteld, zullen de vastgestelde honorariumbedragen worden vrijgemaakt.”* <sup>(25)</sup>. Voor de specialisten wordt, naast het geneesmiddelenvoorschrift, ook een trendbreuk verwacht in verband met het voorschrijven van medische beeldvorming en klinische biologie en de follow-up van kankerpatiënten.

Adequaat voorschrijven blijkt plots onethisch te zijn. En de € 20 en 30 zijn niet meer belangrijk voor de Vlaamse huisartsen, maar wel de randvoorwaarden. Het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (S.V.H.) dat één stem heeft in de medico-mut als onderdeel van het Kartel (SVH + ASGB + GBO) is de enige tegenstem op 15.12.2003. De S.V.H.-voorzitter, Dr. Karel VAN DE MEULEBROEKE, die in 2002-2003 de slippendrager was van ex-minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE en diens Brits geöriënteerde “Toekomst van de huisartsgeneeskunde” mocht uitdragen zodat hij zagezegd de status van “grand old man” van het huisartsensyndicalisme kon verwerven <sup>(26)</sup>, gaf zijn effectieve vertegenwoordiger in de medico-mut, Dr. Guido ISTAS, de opdracht om tegen te stemmen.

Alle registers werden opengetrokken tegen de ondertekenaars van het akkoord. De Vlaamse kranten titelden : “Minder geneesmiddelen in ruil voor hogere erelonen” <sup>(27)</sup> en “Eerst zuiniger voorschrijven, dan opslag” <sup>(28)</sup>. Het Vlaams huisartsenparlement (VHP) wijst de conventie af, de sociale partners in de Algemene Raad van het RIZIV geloven er niet in en stemmen tegen, en Artsenkrant/Le Journal du Médecin vinden het nodig vier professionele ethici, netjes verdeeld over talen en zuilen, om advies te vragen.

En ja hoor, correct voorschrijven vinden ze allemaal onethisch. Het is een verkeerd signaal zeggen de ethici. Als men echter iets aandachtiger leest, merkt men dat vb. Prof. Paul SCHOTSMANS (K.U.Leuven) terecht zegt dat besparingen in de gezondheidszorg niet behoren tot de taak van de huisartsen <sup>(29)</sup>. Maar hij werd slecht

<sup>25</sup> Nationaal Akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2004-2005 van 15.12.2003; punt 4.3, B.S. 21.01.2004.

<sup>26</sup> « De scepsis van Karel Van De Meulebroeke ». Artsenkrant. 11.02.2003.

<sup>27</sup> De Morgen. 17.12.2003.

<sup>28</sup> De Standaard. 17.12.2003.

<sup>29</sup> « Ethici beoordelen conventie als onethisch ». Artsenkrant nr. 1560. 09.01.2004.

geïnformeerd, gezien hij zegt dat het bijzonder eigenzinnig is om het ereloon te koppelen aan een verplichting tot minder voorschrijven. Daar gaat het niet om. Dat staat nergens in het akkoord. De artsen engageren zich wel om beter voor te schrijven.

Prof. Michel DUPUIS (ULB) vindt het verplicht voorschrijven van het goedkoopste onethisch, maar meent terzelfdertijd dat er niets mis is met het financieel aanmoedigen van een goede medische praktijk<sup>(30)</sup>. Prof. Jean-Michel LONGNEAUX (Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix, Namur) heeft een aantal kritische bedenkingen maar stelt toch dat men geen patiënt kan verzorgen ten nadele van een andere door beslissingen te nemen die andere patiënten de toegang zullen ontnemen tot kwaliteitsvolle zorgen<sup>(31)</sup>.

Prof. Koen RAES (RUGent) bakt het behoorlijk bruin of weet gewoonweg niet waarover het gaat<sup>(32)</sup>. Hij noemt de koppeling van het voorschrijfgedrag aan de verhoging van de erelonen voor huisartsen onethisch, en stelt *“Economische incentives lossen het onderliggend probleem niet op. Waarom schrijven artsen veel antihypertensiva en antibiotica voor ? Het antwoord ligt deels in de samenleving die voor steeds meer mensen meer stresserend en deprimerend wordt en ten dele in de organisatie van de gezondheidszorg”*. Waarna hij zijn vast geloof in de inschrijving bij de huisarts belijdt. En hij vervolgt : *“Het is hoog tijd dat het debat over gezondheid en over de keuzen in de gezondheidszorg gevoerd wordt. Het enige forum dat daartoe legitimiteit heeft is het Parlement”*.

Hebben de vier proffen ethiek, en vooral Koen RAES, überhaupt het akkoord gelezen ? In het akkoord staat immers niets over besparingen in voorschrijfgedrag die worden gekoppeld met een verhoging van de honoraria. Die koppeling vinden we jammer genoeg wel terug in het voorstel van de regering dd. 13.10.2003 ter gelegenheid van premier VERHOFSTADT's "State of the Union" van 14.10.2003.<sup>(33)</sup> Deze regering werd nochtans gekozen binnen onze parlementaire democratie. Kraamt deze eminente professor zomaar wat uit, of is het hem te doen om het verhogen van het mediageniek zijn of het opdrijven van zijn B.V.-gehalte ?<sup>(34)</sup> Er dient te worden onderstreept dat het akkoord, zonder de link naar besparingen, werd goedgekeurd in de Algemene Raad van het RIZIV, inclusief de vijf stemmen van de vijf vertegenwoordigers van de regering.

In afwachting van de verrekening van het aantal weigeringen tot toetreding van het akkoord van 15.12.2003 voor de jaren 2004 en 2005, dat in voege kan gaan op 5 maart 2004, geven wij u in tabel 6 een overzicht van het aantal weigeringen sinds 1990.

Het betreft het akkoord van 10.12.1990, het "document Moureaux" dat ter goedkeuring werd voorgelegd van alle individuele artsen (en werd verworpen) en de akkoorden van 13.12.1993, 11.12.1995, 03.11.1997, 18.12.2000 en 19.12.2002.

---

<sup>30</sup> « Revalorisation de la médecine et prescriptions. Le point de vue des éthiciens ». Journal du Médecin nr. 1561. 13.01.2004.

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> « Ethici beoordelen conventie als onethisch ». Artsenkrant nr. 1560. 09.01.2004.

<sup>33</sup> Bijlage 1, punt 4,B, b, bij het voorstel van de regering voor het vaststellen van de begrotingsdoelstelling 2004 voor de geneeskundige verzorging. RIZIV-nota C.G.V. nr. 2003/311 dd. 15.10.2003.

<sup>34</sup> B.V. = bekende Vlaming

We herinneren eraan dat een akkoord in werking treedt wanneer in een bepaald administratief arrondissement niet meer dan 40% van alle bij het RIZIV gerepertorieerde artsen de conventie weigeren. Opdat in elk arrondissement de akkoorden in werking kunnen treden mogen bovendien niet meer dan 50% van de huisartsen, noch meer dan 50% geneesheer-specialisten geweigerd hebben tot de conventie toe te treden <sup>(35)</sup>.

*Weigeringen tot toetreding tot de akkoorden sinds 1990 (in %).*

	huisartsen	specialisten	alle artsen
1990	9,78	16,35	12,57
1992	37,80	63,73	51,50
1993	18,42	20,02	19,27
1995	16,18	16,77	16,50
1997	14,28	16,71	15,60
2000	11,85	17,16	14,77
2002	15,65	19,51	17,81

Bron : BVAS, 26.02.2003

Tabel 6

### **III.3. Budget 2004**

#### **III.3.1. Vragen staat vrij**

De wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen heeft een jaarlijks weerkerend vast scenario vastgelegd wat de opstelling van de globale begrotingsdoelstelling voor het volgende jaar betreft. <sup>(36)</sup>

Tegen 1 juli dienen de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies de financiële middelen te bepalen die onontbeerlijk zijn voor de financiering van de behoeften van de verschillende sectoren. Het betreft hier dus bijkomende middelen bovenop de normaal te verwachten groei van de zorgbehoeften – de trend – en de index.

Een werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen bereidde de behoeftenraming voor de medische sector voor op 18.06.2003. De plenaire vergadering van de NCAZ van 30.06.2003 keurde het verslag goed, dat weliswaar geenszins unaniem of uniform was. <sup>(37)</sup>

- De mutualiteiten stelden voor 2004 een bijkomend bedrag van € 250 miljoen voor, waarvan +/- € 100 miljoen voor de huisartsen en +/- € 150 miljoen voor de specialisten.
- Het Kartel deed een voorstel van € 377 miljoen, gespreid over twee jaar, waarvan € 207 miljoen voor de huisartsen en € 170 miljoen voor de specialisten. Daarbovenop vroegen zij een financiering van de representatieve artsenorganisaties voor een bedrag van € 5 miljoen en, alhoewel deze uitgave niet behoort tot het budget artsenhonoraria, een verhoging van het sociaal statuut per volledig geconventioneerde arts tot € 5.000.

<sup>35</sup> G.V.U.-wet van 14.07.1994, artikel 50 § 3.

<sup>36</sup> G.V.U.-wet van 14.07.1994. Hoofdstuk IV : opmaken van de begroting voor geneeskundige verzorging ; artikels 38 tot en met 41.

<sup>37</sup> Doc. CNMM/NCGZ 2003/42 bis.

- De BVAS stelde de bijkomende behoeften voor 2004 vast op € 347,5 miljoen. Daarin zaten ten eerste de opwaarderingen die reeds in vroegere akkoorden waren gestart. Het betreft de intellectuele acten voor zowel huisartsen als specialisten, het inhaalbedrag voor de dermatologen, de revalorisering van gynecologie-verloskunde, urologie en digestieve chirurgie en nog enkele andere kleinere posten, samen voor een bedrag van +/- € 200 miljoen.

Ten tweede werd de financiering gevraagd voor een bedrag van +/- € 25 miljoen van een reeks beslissingen die reeds door de Technisch Geneeskundige Raad (T.G.R.) werden genomen, maar die wegens gebrek aan financiële middelen nog niet konden worden gerealiseerd. Hierin treffen we ondermeer de desinfectie aan van de endoscopen, de faco-emulsificatie voor de oftalmologen, preoperatieve consultatie voor de anesthesisten, stamcellen, transfusiehonoraaria, chronische pijn, stress echo, e.a.

Voor de lopende dossiers en reeds ingediende voorstellen in de T.G.R. werd ten derde € +/- 92 miljoen gevraagd. Daarin treffen we ondermeer de oncologische chirurgie door meerdere chirurgen aan, de fluoro-angiografie, de opwaardering van de geriatrie, de meervoudige en dringende huisbezoeken van de huisartsen, de hyperbare zuurstoftherapie, de uitbreiding van de PET-scan indicaties, een opwaardering van de urgentiegeneskunde, de introductie in de nomenclatuur klinische biologie van een aantal moleculair biologische testen, e.a.

En ten vierde werd financiering gevraagd ten bedrage van +/- € 30,5 miljoen voor een aantal nieuwe voorstellen, zoals o.m. de urgentiehonoraaria voor bevallingen, inclusief de eventuele tussenkomst van de pediater en de anesthesist, de bijkomende opleidingskost i.v.m. de radioprotectie opgelegd aan alle diensten medische beeldvorming, nieuwigheden in de dermatologie, de ORL, de neurologie, ...

### **III.3.2. De Medico-Mut wikt, maar VANDE LANOTTE beschikt**

De behoeftenramingen van alle sectoren werden in september samengebracht in het RIZIV-Verzekeringscomité, dat hieruit een voorstel moet destilleren voor een globale begroting. Dat voorstel wordt nadien voorgelegd aan de Algemene Raad van het RIZIV. De Algemene Raad legt de globale begrotingsdoelstelling vast, waarna het Verzekeringscomité de delicate klus mag klaren om dat globaal budget te ventileren en toe te wijzen per sector.

Na veel gepalaver keurde het Verzekeringscomité op 29.09.2003, in een tweede stemronde, met 20 stemmen vóór (alle ziekenfondsvertegenwoordigers) en 18 tegen (alle aanwezige verstrekkers) en 0 onthoudingen een budgetvork goed tussen de € 16,303 en 16,655 miljard <sup>(38)</sup> <sup>(39)</sup>.

<sup>38</sup> « Médecins et hôpitaux boudent le budget ». L'Echo. 30.09.2003.

<sup>39</sup> « Gezondheidsactoren vragen minstens 16,3 miljard in 2003. Ziekenfondsen en zorgverstrekkers gaan uit van besparingen ». Financieel Economische Tijd. 30.09.2003.

Zowel de ziekenhuisvertegenwoordigers als de artsen verwijten de mutualiteiten hun inconsistente houding. In de akkoorden- en overeenkomstencommissies hebben ze de behoeftenramingen van de financiële middelen die “onontbeerlijk zijn” voor de onderscheiden sectoren mee goedgekeurd. En zij weten eveneens dat de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen door een studie van de Heer TASIAUX bij de federale overheidsdienst Volksgezondheid al voor een derde maal werd bevestigd.

Wanneer men de som maakt van de behoeftenramingen en daar de € 364,5 miljoen van de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen bovenop telt, komt men aan een globale behoefte van € 17,406 miljard.

Vanop de BVAS-bank had ondergetekende voorgesteld de kloof tussen de begrotingsdoelstelling 2003 (€ 15,342 miljard) verhoogd met de wettelijke groeinorm en de index voor 2004 en enkele technische aanzuiveringen tot € 16,303 miljard <sup>(40)</sup> en de noden 2004 (€ 17,406 miljard) te overbruggen in twee jaar. De door ons voorgestelde globale begrotingsdoelstelling 2004 van € 16,855 miljard kon op de goedkeuring van alle zorgverstrekkers rekenen. Maar het mocht niet baten <sup>(41)</sup>.

Gedicteerd door de Regering, en in het bijzonder door de minister van begroting, Johan VANDE LANOTTE, deed de Algemene Raad van het RIZIV er op 13.10.2003 – daags voor de “State of the Union” van Premier Guy VERHOFSTADT – nog een schepje bovenop. Of liever, roomde hij het al vetarme budgetvoorstel compleet verder af. De Algemene Raad legde het budget 2004 immers vast op € 16,258 miljard of nog € 45 miljoen lager dan de onderste limiet van de door de mutualiteiten in het Verzekeringscomité goedgekeurde vork. Wat de artsen al gevreesd hadden, werd bewaarheid. Er is nauwelijks enige mogelijkheid tot introductie van nieuwigheden. Derhalve startten de onderhandelingen over de uitsplitsing van de globale begrotingsdoelstelling 2004 in het Verzekeringscomité in een zeer gespannen sfeer.

Na uitvoerige discussies tijdens de vergaderingen van 20 en 27.10.2003, keurde het Verzekeringscomité op 03.11.2003 in één ronde de uitsplitsing van de globale begrotingsdoelstelling van € 16.257.931.000 voor het jaar 2004 goed met 25 stemmen voor, 12 tegen en 2 onthoudingen. BVAS (4) en Kartel (2) samen met vier van de vijf ziekenhuisvertegenwoordigers en nog 2 zorgverstrekkers stemden tegen. Alle mutualiteitsvertegenwoordigers (21) stemden vóór, alsook vier zorgverstrekkers, waaronder – onbegrijpelijk – een vertegenwoordiger van de openbare ziekenhuizen.

Het artsenaandeel in de globale begrotingsdoelstelling 2004 bedraagt € 5.012.268.000.

### **III.4. De accreditering**

Het aantal bij het RIZIV als beroepsactief geregistreerde artsen-specialisten steeg van 01.02.2002 naar 01.02.2003 met 393 (van 19.069 naar 19.462). Het aantal geaccrediteerden steeg met 288 (van 12.359 tot 12.647) (cfr. tabel 7).

---

<sup>40</sup> « Begroting 2004-globaal voorstel van het Verzekeringscomité ». Nota C.G.V. nr. 2003/291 dd. 29.09.2003.

<sup>41</sup> « Ziekenfondsen en zorgverstrekkers botsen over budget ». Artsenkrant nr. 1538. 03.10.2003.

**VERGELIJKING aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2003-01.02.2004**

2004		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		2003
		01.02.2003	01.02.2004	01.02.2003	01.02.2004	01.02.2003	01.02.2004	
	Artsen 001-002	3.693	3.606	0	0	0,00	0,00	
	Huisartsen 003-004	13.781	13.953	9.649	9.806	70,02	70,28	
	Huisartsen 005-006	748	718	0	0	0,00	0,00	
	Huisartsen 007-008	2	2	0	0	0,00	0,00	
	TOTAAL	18.224	18.279	9.649	9.806	52,95	53,65	
	Geneesheer specialist in opleiding (GSO)	3.459	3.698	1	1	0,03	0,03	
1.	Dermato-venereologie	636	644	509	514	80,03	79,81	1.
2.	Oftalmologie	983	994	761	767	77,42	77,16	2.
3.	Radiologie	1.456	1.469	1.090	1.107	74,86	75,36	3.
4.	Gastro-enterologie	405	422	302	313	74,57	74,17	5.
5.	Pathologische anatomie	272	278	203	204	74,63	73,38	4.
6.	Pneumologie	318	340	222	249	69,81	73,24	9.
7.	Fysische geneeskunde en fysiotherapie	434	443	308	323	70,97	72,91	8.
8.	O.R.L.	578	591	421	430	72,84	72,76	6.
9.	Nucleaire geneeskunde	312	317	216	223	69,23	70,35	10.
10.	Neurologie	183	208	130	146	71,04	70,19	7.
11.	Cardiologie	822	839	555	575	67,52	68,53	12.
12.	Psychiatrie	595	656	398	445	66,89	67,84	13.
13.	Radiotherapie	151	155	104	105	68,87	67,74	11.
14.	Reumatologie	252	253	161	171	63,89	67,59	17.
15.	Urologie	349	355	230	235	65,90	66,20	14.
16.	Anesthesie	1.639	1.693	1.079	1.110	65,83	65,56	15.
17.	Gynecologie-verloskunde	1.287	1.311	839	851	65,19	64,91	16.
18.	Inwendige geneeskunde	2.002	2.038	1.235	1.271	61,69	62,37	19.
19.	Orthopedie	893	913	552	559	61,81	61,23	18.
20.	Neuropsychiatrie	1.358	1.335	805	800	59,28	59,93	22.
21.	Pediatrie	1.361	1.374	811	823	59,59	59,90	21.
22.	Klinische biologie	699	711	421	424	60,23	59,63	20.
23.	Chirurgie	1.443	1.471	715	713	49,55	48,47	24.
24.	Neurochirurgie	146	153	72	71	49,32	46,41	25.
25.	Plastische chirurgie	190	195	92	89	48,42	45,64	23.
26.	Stomatologie	305	304	128	129	41,97	42,43	26.
	TOTAAL SPECIALISTEN	19.069	19.462	12.359	12.647	64,81	64,98	
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	22.528	23.160	12.360	12.647	54,87	54,61	
	ALGEMEEN TOTAAL	40.752	41.439	22.009	22.454	54,01	54,19	

Bron : Accreditingsstuurgroep, RIZIV.

Tabel 7

In de top vijf van de meest geaccrediteerde specialismen vinden we op 01.02.2004 dezelfde als op 01.02.2003 : dermato-venereologie, oftalmologie, radiologie, gastro-enterologie en pathologische anatomie.

Aan de staart blijven, in quasi ongewijzigde volgorde, dezelfde specialismen bengelen als vorig jaar. Vooral wat de pediatrie betreft is dit een enigszins merkwaardige vaststelling want de accreditering levert toch ook een, weliswaar bescheiden, financiële opwaardering mee. De officiële honoraria voor de raadpleging van de pediaters, die toch vooral hun inkomsten putten uit consultaties (zoals vb. de dermatologen en oftalmologen die al jaren aan de accrediteringstop staan) bedragen per 01.01.2004 € 25,74 voor de niet-geaccrediteerden en € 27,89 voor de geaccrediteerden, of een verschil van € 2,15 per raadpleging <sup>(42)</sup>. Bovendien heeft elke geaccrediteerde arts recht op een forfaitair honorarium van jaarlijks € 535,05. <sup>(43)</sup>.

We gaan er van uit dat quasi alle specialisten een optimale kwaliteit nastreven, zich continu navormen en ethisch en economisch verantwoord willen werken. Is het de extra administratieve moeite die zo velen weerhoudt om zich ook officieel te accrediteren ? Of zijn er andere redenen ?

De accrediteringsstuurgroep kan het hen niet rechtstreeks vragen, vermits ze niet geaccrediteerd zijn. Als kersverse voorzitter sinds november 2003, hoop ik dat uit de enquête die de Stuurgroep, onder impuls van mijn voorganger Prof. Dr. J.P. JOSET, in het najaar 2003 verstuurde aan alle lokale kwaliteitsevaluatiegroepen (LOK's) de nodige informatie zal kunnen worden gepuurd om de accreditering performanter en attractiever te maken. Van de 1.611 verstuurde enquêteformulieren zonden 1.364 LOK's een ingevuld document terug. Dergelijke participatie van 85 % bewijst dat de artsen en hun LOK's interesse blijven hebben in het systeem. Sinds zijn oprichting dd. 08.03.1994, in uitvoering van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 13.12.1993, vergaderde de Accrediteringsstuurgroep 108 maal en werden 147.405 navormingsactiviteiten erkend.

Naar aanleiding van de honderdste vergadering van de Stuurgroep in 2003 en van het afscheid op 15.10.2003 van Prof. J.P. JOSET, die hem 10 jaar met grote nauwgezetheid, diplomatie, discretie en volharding voorzat, volgde er op 21.01.2004 een bescheiden viering. Ook onze voorzitter, Prof. Jacques GRUWEZ die sinds 11.06.1999 de Commissie van beroep van de accreditering voorzit, werd in de laudatio betrokken, net zoals een aantal leden die van het eerste uur tot op heden actief het systeem mee besturen.

## **IV. NUMERUS CLAUSUS**

### **IV.1. De Franse Gemeenschap schaft elke vorm van beperking af**

Zoals we vorig jaar al aankondigden <sup>(44)</sup> schafte de Franse Gemeenschap ondertussen inderdaad elke selectieprocedure af voor de studies geneeskunde op initiatief van de minister van hoger onderwijs Françoise DUPUIS (P.S.) <sup>(45)</sup>. Toenmalig minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE reageerde furieus

<sup>42</sup> <http://www.riziv.fgov.be>; zorgverleners; hoegrootheid van honoraria, prijzen en vergoedingen

<sup>43</sup> Akkoord artsen-ziekenfondsen van 15.12.2003 ; punt 10.1.; bedrag in 2004.

<sup>44</sup> V.B.S.-jaarverslag 2002, punt IV.1. "Numerus clausus van artsen". De Geneesheer-Specialist. Speciaalnummer. Maart 2003.

<sup>45</sup> Decreet van 27 februari 2003 tot wijziging van de bepalingen aangaande de studies van de sector gezondheidswetenschappen in het decreet van 5 september 1994 tot regeling van de universitaire studies en academische graden en in de wet van 27 juni 1971 op de financiering van en het toezicht op de universitaire instellingen. Ministerie van de Franse Gemeenschap. B.S. 11.04.2003.

op de decretering van 27.02.2003 door de Franse Gemeenschap : *“Als de Franstalige politieke wereld van oordeel is dat er in de gezondheidszorg geen manpower-planning nodig is en dat het onderwijs geen enkele verantwoordelijkheid te dragen heeft in die planning, dan kunnen we de gezondheidszorg beter meteen splitsen”*. <sup>(46)</sup>

Voorwaar een drieste uitspraak voor een federale minister in functie. In een debat-interview “A bout portant” over “Plethora of tekort aan artsen” met Bénédicte VAES van “Le Soir”, stelde hij zonder meer : “Sans numerus clausus, la santé sera scindée”. <sup>(47)</sup>. Françoise DUPUIS stelde in dezelfde “A bout portant” dat er wel degelijk tekorten zijn bij sommige specialisaties. <sup>(48)</sup>

Het college van decanen van de faculteiten geneeskunde van de universiteiten van de Franse Gemeenschap van België was niet gelukkig met de afschaffing van de selectie voor de toegang tot het RIZIV na de derde kandidatuur. Het College stuurde, midden de regeringsvorming, op 23.06.2003 een omstandige brief hieromtrent aan minister DUPUIS, aan informateur DI RUPO en aan formateur en “lopende zaken-“ premier VERHOFSTADT, met o.m. kopij aan het V.B.S. Dezelfde brief werd trouwens ook in extenso afgedrukt in “Le Journal du Médecin” <sup>(49)</sup>.

De Franstalige decanen pleiten voor een moratorium van 4 jaar voor alle studenten die in de tweede cyclus (voorheen “doctoraten”) zijn ingeschreven aan de ULB, UCL en Ulg op 30.09.2003. Zij pleiten ook voor de “souplesse” van 15% overschrijding op het vastgestelde quotum, wat door gemeenschapsminister DUPUIS aanvaard werd, en wat ongeveer overeenkomt met het aantal artsen dat buiten de RIZIV-quota zal werken, zoals arbeidsgeneeskunde, gerechtelijke geneeskunde, administratieve taken in mutualiteiten en overheidsdiensten e.d.m.

Beter laat dan nooit stellen ze in hun brief van 23.06.2003 dat ze van dat moratorium van 4 jaar zouden kunnen gebruik maken om een selectieproef op gang te brengen vanaf volgend jaar (= 2004). Tenslotte wijzen ze er de politici op dat het voor de Franstalige decanen onaanvaardbaar is dat ze hun eigen afgestudeerden niet zouden kunnen klinisch tewerkstellen, terwijl het arrest Hocsmans <sup>(50)</sup> de Belgische Overheid verplicht artsen toe te laten die via een parallel circuit zijn opgeleid.

---

<sup>46</sup> « Felle kritiek Vandenbroucke op Waalse afschaffing contingentering ». Artsenkrant nr. 1497. 18.03.2003.

<sup>47</sup> « Pléthore ou pénurie de médecins ? ». Le Soir. 03.03.2003.

<sup>48</sup> « C’est dans les spécialisations qu’on constate des manques ». Le Soir. 03.03.2003.

<sup>49</sup> « Sélection des étudiants en médecine : une lettre des doyens au formateur ». Journal du Médecin nr. 1524. 04.07.2003.

<sup>50</sup> Sociaal Economische Raad van Vlaanderen. Advies over prioritaire projecten voor het erkennen van competenties. 1 juli 2002 : “Het Hocsmans-arrest van 14.09.2000 van het Europese Hof van Justitie oordeelt dat een Lidstaat van de Europese Unie moet rekening houden met alle diploma’s, certificaten en relevante ervaring van een gemeenschapsonderdaan uit een andere Lidstaat om te beoordelen of deze persoon kan toegelaten worden tot een beroep dat volgens het nationale recht slechts toegankelijk is voor diegene die over een diploma, een beroepskwalificatie of een praktijkervaring beschikken. Naar dit arrest wordt door de Europese Commissie overigens ook verwezen in het recente ontwerp van richtlijn betreffende de voorwaarden inzake toegang en verblijf van onderdanen in derde landen met het oog op arbeid in loondienst en economische activiteiten als zelfstandige en waarbij het erkennen van competenties wordt uitgebreid tot onderdanen van derde landen.”



De website van de Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique (CERF) geeft de cijfers voor het academiejaar 2002-2003 (cfr. tabel 10).

*Aantal generatiestudenten geneeskunde in het Franstalig landsgedeelte (academiejaar 2002-2003)*

	M	V	% V	Totaal
UCL	69	145	67,8	214
FUNDP	61	129	67,9	190
Ulg	52	122	70,1	174
ULB	55	116	67,8	171
UMH	21	53	71,6	74
Totaal	258	565	68,7	823

Tabel 10

UCL : Université Catholique de Louvain

FUNDP : Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur

Ulg : Université de Liège

ULB : Université Libre de Bruxelles

UMH : Université de Mons-Hainaut

CERF : Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique

Bron : <http://www.cref.be>

Met +/- 40% van 's lands inwoners telt Franstalig België 2,4 maal meer generatiestudenten geneeskunde dan Vlaanderen dat +/- 60 % van de inwoners telt.

Het aantal ingeschreven generatie- + niet-generatiestudenten in de eerste kandidatuur geneeskunde konden we op de CERF-website niet terugvinden.

### IV.3. De Vlaamse situatie sinds 1997

Wanneer we de cijfers van de Vlaamse universiteiten van naderbij bekijken, valt het onmiddellijk op dat de twee jongste faculteiten geneeskunde met volledig leerplan, de Universiteit Antwerpen en de Vrije Universiteit Brussel, in 2001-2002 samen slechts 79 eerstejaarsstudenten geneeskunde tellen of slechts 18,3 % van het geheel (cfr. tabel 9). De V.U.B. met 22 studenten telt ternauwernood 5,1 % van alle geneeskundestudenten van het academiejaar 2001-2002. De tandheekkunde aan de V.U.B. doet het helemaal katastrofaal : 1 vrouwelijke generatiestudent, 1 vrouwelijke niet-generatiestudent en 1 mannelijke niet-generatiestudent of een ganse eerste kandidatuur tandartsen bestaande uit 3 studenten in het academiejaar 2001-2002. <sup>(54)</sup>

Het wekt dan ook geen verbazing dat de rectoren van de V.U.B. en de U.A., de Professoren Ben VAN CAMP en Francis VAN LOON, van oordeel zijn dat het toelatingsexamen in Vlaanderen best wordt afgeschaft <sup>(55)</sup>. De overige universiteiten willen het versoepelen. Dit gebeurde ook : in 2003 hoefden de deelnemers nog slechts 22 op 40 te halen om te slagen voor het examen tegen 24 op 40 in 2002. De voorwaarden werden versoepeld omdat men vreesde dat het Vlaamse contingent van 504 (420 artsen en 84 tandartsen) niet opgevuld zou raken.

<sup>54</sup> <http://www.vlir.be>; werkgroepen ; studentenstatistieken.

<sup>55</sup> « Toelatingsexamen : weg ermee ». Artsenkrant nr. 1495. 11.03.2003.

In 2003 slaagden 541 van de 1.478 deelnemers in de julisessie of 36,6 %. Indien men de punten op 24/40 had behouden zouden er slechts 24,1 % geslaagd geweest zijn, of een kwart minder. Tabel 11 toont de evolutie van het aantal geslaagden sinds de start van het toelatingsexamen <sup>(56)</sup> (tand-)arts in 1997. Zoals ook vorig jaar gemeld, is het nuttig er op te wijzen dat in 1997 slechts de helft van het examen werd in aanmerking genomen, met name het deel “attitude” (“vermogen tot het verwerven en het verwerken van informatie”). De wetenschappelijke helft van de proef werd toen niet weerhouden.

*Evolutie van het aantal geslaagden in het toelatingsexamen t.o.v. het vastgestelde contingent*

	Bij K.B. vastgesteld contingent <sup>(57)</sup>	Aantal geslaagden	Verskil *
1997	504 (420 + 84)	966	+ 462
1998	504	447	- 57
1999	504	469	- 35
2000	504	517	+ 13
2001	504	569	+ 65
2002	504	606	+ 102
2003	504	858	+ 354

Tabel 11

\* Een positief verschil betekent meer geslaagden dan het toegestane contingent, een negatief verschil betekent minder geslaagden dan het toegestane contingent.

Maar met de tweede sessie 2003 erbij slaagden 858 van de 1.750 belangstellenden of 49% <sup>(58)</sup>. Van de 858 studenten die slaagden in de toelatingsproef 2003 schreven 706 studenten zich in de eerste kandidatuur (tand-)arts in <sup>(59)</sup>. De examencommissie blijft ongelukkig met het verlagen van het aantal punten om te slagen. De Vlaamse minister van Onderwijs, Marleen VANDERPOORTEN, deed dit omdat in 2002 bleek dat niet alle geslaagden aan de studie begonnen en omdat er hardnekkige berichten circuleren dat heel wat Vlaamse artsen uitwijken naar Nederland.

Over beide sessies samen is het slaagpercentage ruim verdubbeld van 24,1% in 2002 naar 49,0% in 2003. In oktober 2003 schreven zich 663 Vlaamse studenten in voor het eerste jaar geneeskunde en 78 voor tandarts of samen : 374 aan de K.U.L., 201 aan de U.G., 80 aan de U.A. (alleen artsen), 51 aan het L.U.C. en 35 aan de V.U.B. <sup>(60)</sup>, of samen 741. Daartussen vindt men ook 35 bissers of 5%.

**IV.4. “La pénurie francophone” en een Vlaamse petitie**

In november 2003 openden de Franstaligen opnieuw een offensief om de numerus clausus af te schaffen, onder impuls – zoals alle voorgaande jaren – van de onverbeterlijke Prof. Denise DELIEGE, die “pour la Chapelle” van de UCL al jaren “la pénurie” predikt. “Monsterlijk” fulmineerde ondermeer BVAS-voorzitter Jacques DE

<sup>56</sup> « Versoepeling toelatingsexamen (tand-)arts levert 24% meer geslaagden op ». Artsenkrant on line. 16.07.2003.

<sup>57</sup> K.B. van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod. B.S. 14.06.2002.

<sup>58</sup> « Aantal studenten geneeskunde explodeert weer ». De Standaard. 09.09.2003.

<sup>59</sup> « Kritiek op toelatingsproef is onterecht ». Artsenkrant nr. 1544. 24.10.2003.

<sup>60</sup> « Nu weer 240 tandartsen en artsen te veel ». De Standaard. 18.10.2003.

TOEUF in een editoriaal van “Le Journal du Médecin” tegen de plannen om de numerus clausus af te schaffen. <sup>(61)</sup>

Als de Franstalige artsen al zo hevig reageren, hoeft het geen verwondering te wekken dat de Vlamingen er nog een schepje bovenop doen. Een Vlaamse arts, Louis IDE, lid van het partijbestuur van de kleine flamingantistische “Nieuw-Vlaamse Alliantie” (N-VA) (voorzitter Geert BOURGEOIS), organiseerde via e-mail een petitie <sup>(62)</sup> om bij minister DEMOTTE aan te dringen vooral niet toe te geven aan het wetsvoorstel van CDH, ECOLO en PS van 23.11.2003 om de numerus clausus af te schaffen.

Het V.B.S. onderschreef deze petitie, net zoals de BVAS en anderen. De publicatie van de petitie in ons V.B.S.-maandblad “De Geneesheer-Specialist” nr. 1, januari 2004, in beide landstalen, leidde tot een dringend onderhoud met de decanen van de 3 Franstalige universiteiten op 03.02.2004. We hebben hen het jarenlang uitblijven van enige reactie vanwege Franstalige zijde op de volgens elke niet-universitaire zorgverstrekker bewezen plethora voorgelegd met tabel 12 als illustratie.

#### *Evolutie van het aantal generatiestudenten in België*

Academiejaar	Vlaanderen (1)	Franstalig België (2)	Totaal (3)
50-51	-	-	1.192
60-61	-	-	1.349
70-71	-	-	3.182
80-81	-	-	2.548
90-91	-	-	2.193
91-92	-	-	2.183
92-93	1.144	974	2.118
93-94	1.034	994	2.028
94-95	1.185	693	1.878
95-96	1.171	957	2.128
96-97	1.160	892	2.052
97-98	692	889	1.581
98-99	377	858	1.235
99-00	345	870	1.215
00-01	361	817	1.178
01-02	345	842	1.187
02-03	?	823	?
03-04	?	?	?

Tabel 12

Bronnen : (1) <http://www.vlir.be>  
(2) <http://www.cref.be>  
(3) Universitaire Stichting

Hun repliek was dat niet het aantal generatiestudenten telt, maar wel het aantal afgestudeerden na de 2 cycli, dus na het zevende jaar. De Franstalige decanen bezorgden ons op 03.02.2004 hun cijfergegevens waaruit moet blijken dat - vooral

<sup>61</sup> « Non, Mme Deliège, il ne faut pas prendre les médecins belges pour des canards sauvages ». Editoriaal. Le Journal du médecin nr. 1549. 18.11.2003.

<sup>62</sup> [www.contingentering.be](http://www.contingentering.be)

wanneer men de quota verhoogt vanaf 2011 - er een belangrijk surplus aan gediplomeerden zal worden gecreëerd, zowel aan Vlaamse (+ 232) als aan Franstalige (+ 154) zijde (cfr. tabel 13).

### Demografie van de geneeskundestudenten

Franse Gemeenschap				Vlaamse Gemeenschap			
Jaar	Quota	Gediplomeerden	Verschil	Jaar	Quota	Gediplomeerden	Verschil
2004	280	326	46	2004	420	571	151
2005	280	306	26	2005	420	442	22
2006	280	309	29	2006	420	350	-70
2007	280	311	31	2007	420	404	-16
2008	280	307	27	2008	420	362	-58
2009	280	319	39	2009	420	418	-2
2010	280	320	40	2010	420	525	105
2011	333	290	-43	2011	500	550	50
2012	333	292	-41	2012	500	550	50
Totaal Δ			+ 154	Totaal Δ			+ 232

Tabel 13

Bron : Werkdocument voor de ontmoeting VBS-Franstalige decanen 03.02.2004.

De vergadering van de Planningscommissie van 27.11.2003 keurde een schema goed dat rekening houdt zowel met de toenemende zorgbehoeften ten gevolge van de veroudering van de bevolking, de toename van de Belgische bevolking (geraamd van 10,3 miljoen nu tot 10,9 miljoen in 2050), de vervrouwelijking van het artsenberoep als met de veroudering van het artsenkorps.

De term "Toenemende behoeften" houdt rekening met alle hiervoor opgesomde factoren (cfr. tabel 14).<sup>(63)</sup>

### Aantal toegelaten artsen per Gemeenschap en voor België

	Toenemende behoefte			Constate behoefte		
	Fr.	VI.	B	Fr.	VI.	B
2004	280	420	700	280	420	700
2005	260	390	650	260	390	650
2006	240	360	600	240	360	600
2007	280	420	700	280	420	700
2008	280	420	700	280	420	700
2009	300	600	900	300	450	750
2010	350	700	1.050	300	450	750
2011	350	800	1.150	300	450	750
2012	350	800	1.150	300	450	750
2013	400	875	1.275	300	450	750
2014	400	875	1.275	350	650	1.000
2015	470	875	1.345	350	650	1.000
2016	470	875	1.345	350	650	1.000
2017	470	875	1.345	350	650	1.000
2018	540	875	1.415	350	650	1.000
2019	610	875	1.485	425	650	1.075
2020	630	875	1.505	425	650	1.075

Tabel 14

Fr. : Franse Gemeenschap  
 VI. : Vlaamse Gemeenschap  
 B : België

<sup>63</sup> « Planningscommissie houdt koers aan ». Artsenkrant nr. 1553. 02.12.2003.

Ondertussen blijft het K.B. van 30.05.2002 onverminderd van toepassing. De cijfermatige vertaling ervan wordt weergegeven in tabel 15.

*K.B. van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002)*

Jaar	Aantal artsen			Huisartsen			Specialisten		
	Totaal	N	F	Totaal	N	F	Totaal	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160

Tabel 15

Minister DEMOTTE heeft nog zeer recent gesteld dat hij het overmatig opleiden van artsen aan de Franstalige universiteiten niet zal blijven dulden : *“Ik ben wellicht de enige Franstalig politicus die de beperking (contingentering) van het aantal artsen verdedigt. Ik zal ze ook doen naleven. Ik ben vastberaden daarin.”* <sup>(64)</sup>

Verwonderlijk is toch dat hij als minister van de Franse Gemeenschap van 2000 tot 2003 zijn PS-collega Françoise DUPUIS niet heeft kunnen doen inzien dat haar Decreet van 27.02.2003 immoreel en monsterlijk is !

Het contingenteringsdebat is op dit ogenblik geblokkeerd op regeringsniveau. De problematiek is verwezen naar een werkgroep die de beslissingen van de planningscommissie van 27.11.2003 zal bestuderen. Ze zijn dus nog niet opgenomen in het K.B. van 30.05.2002 (B.S. 14.06.2002).

De Planningscommissie besliste als volgt :

- Het afvlakken van het over- en onderaanbod in de periode tot 2012 blijft behouden
- De verhouding specialisten/huisartsen blijft, zowel voor de Vlaamse als de Franse Gemeenschap 57/43.
- De quota voor 2011 en 2012 worden opgetrokken tot 833 (i.p.v. 700) waarvan 60% voor de Vlaamse en 40% voor de Franse Gemeenschap.
- Van 2004 tot 2012 wordt het huidig jaarlijks bij K.B. vastgestelde contingent verhoogd met 42 “geïmmuniseerde specialisten” (25 Vlamingen en 17 Franstaligen) gespreid over de geriatrie, de kinder- en jeugdpsychiatrie en het wetenschappelijk onderzoek (die doorgaans na hun NFWO- periode toch terug in het klinisch werk, en dus in het RIZIV-systeem, terecht komen).

Dit medisch, socio-economisch, deontologisch en – voor de Franstalige 2<sup>de</sup> cyclus studenten – psychologisch zwaar beladen verhaal is verre van ten einde.

Deze rubriek komt ongetwijfeld nog terug in mijn volgend(e) jaarverslag(en).

<sup>64</sup> « Demotte steunt vorming groepspraktijken ». Interview van Guy Tegenbos met minister Demotte. De Standaard. 02.02.2004.

## V. DE OPRUKKENDE ACADEMISERING

In mijn jaarverslag over het jaar 1999 <sup>(65)</sup> beschreven we dat we in het Belgisch Staatsblad van 24.06.1999 plots hadden moeten vaststellen dat het basisbesluit van 21 april 1983 *“tot vaststelling van de nadere regelen voor de erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen”* drastisch werd gewijzigd door het K.B. van 16.03.1999. Artikel 10 van het basis- K.B. werd aangevuld als volgt : *“Het stageplan is vergezeld van een attest dat aantoont dat de kandidaat door een faculteit geneeskunde aanvaard is voor de discipline waarin hij opgeleid wil worden”*. En artikel 21 van het basisbesluit werd met een 4° aangevuld wat betreft de in te dienen aanvraag tot erkenning. De aanvraag moet vergezeld zijn : *“4° van een attest dat aantoont 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”*.

We hebben toen publiek betreurd dat dergelijk ingrijpend K.B. werd gepubliceerd zonder te zijn voorgelegd aan of besproken door de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen. Die Hoge Raad werd toen trouwens quasi niet meer samengeropen, waarover we bij de toenmalig nieuwe minister van Volksgezondheid Magda AELVOET ons beklag maakten.

De geschiedenis herhaalt zich, zowel wat betreft het nog nauwelijks vergaderen van de Hoge Raad (voorlaatste bijeenkomst 17.09.2002; laatste bijeenkomst 18.12.2003) als van het bekostigen van fundamentele wijzigingen i.v.m. opleiding en erkenning van geneesheren-specialisten en huisartsen zonder de beroepsbeoefenaars enige inspraak te verlenen.

In de context van de hervorming van het universitair onderwijs in Europese context met het bachelor, master, en master na master (op Europees vlak gebruikt men ook de term doctor) systeem trachtte de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) in het voorjaar 2003 een interuniversitair centrum voor de opleiding van specialisten te creëren, naar analogie met de situatie bij de huisartsen, die al jaar en dag met een feitelijke vereniging, die niet wettelijk verankerd is, het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding), de vorming van huisartsen naar zich toe hebben getrokken en helemaal hebben gemonopoliseerd. Dat gebeurde tot grote ergernis van de representatieve beroepsverenigingen, in het bijzonder van het Vlaams Artsensyndicaat (VAS), de Vlaamse vleugel van de BVAS.

De resultaten van die huisartsenacademisering laten zich in Vlaanderen inmiddels gevoelen. De indoctrinatie vanwege bepaalde huisartsenprofessoren aan Vlaamse kant hebben er voor gezorgd dat er leegloop is uit het beroep en dat er zich nog nauwelijks nieuwe kandidaten geroepen voelen.

Medisch journalist, Geert VERRIJKEN, publiceerde hierover in de zomer een artikel en meldde dat de meeste Vlaamse universiteiten voor het “academiseringsidee” van de specialistenopleiding waren gewonnen, behalve de K.U.Leuven <sup>(66)</sup>. De KUL, die

---

<sup>65</sup> « Colour blind under the Rainbow ». VBS-jaarverslag 1999. 05.02.2000. Punt VI.2. Wijzigingen aan het basisbesluit (K.B. 21.04.1983).

<sup>66</sup> « Specialistenopleiding academischer ? ». Artsenkrant nr. 1524. 04.07.2003.

gemiddeld ruim 40 % van alle Vlaamse artsen opleidt, zou de voorkeur geven aan een postgraduaatsopleiding van de geneesheer-specialisten in opleiding.

Vermits het VLIR-document geen duidelijke optie nam, raakte het in de VBS-vergeethoek, bedolven onder de duizenden pagina's andere ontwerpen en teksten allerlei. Tot onze voorzitter, Prof. J. GRUWEZ, bij een bezoek aan Dr. J.P. DERCOQ, nog steeds voorzitter van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen, maar niet meer werkzaam als adviseur-generaal op de administratie van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, doch wel als kabinetsadviseur van minister DEMOTTE van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op 06.11.2003 als vertrouwelijk document een papieren versie ontving van een, in beide landstalen en in twee kolommen ingedeeld "*Ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de erkenningsmodaliteiten van artsen, houders van een bijzondere beroepstitel*". De lectuur er van was ontluisterend. Het betreft noch min noch meer een oorlogsverklaring aan het VBS en een kaakslag voor alle beroepsverenigingen die al ruim 40 jaar meebouwen aan en het bewaken van een kwaliteitsvolle opleiding en praktische vorming van vele generaties specialisten.

De erkenningscommissies worden afgeschaft en er wordt een Multidisciplinair Centrum (M.C.) opgericht per faculteit geneeskunde die een volledige opleiding aanbiedt. De raden van beheer van de (zeven) multidisciplinaire centra zijn paritair samengesteld uit universitair en niet-universitair. De algemene vergadering van de M.C.'s bestaat uit door de faculteit aangeduide universitaire stagemeeesters, door de raad van beheer van het M.C. benoemde niet-universitaire stagemeeesters en uit vertegenwoordigers-waarnemers van de kandidaat-specialisten.

Het ontwerp K.B. geeft een wettelijke basis aan de universitaire (Franstalige) of interuniversitaire (het Vlaamse ICHO) centra voor huisartsgeneeskunde.

De bestaande Hoge Raad wordt vervangen door een Hoge Raad van geneesheren-specialisten én een Hoge Raad van huisartsen, elk met een Franstalige en Nederlandstalige Kamer. De leden van de Hoge Raad voor specialisten moeten zetelen in een Multidisciplinair Centrum.

Kortom, het twintig pagina's tellende ontwerp schakelt de echte professionelen van het terrein koudweg uit, en schuift alle beslissingsmacht toe aan de academici van de faculteit, die, zowel boven de hoofden van hun eigen universitaire diensthoofden, als boven die van de diensthoofden uit de perifere ziekenhuizen, en ondanks de schijn van pariteit, het eerste en het laatste woord zullen verkrijgen in alles wat opleiding en stagediensten betreft.

Gezien de explosiviteit van de voorliggende tekst, werd hij, eens we na aandringen het ontwerp ook onder elektronische vorm hadden, "per ongeluk" gelekt bij een aantal geselecteerde leden van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen. Na 15 maanden hypocriet stilliggen, terwijl achter de schermen plannen werden gesmeed om hem op te doeken samen met alle erkenningscommissies, kwam de Hoge Raad samen op 18.12.2003. De agenda vermeldde niets onrustbarend.

Maar bij het eerste punt van de dagorde, de goedkeuring van de agenda, eiste Dr. Louis BECKERS, oud BVAS-voorzitter, dat de bespreking van dit ontwerp K.B. zou

worden toegevoegd aan de dagorde. Gezien de grote druk in woord en gebaren kon voorzitter DERCQ deze eis niet negeren.

Bij de bespreking van dit toegevoegde agendapunt be- en veroordeelde onze voorzitter het ontwerp in ondubbelzinnige bewoordingen. Hij noemde het ontwerp K.B. de meest schaamteloze piraterij die ooit in onze beroepsgroep werd voorgesteld, waardoor niet-academische collega's op een feodale manier werden vernederd tot met handen en voeten aan de faculteiten gebonden vazallen. Ik citeer : *"Dat er dergelijke brutale imperialistische plannen achter de rug en zonder enig contact met de beroepsgroep gesmeed worden is een schandalige ondemocratische manier van doen waarover – zo verhoop ik – ieder academisch en niet-academisch lid van deze vergadering bijzonder verontwaardigd zal zijn en die – zo verhoop ik – door niemand – ook niet door U, Voorzitter van deze Raad – wordt goedgekeurd"*.

Alhoewel slechts een zeer beperkt aantal leden over de tekst beschikten was het duidelijk dat de meeste academici wel degelijk wisten over welke klok het ging en waar de klepel hing.

Zelf geëxcuseerd op deze vergadering – wegens een lang vooraf geplande discussie met o.m. een aantal academici over de ziekenhuisfinanciering – heb ik 's anderendaags, vrijdag 19.12.2003, toevallig het document kunnen bespreken met minister DEMOTTE en Dr. J.P. DERCQ op zijn kabinet. Bij het buitengaan verzekerde Dr. DERCQ me dat het ontwerp zou worden afgevoerd. Of VLIR en CERF dat ook zo hebben begrepen blijft voorlopig een open vraag.

## **VI. JURIDISCHE PROCEDURES**

### **VI.1. Vorderingen door het VBS ingeleid in 2003 of waarvoor het VBS haar financiële steun heeft toegekend**

#### **VI.1.1. *Ministerieel besluit van 1 oktober 2002 tot wijziging van het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen (B.S. 23. 10. 2002) - Beslissing tot verderzetting van de procedure voor de Raad van State.***

Op 7 november 2002 besliste het Bestuurscomité een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen bij de Raad van State betreffende het M.B. van 01.10.2002 houdende wijziging van het M.B. van 03.05.1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen.

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

De vordering tot schorsing werd verworpen bij arrest van de Raad van State dd. 15.05.2003 (arrest nr. 119.443).

Het Bestuurscomité besliste met unanimité van de effectieve leden om een verzoek tot voortzetting van de procedure voor de Raad van State in te dienen met het oog op de behandeling van het verzoekschrift tot nietigverklaring.

**VI.1.2. *Het Koninklijk Besluit van 16 mei 2003 houdende benoeming van de voorzitter, zijn plaatsvervanger en de leden van Federale Commissie "Rechten van de patiënt" (B.S. 27.05.2003)***

In het B.S. van 27 mei 2003 werd de samenstelling gepubliceerd van de Federale Commissie van de Rechten van de Patiënt.

Noch het VBS noch de BVAS werden aangesproken om kandidaten voor te dragen om deel uit te maken van deze commissie. Er werd vernomen dat de Orde van Geneesheren evenmin werd aangesproken.

Een vordering tot nietigverklaring werd in persoonlijke naam ingediend door de Drs. R. LEMYE en M. MASSON. Na een positief advies van Meester E. THIRY, heeft het VBS zich aangesloten bij deze vordering tot nietigverklaring ingediend tegen het K.B. van 16 mei 2003. Met een beslissing van zijn beheerraad van 24.09.2003 heeft de BVAS zich eveneens aangesloten bij deze vordering.

Bij arrest nr.126.256 van 10.12.2003 gepubliceerd in het B.S. van 04.02.2004 schorst de Raad van State de uitvoering van dit besluit. De vordering tot schorsing werd ingeleid door de "Association Francophone d'Institutions de Santé" (AFIS).

**VI.1.3. *Koninklijk besluit van 8 juli 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. (B.S. 04.08.2003)***

In 2002 werd door het bestuurscomité beslist om bij de Raad van State een vordering tot nietigverklaring in te leiden tegen het K.B. van 25 april 2002 (B.S. 30 mei 2002). Het K.B. van 8 juli 2003 dat gepubliceerd werd in het Belgisch Staatsblad van 4 augustus 2003 wijzigt het K.B. van 25 april 2002.

In het kader van het K.B. van 25 april 2002 werden de universitaire ziekenhuizen onrechtmatig bevoordeligd ten opzichte van de andere ziekenhuizen. Het B7 (A en B) onderdeel van de "verpleegdagprijs" wordt gespijst door de afname van een bepaald bedrag van het globale honorariumbudget van de klinische biologie, medische beeldvorming en dialyse.

Welke wijzigingen werden aangebracht door het K.B. van 8 juli 2003 ? Het nieuwe K.B. bestendigt onder meer een wijziging aan art. 79 § 1 waarbij de voorlopige overheveling van een deel van het budget klinische biologie, medische beeldvorming en dialyse naar het B7 onderdeel van het budget ten voordele van de universitaire ziekenhuizen nu een definitief karakter krijgt.

Indien geen verzoekschrift tegen het K.B. van 8 juli 2003 werd ingeleid zou de vordering tegen het oorspronkelijk besluit ongetwijfeld onontvankelijk verklaard worden.

**VI.1.4. Financiële steun van de vordering tot schorsing en nietigverklaring ingeleid door de Beroepsvereniging van Neurologen en Psychiaters voor de Raad van State tegen de Koninklijke besluiten van 30 november 2003 en 15 december 2003 respectievelijk gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 12 december en 31 december 2003.**

Bij K.B. van 30.11.2003 en 15.12.2003 verschenen in respectievelijk het Belgisch Staatsblad van 12 december en 31 december 2003, Ed.2, wordt enerzijds vanaf 1 januari 2005 de psychotherapie geschrapt voor de neuropsychiaters voor aanrekening via het RIZIV en wordt anderzijds het honorarium van het interne liaisonconsult via het RIZIV nog uitsluitend terugbetaalbaar voor psychiaters vanaf 01.02.2004. Deze nomenclatuurwijzigingen hebben een belangrijke impact voor de nog 1.335 erkende neuropsychiaters die alzo verplicht zullen worden om een deel van hun erkenning in te leveren indien zij verder psychotherapieën of liaisonconsulten wensen aan te rekenen via de ziekteverzekering.

Deze maatregel heeft niet alleen een negatief impact voor de neuropsychiaters maar ook voor hun patiënten die zij niet langer meer zullen kunnen behandelen en dit terwijl zij op basis van hun erkenning perfect bevoegd zijn om deze prestatie uit te voeren.

Nochtans moet ondergetekende vaststellen dat de vertegenwoordigers van de psychiaters in de voorbespreking van deze K.B.'s, ondermeer in de Technische Geneeskundige Raad, geen protest hadden aangetekend tegen deze beslissingen. Misschien is de vordering vooral het gevolg van de vrees van de (neuro-)psychiaters dat hen de neurofysiologische onderzoeken die zij actueel mogen attesteren zouden worden ontnomen. Hiervan is echter nooit sprake geweest in de TGR.

Op vraag van de Belgische Professionele vereniging van Neurologen en Psychiaters besliste het VBS-bestuur dd 15.01.2004 deze vordering financieel te steunen.

## **VI.2. Uitspraken**

**VI. 2.1. Wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. (B.S. 22.02.2002) – Gemeenschappelijke vorderingen door het VBS en de BVAS ingeleid voor het Arbitragehof.**

**VI.2.1.1. Artikel 112**

Artikel 112 van hoger vermelde wet voegde volgende paragraaf toe aan artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen :

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

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

Op 17 september 2003 heeft het Hof haar arrest gevelde. De vordering werd afgewezen. Het Hof steunt haar beslissing hoofdzakelijk op de redenering dat de bepaling op zichzelf geen discriminatie invoert noch tussen de openbare en privé ziekenhuizen, noch tussen geneesheren. Een discriminatie kan enkel het gevolg zijn van een verkeerde toepassing van deze bepaling. De individuele geneesheren zullen dus indien nodig een vordering kunnen instellen tegen de leden van de medische raad die in miskenning van hun rechten of wegens onkunde een akkoord gesloten hebben die een discriminatie induceert tussen de geneesheren.

Het art. 140§5 heeft aan de Medische Raad een nog grotere macht verleend. De leden van de Medische Raden dienen er nochtans bewust van te zijn dat dit ook een invloed heeft op hun eventuele aansprakelijkheid. Het is derhalve aan te bevelen dat de Medische Raden hun aansprakelijkheid verzekeren.

#### **VI. 2.1.2. Artikel 63 en volgende**

De aangevochten bepalingen van de wet kennen aan de Minister de bevoegdheid toe om de lijst op te maken van de toestellen, en dus prestaties, die niet langer buiten het ziekenhuis kunnen uitgevoerd worden. Bedoelde prestaties kunnen in deze omstandigheden evenmin buiten de ziekteverzekering aangerekend worden aan de patiënt. De gebruikte terminologie is heel ruim. De zware medische apparatuur kan zowel betrekking hebben op de eenvoudige echografietoestellen, de laserapparaten als ruimer op een dienst medische beeldvorming, een klinisch laboratorium ....

Op 17 september 2003 heeft het Hof haar arrest gevelde. De vordering werd ontvankelijk verklaard maar ongegrond. De motivatie van het arrest is nochtans zeer interessant :

*“B.6. Noch de tekst van artikel 65 van de bestreden wet, noch de doelstelling die tot uiting komt in de parlementaire voorbereiding ervan, sluiten uit dat rekening wordt gehouden met de toestand van de artsen bedoeld in B.5.3. De ruime delegatie die aan de Koning is verleend, houdt niet in dat de wetgever de Koning zou hebben toegestaan het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie te schenden. Het zal aan de bevoegde rechtscolleges staan na te gaan of de maatregelen ter uitvoering van de wet overeenstemmen met de nagestreefde doelstellingen van algemeen belang en geen gevolgen hebben die onevenredig zijn met die doelstellingen.”*

Dit onderdeel van de motivatie van het arrest is positief in die zin dat diegenen die vreesden dat het gebruik van hun werkinstrument zou verboden worden hieruit een argument kunnen putten om hun verworven rechten te verdedigen. Voor de rechtbanken zouden ze met vrucht kunnen verdedigen dat de Koning het principe van gelijkheid en niet discriminatie schendt indien de uitbating zou verboden worden van het materiaal dat al geëxploiteerd werd vóór de in voeging van de wet.

**VI. 2.2. KB van 17 oktober 1991 houdende wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.**

Op 12 juni 2003, met andere woorden 11 jaar en 5 maand na het inleiden van de vordering, heeft de Raad van State een arrest geveld in deze zaak .

*Het bestreden koninklijk besluit voorzag in de mogelijkheid om “bij ontstentenis van een geneesheer-ziekenhuishygiënist en onder bepaalde voorwaarden tijdelijk de functies van geneesheer-hygiënist te kunnen toe te vertrouwen aan een apotheker klinisch bioloog”. Het VBS verdedigde de stelling dat de apotheker-bioloog zich in deze functie begeeft op het domein van de geneeskunde.*

De Belgische Vereniging van Apothekers Specialisten in de Klinische Biologie vond daarentegen dit K.B. niet verregaand genoeg en diende eveneens een verzoekschrift in op 13.01.1992 om bepaalde beperkende voorwaarden te schrappen.

Beide tegengestelde verzoekschriften werden samen behandeld. Het verzoekschrift van het VBS werd verworpen. De beroepsvereniging van de apothekers krijgt over de ganse lijn gelijk.

*Dit betekent :*

- (1) dat, indien er geen geneesheer is die de 300 uren opleiding tot geneesheer-hygiënist heeft gevolgd, een apotheker klinisch bioloog die 100 uren ziekenhuishygiëne heeft gevolgd volstaat. Ingevolge de schrapping in het K.B. door de Raad van State van de woorden “of 2” primeert dergelijk apotheker klinisch bioloog boven een geneesheer die 100 uren ziekenhuishygiëne heeft gevolgd
- (2) dat door de schrapping van het woord “tijdelijk” aan de apotheker klinisch bioloog met 100 uur vorming ziekenhuishygiëne levenslang de functie van geneesheer-hygiënist kan worden toevertrouwd, indien er geen geneesheer-hygiënist aanwezig is die 300 uur onderwijs heeft gevolgd in de ziekenhuishygiëne.
- (3) dat de apotheker-bioloog, die de functie van geneesheer-ziekenhuishygiënist uitoefent, niet langer ook laboratoriumdirecteur hoeft te zijn.

De apothekers biologen zijn bevoegd om analyses van klinische biologie uit te voeren maar zullen zich voortaan eveneens begeven op het veld van de nosocomiale infecties. Vooral de klinisch biologen die zich bezighouden met microbiologie zijn hiervan de dupe. Tot nu weigerde één universiteit de apothekersbiologen in haar universitaire cursus tot geneesheer ziekenhuishygiënist. Het is niet zeker dat zij na het arrest deze houding zal kunnen blijven volhouden.

**VI. 2.3. *K.B. van 13 januari 1995 tot wijziging van het K.B. van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, waarbij de Technische Raad voor Kinesithérapie opgericht werd.***

Na “amper” 9 jaar beschikt het VBS reeds over het verslag van de auditeur in deze zaak. Een pleitdatum is nog niet vastgesteld en kan nog geruime tijd op zich laten wachten. Hopelijk kan het VBS U in het jaarverslag 2004 op de hoogte brengen van de uitspraak van de Raad van State. Niets is echter minder zeker.

Bij de oprichting van de Technische Raad voor Kinesithérapie werden de geneesherenorganisaties niet uitgenodigd om kandidaten voor te dragen om in deze Raad te zetelen. In 1995 werd dan ook door het VBS beslist om een vordering tot nietigverklaring in te leiden voor de Raad van State tegen dit oprichtings-KB.

Het verslag van de Auditeur is gunstig voor het VBS en stelt dat terecht ingeroepen wordt dat de artsen ook gerechtigd zijn de kinesithérapie te beoefenen en derhalve eveneens moeten samenwerken met het RIZIV voor wat betreft de inspraak bij de vaststelling van de nomenclatuur die betrekking heeft op kinesitherapeutische prestaties. Door aan de beroepsverenigingen die artsen vertegenwoordigen niet het recht te verlenen om kandidaten voor te dragen om te zetelen in de technische raad schendt de Koning art. 28 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. <sup>(67)</sup> De auditeur stelt aan de Raad van State voor om de vordering ontvankelijk en gegrond te verklaren.

**VI.3. *Overzicht van de procedures waarvan na overleg met een raadsman werd afgezien.***

De ervaring heeft geleerd dat het inleiden van een vordering voor de Raad van State en het Arbitragehof niet alleen een tijdrovende en heel technische materie is maar bovendien dat aan een dergelijke procedure meestal een (heel) duur prijskaartje hangt. Ten einde de financiële middelen van het Verbond optimaal aan te wenden wordt vooraf het advies van een extern raadgever ingewonnen om de slaagkansen van een eventuele vordering af te wegen. In de loop van 2003 werd op basis van een negatief advies afgezien om een vordering in te leiden tegen de hier onder vermelde besluiten.

**VI. 3.1. *Het Ministerieel Besluit van 12 maart 2003 tot wijziging van het M.B. van 30 april 1999 houdende de algemene criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten (B.S. van 9 april 2003).***

Het M.B. voorziet dat de kandidaat-specialist moet kunnen bewijzen dat hij tijdens zijn curriculum ten minstens 30 uur opleiding heeft gevolgd inzake communicatie met patiënten en 20 uren inzake evidence-based medicine (EBM). In het bestuurscomité waren stemmen opgegaan dat deze bijkomende eisen onnodig het curriculum

---

<sup>67</sup> Art. 28 §1. De samenstelling en de werkingsregelen van de technische raden worden door de Koning bepaald. Elke technische raad wordt voorgezeten door een persoon die door de Koning is aangewezen op voordracht van het Verzekeringscomité. De verzekeringsinstellingen en de betrokken beroepsorganisaties zijn daarin vertegenwoordigd onder door de Koning bepaalde voorwaarden.

verzwaarden. Communicatievaardigheid wordt door de opleidingsjaren heen aangeleerd en hangt in grote mate af van de aanleg en ingesteldheid van ieder individu. Een specifieke cursus zal daar geen noemenswaardige wijzigingen in brengen. De opleiding van 20 uren EBM wordt beschouwd als een kaakslag voor de beroepsopleiding in het algemeen. Dergelijke inlassing in het curriculum laat uitschijnen dat dit essentieel aspect tijdens de verdere opleiding uit het oog zou mogen verloren worden. Absurd.

Juridisch advies werd ingewonnen bij Meester E. THIRY om de slaagkansen te beoordelen van een vordering voor de Raad van State. Zowel de zuiver formele grond, met name het ontbreken van een formeel advies van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen omdat de bespreking van het ontwerp niet werd afgerond, als de argumenten ten gronden werden als onvoldoende beschouwd om met een redelijke kans op succes een vordering in te leiden.

**VI. 3.2. *Het Koninklijk Besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend (B.S. van 25 april 2003)***

Het bestuurscomité van 15 mei 2003 besliste om aan Meester W. GONTHIER, vertrouwd met deze materie, een juridisch advies te vragen omtrent de eventuele slaagkansen van een vordering tot nietigverklaring voor de Raad van State, gebaseerd op de artikels 20 en 38 hoger vermelde koninklijke besluit.

In het kader van art. 38 f wordt aan het College voor oncologie de bevoegdheid toegekend om aanbevelingen te formuleren omtrent de competentiecriteria waaraan de geneesheren moeten voldoen om deel te kunnen uitmaken van het medische team van een oncologisch zorgprogramma. Deze bevoegdheidstoekenning is echter niet te verzoenen met de bevoegdheid die toegekend is aan de erkenningscommissies. Alleen de erkenningscommissies hebben de bevoegdheid om de erkenningscriteria te bepalen waaraan de geneesheren moeten voldoen om te kunnen worden erkend in een bepaalde discipline.

Artikel 20 bepaalt dat elk zorgprogramma voor oncologie schriftelijke, niet noodzakelijk exclusieve samenwerkingsverbanden dient te hebben met ziekenhuizen die beschikken over een zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Deze bepaling verbiedt dus niet dat deze samenwerkingsverbanden wel degelijk wél exclusief kunnen zijn. De ervaring heeft uitgewezen binnen het kader van andere zorgprogramma's dat door ziekenhuisdirecties soms exclusieve samenwerkingsverbanden worden afgesloten en dat de geneesheren die niet slaafs de opgelegde verwijspatronen opvolgen onder sterke druk worden gezet. Er werden ons gevallen gemeld waar zij zelfs met ontslag werden bedreigd indien zij hun verwijspatroon niet bijstuurden. Ten einde de vrije keuze van de patiënt en de autonome beroepsuitoefening van geneesheer te waarborgen ware het beter geweest dat samenwerkingsverbanden nooit exclusief zouden mogen zijn.

Meester W. GONTHIER beoordeelde de slaagkansen van een vordering als hoogst onwaarschijnlijk. Ondanks het zorgprogramma behoudt de patiënt de vrijheid om zich te wenden tot de geneesheer van zijn keuze en is hij niet gebonden door de samenwerkingsverbanden afgesloten door het ziekenhuis. Het feit dat de

beroepsgroep oordeelt dat het betere ware geweest dat geen exclusieve samenwerkingsverbanden kunnen worden afgesloten kan niet als argument ingeroepen worden voor de Raad van State.

## **VII. DE GENEESKUNDIGE CONTROLE.**

### **VII.1. De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) en de wet op de "individuele responsabilisering van de zorgverleners".**

Artikel 49 van de programmawet van 24.12.2002 (B.S. van 31.12.2002) voorzag dat de maatregelen in verband met de "individuele responsabilisering van de zorgverleners en de hervorming van de geneeskundige controle", het voorwerp zouden uitmaken van een regelmatige evaluatie die voor de eerste maal zou georganiseerd worden drie jaar na de invoeging van de wet.

Reeds in het kader van de "Consultations médicales" die begin 2003 georganiseerd werden door de PS, werd de houding van ex-minister VANDENBROUCKE in dit verband als te "autoritair" beschouwd. De Waalse socialisten profileerden zich minder geduldig wat deze evaluatie betreft. In haar werkdocumenten engageerde de partij van DI RUPO zich zelfs formeel om deze wettelijke procedures te herzien, o.m. rekening houdend met de vijf amendementen van Dr. David SIMON<sup>(68)</sup>, en om een gezondheidsbeleid te voeren waarin de systematische toepassing van zelfevaluatie van zorgpraktijken in "peer review" zou moeten bevorderd worden, weliswaar op basis van een partnership tussen artsen en ziekenfondsen.. Voor de PS was het opgezette controlesysteem te log, "engendrant une bureaucratie ingérable".

Een jaar later is er van die politieke engagementen nog niet veel terecht gekomen, al bleek de prognose van onbeheersbare bureaucratie na slechts vier maanden werking van het Comité van de DGEC in haar nieuwe functie van rechtsorgaan, al ruimschoots bewezen.

In een brief aan onze Voorzitter (dd. 24.02.2003) gaf Frank VANDENBROUCKE een aantal interessante verduidelijkingen m.b.t. de rechten van de verdediging in het kader van zijn nieuwe wettelijke bepalingen: de zorgverlener legt zijn verdedigingsmiddelen schriftelijk voor aan het Comité. Als dit laatste oordeelt dat de verantwoordingen onvoldoende zijn, moet de zorgverlener kunnen gehoord worden door twee "auditeurs", leden van het Comité, één die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigt en één die zijn beroepsgroep vertegenwoordigt. In de procedure moet elke rechtstreekse of onrechtstreekse inmenging vermeden worden (vanwege de inspectie). De auditeurs worden verondersteld verslag uit te brengen in de schoot van het Comité dat moet beschikken over een getrouwe en volledige uiteenzetting van het standpunt van de zorgverlener. Ook zal het Comité zorgvuldig de rechten van de verdediging moeten eerbiedigen. Een bijzonder in deze materie bevoegd magistraat zal hierover toezien. De beslissing van het Comité zal gemotiveerd moeten worden overeenkomstig de wet over de uitdrukkelijke motivering van administratieve handelingen, en zal bijgevolg de argumenten in rechte en in feite moeten vermelden waarop de beslissingen berusten.

---

<sup>68</sup> "BVAS neemt amendementen van Dr. Simon over". Artsenkrant nr 1520. 17.06.2003.

## VII.2. Het "snelrecht" van het Comité

In de loop van de maand mei 2003 ontvingen de eerste vervolgdgen van de DGEC een verzoek om de schriftelijke argumentatie van hun verdediging voor te leggen aan het Comité. Op de zitting van 29 augustus 2003 werden alle dossiers als ontoereikend beoordeeld, zonder enige andere commentaar. Meerdere tientallen dossiers, alle in het kader van de conformiteitscontrole, werden tegelijk behandeld in één zitting. Een maand later ontvingen ze een aangetekend schrijven waarin hen een datum werd vooropgesteld voor een auditie door twee leden van het Comité.

Op 22 september 2003 stuurden we een brief aan de Heer J. van der EECKEN, Voorzitter, en Dr. B. HEPP, Secretaris van het Comité, uit protest tegen de uiterst "vluchtige" manier van beoordeling en tegen de schendingen van de rechten van de verdediging die naar onze mening bleken uit de beslissing van 29 augustus 2003, die op dat ogenblik trouwens nog niet bekrachtigd was.

De argumenten van de verdediging waren ontoereikend bevonden zonder enige motivering. De verschillende tenlasteleggingen die weerhouden waren door de inspecteur-generaal en de respectievelijke overeenstemmende tegenargumenten waren niet eens afzonderlijk onderzocht. En tenslotte: elk dossier was ingeleid door een uiteenzetting van de inspecteur-generaal vóór het Comité, terwijl de individuele zorgverlener zich tevreden moest stellen met een vertegenwoordiging door ... derden (<sup>69</sup>).

Het kwam er halvelings op neer dat de beoordeling die in rechte door het Comité diende te geschieden, in feite door de geneesheer-inspecteur-generaal zoniet werd gegeven, dan toch minstens werd geïnduceerd.

Op 05.11.2003 antwoordden de Voorzitter en Secretaris van het Comité dat ons schrijven was voorgelegd ter beraadslaging op de zitting van 24.10.2003 en dat dit laatste "unaniem" had beslist wat volgt:

- *"Het Comité stelt vast dat in de nieuwe procedure slechts twee beslissingen moeten getroffen worden, nl. het seponeren of het uitspreken van een administratieve geldboete. Overeenkomstig de wet, zal de beslissing die een administratieve geldboete oplegt, gemotiveerd zijn en antwoorden op de verweermiddelen van de zorgverlener. De discussie betreffende de rechtvaardigingen is slechts een voorbereidende handeling op de definitieve beslissing".*

NB: dit is een zonderlinge verkorting van wat in de wet staat. Ten eerste was het duidelijk dat er geen discussie was geweest omtrent de beoordeling van de ontoereikendheid van de verweermiddelen. Ten tweede was er wel degelijk vanwege het Comité een algemeen negatief oordeel aansluitend bij de uiteenzetting van de inspecteur-generaal. Er was niet alleen een snelrecht maar ook een schijnrecht.

- *"Betreffende de aanwezigheid van de geneesheren-inspecteurs-generaal bij de vergaderingen, is het Comité van mening dat zij het best geplaatst zijn om de dossiers voor te stellen en te antwoorden op de vragen van de leden"*

---

<sup>69</sup> waarvan er dan nog één, namelijk de ziekenfondsvertegenwoordiger, eventueel de procedure kan ingeleid hebben.

(sic!). *"Nochtans werd om iedere betwisting te vermijden, voorzien dat de geneesheren-inspecteurs-generaal de zitting zullen verlaten op het ogenblik van de beraadslaging."*

NB : dit betekent noch min noch meer een tweede bekentenis van partijdigheid. De samenstelling van het Comité zoals bepaald in art. 140 van de G.V.U.- wet sluit formeel alle derden uit, zonder enig onderscheid. De geneesheren-inspecteurs-generaal staan niet vermeld als leden, noch als waarnemers, noch als vaste deelnemers aan het Comité. Men moet dit bovendien begrijpen als een noodzakelijk evenwicht in deze bijzondere procedure waar de verdediging niet rechtstreeks aanwezig mag zijn. De verdediging kan en mag (geheimhouding) niet eens vernemen wat door de inspecteur-generaal te zijnen laste wordt verteld aan het Comité!

Het is duidelijk dat deze procedure in de wet werd geschreven en door de administratie geïnterpreteerd om te garanderen dat de DGEC altijd groot gelijk krijgt en dat verdediging monddood wordt gemaakt.

### **VII.3. Een verrassende doch "heilzame" leemte in de wet.**

Dat voormelde beslissing "unaniem" was getroffen leek ons zodanig ongeloofwaardig dat we het schrijven van 05.11.2003 hebben overgemaakt aan de vertegenwoordigers van de geneesheren in de schoot van het Comité. Deze laatsten hebben geen moment gearzeld om de unanimiteit te betwisten tijdens de zitting van 19 december 2003, en hebben dus gevraagd dat zou overgegaan worden tot de stemming ...

Op dat ogenblik vestigde Dr Daniel DEVOS, ziekenhuisafgevaardigde namens het V.V.I., de aandacht op het voorlaatste lid van art 140 van de G.V.U-wet, waaruit blijkt dat de Verzekeringsinstellingen slechts kunnen beschikken over 1 stem i.p.v. acht zoals tot dan verondersteld werd door de Administratie. De zitting werd vervolgens onderbroken en sine die verdaagd, in afwachting dat de wet wordt gewijzigd.

### **VII. 4. Een concreet voorstel tot wijziging van het systeem.**

Het ligt voor de hand dat de wettekst van ex-minister Vandenbroucke veel te haastig werd geschreven en dat, zoals de PS reeds aankondigde in januari 2003, dit systeem niet werkbaar is. De rechten van de verdediging worden erin geschonden, en er is geen tegensprekelijk debat. Bovendien leiden de audits tot onoverkomelijke administratieve complicaties. Ondanks onze bewondering voor de totaal vrijwillige inzet van de leden van het Comité die de ondankbare en uiterst belastende taak van auditeur op zich genomen hebben.

Wat betreft de controle op de conformiteit met de regels van de ziekteverzekering is de best passende en ook eenvoudigste oplossing (de teksten bestaan immers) dat men terugkeert naar het oude systeem met de Beperkte Kamer in eerste instantie en een Commissie van Beroep met drie magistraten. De sancties, die veel te zwaar zijn voor gewone, te goeder trouw begane vergissingen, zouden aanzienlijk moeten afgezwakt worden. Men zou ten andere veel meer aandacht moeten besteden aan tekstverduidelijkingen, weze het om te vermijden dat de geneesheren-inspecteurs hun tijd zouden besteden aan tekst-exegese en interpretaties, terwijl deze tot de bevoegdheid behoren van de T.G.R. (zie verder IV.5.).

Wat de controle in het kader van art. 73 van de G.V.U-wet betreft (overconsumptie), moet men veel voorzichtiger zijn op repressief vlak. Het huidige systeem is dan ook volledig ongepast. Het doel van de "Evaluatie" is niet sancties op te leggen, maar te responsabiliseren. Een sanctie is slechts nodig wanneer uit hoofde van een zorgverlener blijvend geweigerd wordt af te zien van onnodig dure praktijken. Dus dient het sanctioneel aspect slechts aan bod te komen in tweede instantie. Daarom stellen we voor dat in een eerste instantie Kamers van Evaluatie worden opgericht vanuit een niet repressief, doch correctief oogpunt. Deze instanties zouden samengesteld zijn uit een mono-disciplinaire kern en zich zonodig kunnen laten bijstaan door experts in het specifieke onderzochte deelgebied. De zorgverlener met een extreem profiel zou kunnen gedwongen worden zijn schriftelijke verantwoordingen mede te delen en zou, desgewenst, deze kunnen komen toelichten voor de Kamer van Evaluatie, eventueel bijgestaan door raadslieden. Deze Kamer zou dan een advies uitbrengen dat, middels medische consensus in het kader van de betrokken discipline, zou tegenstelbaar worden. Met deze formule zouden op empirische wijze via evaluatie (en periodische re-evaluatie) ter hoogte van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP), indicatoren van goede praktijk kunnen ontwikkeld worden. De zorgverlener die, na een eerste ongunstig advies van de Kamer van Evaluatie, zo'n tegenstelbare praktijkregel zou overtreden, zou dan gestraft kunnen worden via een geëigende procedure (Beperkte Kamer van Evaluatie) onder de vorm van een onder monitoring plaatsen van het overtredend praktijkgedrag.

Hetzelfde kan gelden voor "geconsolideerde" praktijkregels (via de NRKP), die na publicatie een gelijkaardige tegenstelbaarheid verwerven. De overtreding moet echter telkens in eerste instantie voor de Kamer van Evaluatie geëvalueerd, met de praktijkcorrectie als doel.

De grote moeilijkheid zal er echter in bestaan dat een systeem moet ontwikkeld worden waardoor de praktijkregels, eens ze bepaald zijn, verder kunnen geactualiseerd worden, zodat rekening wordt gehouden met de evolutie van wetenschap en techniek.

## **VII. 5. Van interpretatieve "vondsten" naar de "jurisdogma's".**

Meer en meer gaan de geneesheren-inspecteurs van de DEGC zelf over tot het formuleren van interpretaties van de nomenclatuur of van geconsolideerde interpretatieregels. Zulke "standpunten" verwerven de allures van echte interpretatieregels, ondanks het feit dat deze laatste slechts tegenstelbaar zijn wanneer ze geformuleerd zijn door de T.G.R., bekrachtigd door het Verzekeringscomité, en gepubliceerd zijn in het Staatsblad. Dit soort dikwijls zeer controversiële interpretaties volgen dus ten onrechte hetzelfde repressief parcours terwijl ze de wettelijke regeling omzeilen. Deze situatie is onaanvaardbaar. Ze leidt naar een groeiende rechtsonzekerheid en naar een omkering van de bewijslast: het is niet meer de inspecteur die moet aantonen dat de arts een overtreding op een vaststaande regel heeft begaan, maar de zorgverlener die moet aantonen dat de door de inspecteur gehanteerde "regel" fout is. Het gaat zelfs verder. In talloze gevallen stelt men vandaag vast dat magistraten van de administratieve rechtsorganen van het RIZIV, die zelf uiteraard van de nomenclatuur geen kaas

gegeten hebben, de “standpunten” van de DGEC slikken als was het vaststaande regelgeving. Gevolg: de ingenomen standpunten krijgen een dogmatische betekenis.

Vermits de ambtenaren van de DGEC verondersteld worden de regels van de ziekteverzekering na te leven, zou de DGEC minstens zeer omzichtig moeten omspringen met persoonlijke interpretaties van geneesheren-inspecteurs. En, wanneer objectieve argumenten worden aangevoerd, geput uit de vaststaande regelgeving, die de voorgehouden DGEC-standpunten weerleggen, zou de Dienst ofwel moeten seponeren ofwel, in geval van twijfel, minstens de beide standpunten moeten voorleggen aan de T.G.R.. Maar dat gebeurt zelden. Als een politiesysteem zelf rechtsonzekerheid genereert dan dreigt het te ontaarden in discretionaire behandeling.

Een frappant en recent voorbeeld van breedschalige rechtsonzekerheid was de DGEC-interpretatie over echografische beeldvorming. Van oudsher geven radiologen steeds de echo-beelden mee aan de voorschrijvende behandelende geneesheer, meestal door tussenkomst van de patiënt. Er werd de laatste 20 jaar nooit een “pro justitia” opgesteld om deze handelwijze te sanctionneren. Tot plots een geneesheer-inspecteur ging beweren dat de radioloog zelf de echo-beelden diende te bewaren, en wel op grond van art 1 §8 van de nomenclatuur. Voormelde bepaling die sedert september 1984 nooit enige wijziging onderging, zegt alleen iets over de bewaringstermijn, doch niets over wie wat moet bewaren (<sup>70</sup>). Artikel 17 §12 (en 17bis §11) daarentegen zegt wel wat de radiologen of echografisten die verstrekkingen verrichten op voorschrift van een behandelende arts precies moeten bewaren, nl. de protocols van de onderzoeken en de voorschriften.

De T.G.R. liet weten dat hij het standpunt van de DGEC niet kon bijtreden, waarop de T.G.R. het lapidaire antwoord kreeg dat dan de nomenclatuur maar moest gewijzigd worden (wat nochtans niet in het minst noodzakelijk was om voorgaande en nog talloze andere redenen).

Men begrijpt niet echt het nut van dit soort controversen, noch voor de patiënt, noch voor de verstrekkers, noch voor de gezondheidszorg.

Naarmate de dossiers behandeld worden legt het VBS een catalogus aan van interpretatief onrecht.

## **VII. 6. De reglementering en de praktijk “lege artis”**

De aansprakelijkheidsproblematiek en het ontstaan van praktijkregels “lege artis” dreigt vroeg of laat in aanvaring te geraken met de vaststaande reglementering en de conformiteit ermee. Dat blijkt o.m. het geval in de medische beeldvorming met het quasi veralgemeend gebruik, om evidente veiligheidsredenen, van niet-ionische contrastmiddelen (<sup>71</sup>), terwijl de reglementering deze beperkt tot een gering aantal situaties. Een gelijkaardige “gap” ziet men groeien tussen de moderne technieken voor bepaalde heelkundige verstrekkingen en de omschrijvingen in de nomenclatuur die soms verwijzen naar technieken die men in alle redelijkheid vandaag niet meer kan toepassen. Mogelijks kunnen interpretatieregels de binding leggen tussen de “lege artis” praktijk en de nomenclatuur. Zolang die er echter niet zijn, lijkt het ons

---

<sup>70</sup> Art. 1 § 8 zegt eveneens dat moet rekening gehouden worden met andere wettelijke of deontologische verplichtingen. Men kan alleen maar betreuren dat de DGEC niet in het minst naar die andere bepalingen heeft gekeken.

<sup>71</sup> Cfr. punt VII.1.2.

aangewezen dit soort problemen te onttrekken aan de conformiteitscontrole en te verwijzen naar een meer op evaluatie gerichte aanpak, zoals voorgesteld onder IV.4 (Kamer van Evaluatie).

## **VIII. IN VOGELVLUCHT**

### **VIII.1. Medische beeldvorming**

#### ***VIII.1.1. Het voorschrift***

Met een brief van 22.01.2004 aan alle Belgische artsen, bezorgde waarnemend leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, Dr. Georges VEREECKE, niet alleen het akkoord artsen-ziekenfondsen van 15.12.2003, maar ook de "guidelines" van de medische beeldvorming als referentie m.b.t. het oordeelkundig voorschrijven en/of uitvoeren van radiografie-, echografie- en andere beeldvormingstechnieken. Alhoewel de guidelines in 2003 reeds geruime tijd op de website van het RIZIV stonden, is het te verwachten dat de dagdagelijkse confrontatie ermee in de diverse specialismen mogelijks zullen leiden tot empirische suggesties tot aanpassing. Wij stellen voor om dit soort bedenkingen of voorstellen via de respectievelijke beroepsverenigingen over te maken aan het centraal VBS met het oog op overleg met de NUR en het RIZIV.

#### ***VIII.1.2. De niet-ionische contrastmiddelen***

Een geneesheer-inspecteur van de provincie Luxemburg stelde een ("preventief") proces-verbaal op wegens het aanrekenen van niet-ionische contrastmiddelen buiten de ZIV voorwaarden (§86 van Hoofdstuk IV van het reglement betreffende de terugbetalings-voorwaarden inzake geneesmiddelen), terwijl de lokale federatie van de socialistische mutualiteiten enerzijds geen terugbetaling toekent, en anderzijds zich verzet tegen het aanrekenen van de meerkost aan de patiënt. Op die manier wordt de ziekenhuisfacturatie verlamd. Deze impasse is uiteraard bedoeld als drukingsmiddel om op nationaal vlak de opnemings van de kost van de contrastmiddelen in de honoraria af te dwingen.

Zowel de firma's als het merendeel van de radiologiediensten zijn al enkele jaren voor 90% overgeschakeld op niet-ionische producten.

De nomenclatuur voorziet uitdrukkelijk dat de contrastmiddelen niet zijn inbegrepen in de honoraria

Theoretisch zou de enige mogelijke oplossing er bijgevolg in bestaan de patiënten schriftelijk de keuze te laten maken tussen de gevaarlijkere maar terugbetaalde en de veiligere doch minder terugbetaalde contrastmiddelen. In dat geval heeft de radioloog voldaan aan zijn wettelijke informatieplicht en is het ziekenhuis gemachtigd het niet terugbetaalde bedrag aan de patiënt aan te rekenen. Wait and see.

#### ***VIII.1.3. De geschrapte manipulaties***

Tijdens het hoogdagen van de besparingswoede van Frank VANDENBROUCKE werden in 2001 de manipulaties uit de nomenclatuur van art. 17 en 17ter geschrapd. Art 17 §5, a) stelt: *"De speciale manipulaties die nodig zijn voor de onderzoeken worden bij die onderzoeken bijgehonoreerd overeenkomstig de aanwijzingen van de*

*nomenclatuur.*" Op grond van een denkbeeldig verkorte formulering, nl. "de manipulaties voorzien in de nomenclatuur" stelt een Franstalige federatie van de Socialistische ziekenfondsen nu dat de manipulaties gewoonweg in de radiologie-verstrekkingen inbegrepen zijn. Dit is je reinste onzin. Deze manipulaties komen niet meer in aanmerking voor de tussenkomst van de ziekteverzekering, doch het betreft wel degelijk verstrekkingen waarvoor luidens art. 50 §6, 2<sup>e</sup> lid van de GVU-wet "...de geneesheer of de tandheerkundige zijn honoraria vrij bepaalt...", met name "...voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn".

Het standpunt van de Mutualités socialistes berust op een sofisme volgens hetwelke dat wat niet in de nomenclatuur zou staan er zou zijn inbegrepen. Nochtans wordt dit duidelijk door de wet uitgesloten. Wel kan men zich de vraag stellen of de indicaties van de manipulaties nog tegenstelbaar zouden zijn in het kader van art. 73 (overconsumptie, onnodig dure onderzoeken, enz...). Die vraag dient eventueel gesteld aan de professionele en medisch-wetenschappelijke instanties in termen van normale goede praktijk "lege artis". In principe kan daaromtrent weinig twijfel bestaan aangezien de aanwijzingen zich telkens beperkten tot het vermelden van de radiologieprestatie zelf.

#### **VIII.1.4. Het FANC en de rondreizende stralingsbronnen**

Recentelijk startte het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) grootscheepse en verre gaande controles in de ziekenhuizen. Al wie in de omgeving van stralingsbronnen werkt moet attesten voorleggen. Aan chirurgen of andere specialisten die in teamverband hun medewerking verlenen aan verstrekkingen onder fysische aanwezigheid van een bevoegd radioloog waarbij alléén deze laatste de stralingsbron bedient, wordt ook een bijzonder bekwaamheidsattest gevraagd. De FANC doet blijkbaar aan "overshooting", soms tot in het ridicule: aan een echtpaar van zelfstandige radiologen dat zelf zijn apparatuur bedient, zonder tussenkomst van technisch hulppersoneel, werd gevraagd om naast hun persoonlijke bekwaamheidsattesten ook deze van het personeel voor te leggen. Toen ze beiden antwoordden dat er geen personeel bij de verstrekkingen betrokken was, kregen ze als antwoord dat ze toch zelf ook "werknemers" waren ...

Inmiddels startten sommige universitaire ziekenhuizen, met de enthousiaste medewerking van diverse gemeentelijke besturen, nieuwe tournées met gloednieuwe mammobielen, zonder zich ook maar enigszins te bekommeren om de deontologische aspecten van hun onderneming. De Provinciale Raden van de Orde der Geneesheren hoeven hier niet van op de hoogte te worden gebracht vermits zij geen attesten moeten afleveren. Geen burgemeester of schepen, groen, rood, geel of blauw, geen inrichtende macht die zich afvraagt of dit wel verenigbaar is met de FANC-reglementen betreffende de bescherming van de bevolking tegen ioniserende stralen. Universiteits-mammobielen zijn immers per definitie FANC-veilig en vermoedelijk zijn ze in elk opzicht beschermd tegen alle vormen van verkeersincidenten. Een commodo-incommodo bevraging wordt voor zoiets niet nodig geacht. Overigens is er geen enkele federale- of gemeenschapsoverheid die zich afvraagt of rondreizende diensten voor medische beeldvorming wel mogelijk zijn volgens de erkenningsnormen toepasselijk op de diensten voor medische beeldvorming onder wiens RIZIV-nummer ze functioneren.

Ondertussen wordt daarvoor behoorlijk wat publiciteit gemaakt, want de bevolking moet toch minstens de indruk krijgen dat, in Flanders fields, flemish technology tot bij de burger wordt gebracht, ook al is er een "gewone" radiologie-dienst in de buurt, en ook al is de onderneming niet zuiver op de graat wat betreft het artikel 127 van de G.V.U.-wet van 14.07.1994. (<sup>72</sup>)

## **VIII.2. De oftalmologen**

### **VIII.2.1. Faco-emulsificatie ...**

De faco-emulsificatie of "methode met ultrasone verstuiving" die reeds door de Technisch Geneeskundige Raad (T.G.R.) werd goedgekeurd op 18.06.2002 en bevestigd tijdens de plenaire zitting van 18.11.2003, staat nog steeds niet in de nomenclatuur. Desondanks wordt ze door de T.G.R. voldoende duidelijk als een "Algemene Speciale verstrekking" van Hoofdstuk V, Afdeling 2 van de nomenclatuur gedefinieerd, onder codenr 355051/062. (<sup>73</sup>) Zolang deze aldus bepaalde prestatie niet in de nomenclatuur voorzien is kan ze bijgevolg aangerekend worden aan de patiënt (art. 53 §6 G.V.U.- wet).

Gelet op art. 73 §1 van de G.V.U.-wet is dit trouwens de meest geëigende wijze van handelen. De methode van de ultrasone verstuiving is immers niet alleen veel beter voor de patiënt (veel kleinere insnijding en zonder de risico's van een algemene anesthesie), maar heeft ook andere aanzienlijke budgettaire voordelen voor de ziekteverzekering. Ze kan immers ambulantly uitgevoerd worden of ze vergt een aanzienlijk kortere ligduur. Art. 73 §1 zegt niet alleen dat de geneesheer toegewijde en bekwame geneeskundige zorgen moet verstrekken in het belang van de patiënt, hij moet zich ook onthouden van het uitvoeren of laten uitvoeren van onnodig dure verstrekkingen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De overheid heeft er dus alle voordeel bij de faco-emulsificatie zo spoedig mogelijk op te nemen in de nomenclatuur.

Sedert 01.04.2003 werd in de nomenclatuur van artikel 35bis van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen (<sup>74</sup>) tevens een beperkte vergoeding voorzien voor het geheel van het gebruiksmateriaal dat bij de ingreep van het katarakt wordt gebruikt, wat uiteraard niets te maken heeft met het honorarium van de geneesheer voor de faco-emulsificatie.

Recentelijk echter begon de Bond Moyson van Oost- en van West-Vlaanderen de door de oftalmologen aangerekende honoraria te betwisten, vermoedelijk omdat ze deze kosten willen weren uit de aan hun leden aangeboden aanvullende verzekering. Het daarbij gehanteerde argument dat de ingreep 246595/606 (<sup>75</sup>) wordt gedefinieerd

---

<sup>72</sup> Artikel 127 van de G.V.U.-wet van 14.07.1994 betreft de vrije keuze door de patiënt van zijn zorgverstrekker, het verbod op het maken van publiciteit door zorgverleners, en de sancties die daar op staan.

<sup>73</sup> Hoofdstuk V. Afdeling 2. Algemene speciale verstrekkingen, art 11: 355051-355062 : bijkomend honorarium dat mag aangerekend worden door de geneesheer - specialist die één van de volgende verstrekkingen volgens de methode met ultrasone verstuiving verricht : ... (codenummers heilkundige verstrekkingen) K120.

<sup>74</sup> Bijlage bij het K.B. van 14.09.1984: artikel 35bis betreft de verstrekkingen die worden geacht onder de bevoegdheid van verstrekkers van implantaten te vallen.

<sup>75</sup> Artikel 14, h, §1, 4° van de nomenclatuur, code 246595-246606 : extractie van de ooglenzen (ongeacht de techniek), inclusief het eventueel intra-oculair planten van de lens.

als "ongeacht de techniek", en de faco-emulsificatie volgens hen dus inbegrepen zou zijn in de katarakt-ingreep, gaat echter niet op. Volgens de rechtspraak van de Raad van State bedoelt de omschrijving van de ingreep hier immers "ongeacht de heelkundige techniek". En volgens de nomenclatuurdefinitie (code 355051/062) <sup>(76)</sup> van de T.G.R. is de faco-emulsificatie geen heelkundige techniek.

Art. 50 §6, 2<sup>e</sup> lid van de G.V.U.- wet is bijgevolg toepasselijk : *"Die honoraria (van de akkoorden artsen-ziekenfondsen) worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in 35§1 bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de geneesheer of tandheelkundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen worden."*

Deze bepaling is van toepassing voor alle medische handelingen die niet opgenomen zijn in de nomenclatuur, zonder enig onderscheid, en a fortiori wanneer het verstrekkingen betreft die uitdrukkelijk als dusdanig erkend werden door de T.G.R..

### **VIII.2.2. ... en de opticiens**

Ondanks de kordate standpunten op 09.09.2002 ingenomen door ex-minister van Sociale Zaken F. Vandenbroucke <sup>(77)</sup>, blijft de RIZIV-status van de opticiens problemen scheppen. Alhoewel ze geen paramedisch beroep uitoefenen, werden hun afgevaardigden op 15.12.2003 nog benoemd in de schoot van het Verzekeringscomité <sup>(78)</sup>. Al van oudsher schort er hier iets aan de werking van de RIZIV-administratie. Opticiens zijn handelaren in optische hulpmiddelen. Ze oefenen geen gezondheidszorgberoep uit zoals bepaald in het K.B. nr 78 van 10.11.1967. Het is hen verboden handelingen te verrichten die behoren tot de uitoefening van de geneeskunde en tot de uitoefening van het paramedisch beroep orthopsie. Het is hen eveneens verboden wijzigingen aan te brengen aan of af te wijken van het medisch voorschrift van de oogarts, of van diens richtlijnen in verband met de behandeling van de patiënt. Met het onbegrijpelijk medeweten van RIZIV - instanties wordt hier onwettigheid in stand gehouden. Er dienen dringend maatregelen getroffen te worden om de conformiteit van de reglementering met de wettelijke bepalingen te verzekeren.

### **VIII.3. Forfaitaire vergoeding en zorgkwaliteit**

Het herhaald gedweep met het forfaitair vergoeden van medische handelingen door de Parti Socialiste als gevolg van de "Consultations médicales" die deze partij organiseerde gedurende de eerste maanden van 2003, contrasteert zeer scherp met de wijze waarop medici door de Overheid behandeld worden wanneer ze in dergelijk forfaitair systeem tewerkgesteld worden.

Dit kwam andermaal aan de orde toen het "Collège de la Commission communautaire française" van regio Brussel-Hoofdstad in mei jl. een reeks

---

<sup>76</sup> Zie voetnoot 73.

<sup>77</sup> VBS – Jaarverslag 2002 : "De gezondheidszorg, een paarse splijtzwam met groene stippels". Punt 8.2.2. De Geneesheer-Specialist. Speciaalnummer. maart 2003.

<sup>78</sup> K.B. van 05.12.2003 (B.S. 15.01.2004).Rijksinstituut voor Ziekte-en invaliditeitsverzekering –Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging –Benoeming van de voorzitter, ondervoorzitters en leden.

maatregelen trof met betrekking tot de financiering van de activiteiten van de instellingen voor gehandicapten die onder haar bevoegdheid vallen, onder meer de "Instituts médico-pédagogiques"(IMP) en de "Centres de Jour pour Enfants Scolarisables"(CJES). Op basis van een bijzonder ingewikkeld systeem van vergoedbare bestaansnormen (theoretisch berekend op basis van de individuele zorgnood van patiënten), die op strikt budgettaire basis eenzijdig verlaagd werden, trof deze overheidsinstantie een reeks concrete herstructureringsmaatregelen. De vergoedbare werktijd van de artsen, omnipracticen en specialisten (kinderartsen, neurologen, kinderneurologen, enz ...), van de verschillende centra werd drastisch gereduceerd. Uiteraard bleven de feitelijke taken en verantwoordelijkheden evenals de aantallen patiënten ongewijzigd. Tevens werd de financiële berekeningsbasis voor nieuw aan te werven artsen, m.a.w. het theoretisch uurloon, verlaagd (bijna gehalveerd). Kortom, het aantal vergoedbare medische werkuren werd zodanig krap dat, naar de mening van de betrokken artsen, een redelijke beantwoording van de zorgbehoeften, vooral in de centra voor mentaal gehandicapte kinderen, ernstig in gedrang kwam. Een collega bestuurslid van de Beroepsvereniging van Neurologen en Psychiaters schreef ons: *"Deze nieuwe maatregelen hebben dramatische gevolgen en leiden op termijn naar toestanden die schade dreigen te veroorzaken aan de gezondheid en het welzijn van deze kinderen."*

Precies in die periode bereidde informateur Elio Di RUPO een nota voor met het oog op de regeringsonderhandelingen (28.05.03) :*"5. Politique des personnes handicapées. La pleine et entière intégration sociale des personnes handicapées dans la société est un droit économique et social fondamental ... »*

#### **VIII.4. De stomatologen en de tandartsen-specialisten**

De relatie tussen tandartsen en stomatologen stelde reeds problemen sedert de vorming van de de paars-groene regering, n.a.v. de invoering van specialisaties in de tandheelkunde. In 2001, wou toenmalig minister van Volksgezondheid Magda AELVOET met haar eerste ontwerp van gezondheidswet een artikel 3bis invoegen in het KB nr 78 over de uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen. Dit ontwerp zou ervoor zorgen dat de autonome uitoefening van de tandheelkunde voortaan zou voorbehouden worden aan houders van een bijzondere beroepstitel van specialist in hetzij de orthodontie, hetzij de algemene tandheelkunde, hetzij in de parodontologie. De episode speelde zich af middenin de mond- en klauwzeer plaag. De stomatologen werden m.a.w. bedreigd met verlies van de autonome uitoefening van tandheelkunde. Bovendien zagen ze zich de parodontologie ontglippen welke steeds een stomatologisch deelgebied en een onderdeel van hun hogere opleiding was en is. In extremis kon de tekst van het artikel 3bis aangepast worden: de autonome uitoefening zou voorbehouden zijn aan de houders van de bijzondere tandheelkundige beroepstitels en aan tandheelkundigen die tevens houder zijn van het diploma van arts.

Bijna drie jaar later kwam plots minister R. DEMOTTE opdagen met een nieuw wetsontwerp waarin niet alleen het voormelde artikel 3bis van het K.B. nr 78 wordt gewijzigd, maar ook art. 34 van de G.V.U.- wet. Het document werd voorgelegd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV op 01.12.2003. De zgn. voorbehouden "autonome uitoefening" zou vervangen worden door het voorbehouden van de "terugbetaling van de verstrekkingen" in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. De ministeriële motivering was "het parallelisme tussen

de tandartsen en de stomatologen" te regelen. In art. 34 van de G.V.U.- wet <sup>(79)</sup> zou echter een bepaling toegevoegd worden stellende dat bij K.B. de verstrekkingen nader bepaald worden "waarvoor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging afhangt van het dragen door de beoefenaars van de tandheelkunde van één van de bijzondere beroepstitels die aan hen zijn voorbehouden ...".

Gelet op onze commentaar werd het wetsontwerp verwezen naar een werkgroep. De laatste bepaling - in cauda venenum - is immers zodanig geformuleerd dat de Koning bij het bepalen van de verstrekkingen niet anders kan dan de stomatologen uit te sluiten van deze specifieke nomenclatuur. Er zou helemaal geen parallellisme zijn tussen art. 3bis van het K.B. nr 78 en de wijziging van art. 34 van de G.V.U.-wet. Bovendien komen alleen beoefenaars met één enkele bijzondere beroepstitel in aanmerking. Het probleem van de parodontologie is niet opgelost, en bovendien blijkt de beoogde specifieke nomenclatuur uitsluitend vanuit de Technisch Tandheelkundige Raad (T.T.R.) ontwikkeld te worden. Onze recentste tussenkomst bestond er dan ook in om een aangepaste tekst voor te stellen waarin de beide artikels in concordantie worden gesteld en de beide technische raden, T.T.R. en T.G.R. worden geraadpleegd. We zullen deze aangelegenheid met de grootste aandacht opvolgen.

#### **VIII.5. De implementering van de rechten van de patiënt door de verzekeringsmaatschappijen**

Sommige verzekeringsmaatschappijen laten formulieren ondertekenen waarbij de verzekerde zijn "bijzondere instemming" verleent om zijn medische gegevens te laten verwerken door de verzekeraar en zelfs de herverzekeraar, en wel "buiten elke verantwoordelijkheid en toezicht van een geneesheer". Dit is manifest in strijd met de wet op de patiëntenrechten maar vormt er jammer genoeg geen inbreuk op omdat verzekeraars geen zorgverleners zijn. Het komt er dus op neer dat de kandidaat-verzekerde willens nillens een onbepaalde persoon als vertrouwenspersoon aanwijst.

Op 3 april 2003 schreven we hierover naar Prof. Manu KEIRSE, toen nog Kabinetschef van minister van Volksgezondheid Jef TAVERNIER. Als toemaatje wezen we erop dat de onderzoekende arts in het formulier moest verklaren dat hij de betrokkene had laten mede-ondertekenen. De arts werd dus verondersteld wel een inbreuk te plegen. We verzochten het kabinet een ministerieel rondschrijven te richten aan de verzekeringsmaatschappijen. We wachten nog op een antwoord.

#### **VIII.6. De neo-geriaters en de neo-urgentisten**

Tijdens de vergadering van de Hoge Raad van 18 december 2003 werden twee ontwerpen voorgelegd met betrekking tot het invoeren van de bijzondere beroepstitels van geriater <sup>(80)</sup> en "urgentist" <sup>(81)</sup> in het artikel 1 van het K.B. van

<sup>79</sup> Art. 34 van de G.V.U.-wet bepaalt een lijst en de omschrijving van de verschillende soorten van geneeskundige verzorging die door het stelsel van de verplichte verzekering worden gedekt.

<sup>80</sup> Ontwerp van ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten in de geriatrie

<sup>81</sup> Ontwerp van ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, acute geneeskunde en van het brevet in de acute geneeskunde alsook van de stagemeesters en stagediensten in deze disciplines

25.11.1991 <sup>(82)</sup> en wel met verkorte opleidingsduur, voor disciplines die tot nog toe als een subspecialisme behorend tot het artikel 2 van hetzelfde K.B. worden beschouwd. Deze subspecialismen vergen normaliter een aanvullende opleiding bovenop het basisspecialisme.

Blijkbaar is er iets ontregeld in de denkmechanismen van de Overheid. Hoe korter de opleidingsduur hoe breder, diepgaander en concurrentiëler ten opzichte van de basisspecialismen de Overheid de bevoegdheden gekoppeld aan de nieuwe beroepstitels wil bepalen. Volgens de verklaringen van de Voorzitter van de Hoge Raad, Dr. J.P. DERCOQ, zou het de bedoeling zijn de planningscommissie de mogelijkheid te geven om beter de evolutie van de manpower-behoefte te kunnen opvolgen. Het vaststellen van numerieke behoeften is zeker geen rationele voorwaarde om de aard en inhoud van de opleiding te bepalen. Wij vrezen dat de intenties vooral gaan in de richting van het verruimen van het aantal "immuniseerbare" opleidingsgebieden buiten de numerus clausus en dat het ook een poging is om binnen de nomenclatuur bepaalde bevoegdheden te verwerven of te monopoliseren. Onze opmerkingen werden medegedeeld aan de Hoge Raad. Het ontwerp van M.B. met betrekking tot de geriatrie werd op 18.12.2003, mits een belangrijk aantal opmerkingen, positief geadviseerd door de Hoge Raad, behalve wat de bepaling betreft in verband met de mogelijkheid om terug te keren naar het specialisme inwendige geneeskunde. Dit punt samen met het dossier omtrent de urgentieartsen staat opnieuw geagendeerd op de volgende vergadering van de Hoge Raad van 19.02.2004.

## IX. BESLUIT

Over 2003 valt nog veel meer te zeggen dan wat voorafgaat. De selectie is nogal arbitrair gebeurd. De limiterende factor was vooral tijd en ook man/vrouwkracht om deze ingewikkelde en vooral volumineuze materie de baas te kunnen blijven.

De dienstbaarheid en beschikbaarheid van onze staf is bijzonder groot, en de leden van het Uitvoerend Comité die wekelijks tot dagelijks – en zelfs meermaals per dag met meerderen van hen – communiceren via alle mogelijke bestaande kanalen, zijn hen bijzonder erkentelijk.

Elke nieuwe week zit immers vol verrassingen, jammer genoeg dikwijls onaangename. Er moet dikwijls zeer kort op de bal worden gespeeld. Een plotse uitnodiging van de secretaris om deel te nemen aan een parlementaire hoorzitting vb. over het "no fault" verzekeringsstelsel wat betreft de beroepsaansprakelijkheid <sup>(83)</sup>, een absoluut noodzakelijke aanwezigheid van de voorzitter op een echelonneringsdebat <sup>(84)</sup>, een dringend onderhoud gevraagd door een politicus over een onderwerp dat ons zeer direct aanbelangt, een opgelegde socialistische hoogmis onder de slogan Gezondheidsdialogen op zondagochtend <sup>(85)</sup>, dit zijn

---

<sup>82</sup> Koninklijk besluit van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheeskunde (B.S. 14.03.1992).

<sup>83</sup> « Hoorzitting over de therapeutische risico's en medische aansprakelijkheid 13.01.2004 ». De Geneesheer-specialist nr. 1. januari 2004.

<sup>84</sup> « Halle herlanceert het echelonneringsdebat ». Artsenkrant nr. 1565. 27.01.2004.

<sup>85</sup> « Zachte echelonnering moet conventie redden ». Artsenkrant nr. 1566. 30.01.2004.

allemaal relatief banale voorvallen waarop het Uitvoerend Comité slechts adequaat kan antwoorden dankzij de inzet van onze staf.

Het voorbije werkjaar was gekenmerkt door een vloedgolf veroorzaakt door huisartsenturbulenties, soms terecht, soms onterecht. Beduidend meer in Vlaanderen dan in Wallonië. De opwaardering van de intellectuele acte belangt alle huisartsen en alle specialisten aan en de wisselwerking tussen beide beroepsgroepen is essentieel en van steeds toenemend belang. Daarom dat ik jaar na jaar blijf oproepen om in complementariteit tussen huisartsen en specialisten en tussen specialisten onderling te blijven samenwerken.

Minister DEMOTTE wil het “divide ut imperes” principe dat Frank VANDENBROUCKE systematisch toepaste tussen huisartsen en specialisten nu uitbreiden tussen de specialisten onderling.

Tijdens zijn toespraak op de plenaire vergadering van de “Gezondheidsdialogen” van 25.01.2004 kondigde DEMOTTE immers aan dat sommige specialisten zullen moeten/mogen (?) gebruik maken van het door alle specialisten vermaledijde “biljetje” of “ticketje” dat de patiënt zal toelaten een hogere terugbetaling te krijgen wanneer hij door een huisarts wordt verwezen naar een specialist.

Welke beroepsvereniging wil dit ? Wie wil er eerst aan de beurt komen ? De gynecoloog, de pediater, de dermatoloog, de ORL, de oftalmo, de plastisch chirurg, de psychiater ... ? Is het creëren van dergelijke poespas met hopen bijkomende administratie zowel voor de huisarts als de specialist het antwoord van de minister op zijn bewering dat “veel specialisten de interessante zaken wegtrekken van de huisarts” ? <sup>(86)</sup> DEMOTTE neemt in het interview gemakshalve letterlijk het idee van de huisartsenprofessoren Jan DE MAESENEER (RUG) en Jan HEYRMAN (KUL) over, waarmee beiden al jaren alle markten en de media afschuimen <sup>(87, 88)</sup> en waar wij hen soms van antwoord kunnen (of mogen) dienen <sup>(89)</sup> : 5.000 groepspraktijken met elk 2.000 ingeschreven patiënten. En om terug intellectuele zaken van de specialist te heroveren, dixit DE MAESENEER <sup>(90)</sup>, kan de huisarts ondermeer misschien wantoestanden in de buurt aanklagen “nachtlawaai van vliegtuigen, vervuiling van een fabriek, een ongezonde woonbuurt” ? Aangevuld door HEYRMAN “De tijd van de solo opererende huisarts is voorbij. De toekomst is aan de ploegspelers”.

Met overjaarse pseudo-soixantehuitards en herrezen priesters Daensen, denk ik niet dat de samenwerking huisarts-specialist er zal op vooruitgaan en dat de patiënt die gepersonaliseerde holistische (huisarts-) geneeskunde vraagt er beter zal van worden. Hun modellen werken niet in het buitenland en zullen ook hier niet werken.

Laat de mensen die echt in het beroep staan samen afspreken hoe ze met elkaar communiceren, hoe ze samen chronische patiënten opvangen en continu opvolgen,

---

<sup>86</sup> « Demotte steunt vorming groepspraktijken ». De Standaard. Interview van Guy Tegenbos met minister Demotte, samen op reis naar Ottawa, Canada. 02.02.2004.

<sup>87</sup> « Opnieuw een beroep met toekomst ». Artsenkrant nr. 1515. 27.05.2003.

<sup>88</sup> « Contract 2005 : een toekomstperspectief voor de huisartsgeneeskunde ? ». De Huisarts. 25.06.2003.

<sup>89</sup> INSEAD Symposium. Brussel 23.05.2003. The patients perspective : development in the Belgian Healthcare system. The perspective of the Provider”. Prof. Jan Heyrman versus Dr. M. Moens.

<sup>90</sup> Huisartsenopleiders Jan De Maeseneer en Jan Heyrman over de crisis in het vak. “Huisarts moet zijn positie heroveren”. De Standaard. Dossier. 31.01.2004.

hoe ze samen uit het moeras van de spoedgevallenzorg raken dat aangelegd werd door een illustere voorganger van minister DEMOTTE, Marcel COLLA <sup>(91)</sup>, en waar sindsdien allerlei zorgverstrekkers tegen elkaar werden uitgespeeld.

Die topics komen prominent aan bod in het akkoord artsen-ziekenfondsen van 15.12.2003 en in de speech van minister DEMOTTE ter gelegenheid van de Gezondheidsdialogen dd. 25.01.2004, weliswaar zwaar ondergedompeld in een P.S.-saus. <sup>(92)</sup>

Laat dit niet aan de politici over en evenmin aan kamergeleerden. Laat het ons zelf doen.

In 2004 zal het 50 jaar zijn dat het V.B.S. deze aanpak in woord en daad gestand doet. Wij zullen dit in september eerstkomend gedenken. De specialisten laten zich niet in de hoek drummen, noch intra- noch extra- muraal, zoals onze vrienden van het Belgisch Verbond ter Bevordering van de Vrij Gevestigde Geneeskunde via hun schitterende vrije tribune de voorbije week meedeelden aan het grote publiek <sup>(93)</sup>.

Onze huidige voorzitter, Prof. J. GRUWEZ, heeft die periode van 50 jaar bijzonder actief meebeleefd. Ter afronding van dat decennialang engagement was hij als voorzitter van 23.03.2000 tot heden de combattieve, flamboyante verdediger van samenwerking over de lijnen van de verschillende zorgverstrekkers heen, met huisartsen en specialisten samen en onderling met de specialisten van alle disciplines.

Zijn doel – en dat van het V.B.S. – is en blijft optimale zorg verlenen aan alle patiënten, en dit op voet van onderlinge collegiale gelijkheid.

Laat ons ons verleden niet overboord gooien, maar er uit leren om versterkt uit deze moeilijke periode te komen.

Dank je Jacques voor je niet aflatende inzet.

Met dank waarde collegae, beste vrienden voor uw aandacht.

Dr. M. MOENS.  
Secretaris-generaal.

---

<sup>91</sup> cfr. meerdere V.B.S.-jaarverslagen o.m. Jaarverslag 1999, punt V “Spoed – MUG – Intensieve zorgen : langzaam maar zeker, maar zeker langzaam”. De Geneesheer-specialist nr. 2. Februari 2000.

<sup>92</sup> [www.rudydemotte.be](http://www.rudydemotte.be); gezondheidsdialogen.

<sup>93</sup> « Moeten extramurale specialisten naar een luchtbel op Mars ? ». Artsenkrant nr. 1568. 06.02.2004