
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsvereniging van
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 8 / DECEMBER 2001

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

Quid na 2001?

De regering heeft zopas (14.11) haar beslissingen medegedeeld in antwoord op de voorstellen die werden geformuleerd in het kader van het overleg onder artsen, ziekenfondsen en deels ook ziekenhuizen (de zgn. Task Force "Agenda voor verandering in de gezondheidszorg"). Het antwoord van de regering (zie verder de integrale tekst) is dat **uiterlijk op 15 december** e.k de RIZIV-overlegorganen een reeks concrete besparingsmaatregelen moeten uitwerken, voor een bedrag van 1,6 miljard op jaarbasis. Dit impliceert nomenclatuurwijzigingen en recuperaties die automatisch **tegenstelbaar** zijn aan de individuele verbonden geneesheer in het kader van het lopend akkoord artsen-ziekenfondsen.

De regering had bij de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling een besparing van 5,08 miljard op de medische activiteiten voorzien, waaronder 2,44 miljard via 6 maanden uitstel van de indexaanpassing, 1 miljard additionele besparingen op medische beeldvorming en klinische biologie, en de 1,6 miljard waarvan hierboven sprake. De toekomst van de verbonden geneesheer is onvoorspelbaar. Hij kan zich in 2002 bovendien verwachten aan bijkomende inleveringen ten gevolge van de budgetoverschrijdingen in 2001, evenals zware aderlatingen op vraag van de ziekenhuisbeheerders die geen tegemoetkoming krijgen vanwege de regering om hun structureel deficit van 17 miljard BEF te delgen.

Hierna enkele recente vergelijkende RIZIV- cijfers (Nota CGV nr 2001/318) over de toename in de gecumuleerde uitgaven 2001 t.o.v. 2000 tot en met de maand juli:

	07/2000	07/2001	budg.doelstelling		7.00/7.01
			2000	2001	%
klinische biologie	16.545,9	18.876,9	28.556,4	29.857,6	14,1
med. beeldvorm.	15.480,7	17.745,4	27.079,8	28.795,7	14,6
raadplegingen	21.876,5	22.912,9	38.033,4	40.161,7	4,7
speciale verstrekt.	18.284,3	20.261,5	31.995,0	34.427,6	11,9
heelkunde	14.331,6	15.893,9	25.537,6	27.120,9	10,9
gynaecologie	1.235,6	1.400,0	2.184,5	2.392,5	13,3
toezicht	4.606,2	4.539,9	7.427,7	7.752,9	13,1

Wat zijn Uw "mogelijkheden":

1. U blijft volledig geconventioneerd: u doet niets en (moet) ondergaat(n).
2. U stapt van een volledige conventie over naar een gedeeltelijke : u stelt beperkende voorwaarden inzake tijd en plaats (indien vol- of deeltijds ziekenhuisarts 25u/week; indien uitsluitend raadpleging: 20u/week). U schrijft aangetekend vóór 15.12.2001 (briefmodel op www.vbs-gbs.org). Uw sociaal statuut 2002 wordt 68.217 i..p.v. 102.326 BEF in 2001.
3. U stapt uit de conventie : tenzij u zich reeds in deze situatie bevond, schrijft u aangetekend vóór 15.12.2001 (briefmodel op www.vbs-gbs.org)

Bekijk Uw individuele situatie. Neem in elk geval de juiste beslissing vóór 15.12.2001!

REACTIE VAN DE REGERING OP HET RAPPORT VAN DE TASK FORCE “AGENDA VOOR VERANDERING IN DE GEZONDHEIDSZORG”

De Regering had aan de heer Gabriel Perl gevraagd een Task Force op te starten met als opdracht tegen einde oktober concrete voorstellen uit te werken over een aantal themata, in het bijzonder het thema van de individuele financiële verantwoordelijkheid van voorschrijvers, verstrekkers en ziekenhuizen, en dat van de hervorming van de financiering van klinische biologie, medische beeldvorming en dialyse. Tevens wenste de Regering voorstellen van maatregelen die in 2002 in staat zijn de vooropgestelde budgettaire objectieven te realiseren, met name een vermindering van de uitgaven in de sector van de geneesherenhonoraria ten belope van 5.080 miljoen BF (2.600 miljoen BF exclusief uitstel indexering honoraria).

De werkzaamheden van de Task Force werden georganiseerd in 4 werkgroepen:

1. Individueel responsabiliseren van artsen
2. Klinische biologie, medische beeldvorming, dialyse, referentiebedragen
3. Nomenclatuur
4. Normering en kostenverdeling

Op 29 oktober werden de resultaten van de werkgroepen 1, 2 en 4 besproken in de plenaire vergadering van de Task Force, en de rapporten werden door de voorzitter overgemaakt. Een nota van Dr. Jacques De Toeuf, Voorzitter van de Technisch-Geneskundige Raad betreffende voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur, werd later overgemaakt zonder dat deze voorafgaandelijk werd voorgelegd aan de Task Force.

De Regering is zich ten eerste bewust van de grote inspanningen die gedurende de 3 laatste weken werden verricht. Zij wenst de talrijke deelnemers aan het overleg en in het bijzonder de voorzitter hiervoor van harte te bedanken. Op een aantal terreinen werd zonder twijfel belangrijke vooruitgang geboekt en het komt er op aan deze vooruitgang te consolideren en verder uit te diepen. Andere aspecten dienen nog verder te worden uitgewerkt. In zijn reactie wenst de Regering bij de verschillende rapporten een aantal opmerkingen te formuleren en oplossingen te suggereren. Tevens worden de agenda en de timing van een nieuwe overlegronde vooropgesteld die moet leiden tot definitieve oplossingen van de belangrijke vraagstukken die zich vandaag in de gezondheidssector stellen.

Wergroep 1: Individueel responsabiliseren van artsen

1. De werkgroep heeft in het licht van de “Agenda voor verandering van de gezondheidszorg” relevante elementen aan de orde gesteld die - indien zij effectief worden geoperationaliseerd – een antwoord bieden op de vragen waaraan de voorstellen moeten worden getoetst. Het verslag van de werkgroep kan worden beschouwd als een inventaris van de elementen die deel moeten uitmaken van een systeem van individuele responsabilisering van huisartsen.

In zoverre de operationalisering van dit systeem tot stand wordt gebracht conform het tijdschema dat in deze nota wordt vooropgesteld, kan het antwoord van de task force op de brief van de Eerste Minister wat het onderdeel “individuele verantwoordelijkheid” betreft worden beschouwd als een belangrijke stap voorwaarts. De intense inspanningen van de werkgroep onder leiding van de heer De Cock en de omstandige documentatie zowel vanwege de Dienst als vanwege een aantal leden worden dan ook geapprecieerd.

2. De werkzaamheden van de werkgroep werden toegespitst op een systeem van responsabilisering van de huisartsen. Gelet op het korte tijdbestek en op de timing vooropgesteld in het definitief interimverslag van 28/09/2001 kan dit worden aanvaard. De werkzaamheden van de werkgroep dienen voortgezet voor wat de specialisten betreft. Een door de taskforce goedgekeurd verslag dient te worden voorgelegd per 31/01/02.

3. Onder punt 2 van het verslag (inventaris van de parameters) wordt aangegeven dat de werkgroep bereid is de voorgestelde parameters verder te onderzoeken in het licht van de beschikbare guidelines. Anderzijds wordt onder punt 1 melding gemaakt van overeenstemming over de noodzakelijke betrokkenheid van overheid, de beroepsgroepen en de ziekenfondsen. Verder stelt de werkgroep voor om de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (opgericht bij KB van 13.07.2001, gepubliceerd in BS 29.08.2001) te betrekken bij de mogelijke thema's en parameters bij de concrete responsabiliseringsacties. De NRKP beantwoordt zowel qua samenstelling als qua opdrachten aan de in het verslag vooropgezette idee van “co-sharing”. Om die reden wenst de Regering een akkoord te hebben vanwege de partners van de taskforce over de aanwijzing van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie als orgaan dat de gegevens en parameters voor de beoordeling van de individuele verantwoordelijkheid vaststelt.

Aan de diverse partijen die in de NRKP zijn vertegenwoordigd wordt gevraagd om de kandidaturen ten laatste op 20/11/01 in te dienen. De NRKP zal worden geïnstalleerd in de loop van de maand december. In afwachting van de start van de werkzaamheden van de NRKP kan de werkgroep haar activiteiten voortzetten met betrekking tot de in de hiernavolgende punten aangegeven kwesties.

4. De gegevens en parameters

De werkgroep wijst terecht op het belang van recente gegevens, gestandaardiseerd volgens objectieve en patiëntele gegevens, waarbij rekening wordt gehouden met geslacht, leeftijd en sociale categorie. Uitspraken over de pertinentie van de aangegeven parameters zullen enkel kunnen gebeuren indien men tenminste kan beschikken over gevalideerde gegevens voor elk van de onderzochte parameters. Bij elke parameter zal moeten worden geëvalueerd wat wordt vastgesteld aan praktijkvariantie¹. Het is van wezenlijk belang dat de huisartsen per 1.7.2002 (en de specialisten per 1.1.2003) vanuit het Riziv kennis hebben van de parameters waarop zij zullen worden beoordeeld, temeer daar er aan de resultaten van 2002 financiële implicaties zijn verbonden. Daarom is het absoluut noodzakelijk dat voor 1/7/2002 de parameters zijn vastgesteld en dat elke huisarts en elke LOK of kring zich kunnen situeren. Om die reden achten we het noodzakelijk dat er reeds op basis van gegevens 2000 en voor de parameters waarvoor gegevens beschikbaar zijn een responsabiliseringsoefening gebeurt onder de vorm van 1) een simulatie (al dan niet op basis van een representatieve steekproef) op basis waarvan de te verzamelen gegevens en de te meten parameters worden vastgesteld en 2) een mededeling van de parameters en de gegevens 2000 voor 1.7.2002. Steeds binnen dezelfde responsabiliseringsoefening kunnen dan in het tweede semester 2002 de gegevens 2001 worden meegedeeld die het vergelijkingspunt zullen vormen voor de beoordeling van de gegevens 2002.

Een belangrijk punt vormt uiteraard de vaststelling van de ijkwaarden van elke parameter. De werkgroep maakt in feite onderscheid tussen drie mogelijke situaties.

- a) "optimale" praktijk welke aanleiding geeft tot een bonus
- b) "voor verbetering vatbare" praktijk waarbij een bonus wordt toegekend indien daadwerkelijk verbetering wordt vastgesteld
- c) "niet aanvaardbare" praktijk

Voor elke parameter dient duidelijk te worden vastgesteld welke de afkappingspunten zijn. Dit zal pas zinvol kunnen gebeuren op basis van de hoger vermelde simulatie. Hierbij zou bijvoorbeeld als uitgangspunt voor optimale praktijk de waarde kunnen worden genomen voor de 20 % best scorende huisartsen. Naargelang de aard van de parameter zal moeten worden vastgesteld wat als optimaal moet worden beschouwd, op basis van zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens (bijvoorbeeld via boxplotanalyse of gaussiaanse verdelingscurves). In dat verband moet ook duidelijkheid gegeven over de status van lage waarden, de interpretatie ervan in het licht van mogelijke onderconsumptie en de gevolgen die hieraan worden gegeven.

De optie van de werkgroep om te werken op basis van objectieve en verfijnde patiëntele gegevens kan worden onderschreven. Er moet evenwel aandacht worden gevestigd op twee bijzondere situaties:

1. De situatie van huisartsen in beroepsopleiding met stage in de praktijk van de huisarts-stagemeester. Vermits de HIBO de patiëntencontacten attesteert op naam van de stagemeester en voorschriften tekent onder eigen naam is het absoluut noodzakelijk om de gegevens van beiden samen te voegen.
2. De situatie van huisartsen in medische huizen met forfaitaire bedragen: gezien er hier geen sprake is van geattesteerde patiëntencontacten, maar anderzijds per medisch huis de patiëntiële gekend is, dienen de gegevens, parameters en financiële boni en mali per medisch huis vastgesteld te worden.

¹ Bovendien zal er ook aanvullende informatie moeten worden verzameld om de parameters in hun juiste context te beoordelen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit bijlage nr. 4 bij het verslag van de werkgroep dat er aanzienlijke verschillen bestaan inzake aantal consultaties bij de cardioloog naargelang de woonplaats van de rechthebbenden. Dit kan een effect hebben op de individuele parameters van de huisarts versus de specialist inzake voorschrijfgedrag van cardiovasculaire geneesmiddelen. Zo zal in elk geval ook de totale consumptie voor de beschouwde parameters moeten worden nagegaan, teneinde met de verschillen inzake het aandeel van door huisartsen en door specialisten voorgeschreven verstrekkingen rekening te kunnen houden.

Het verslag van de werkgroep geeft geen aanduiding vanaf wanneer de evaluatie gevolgen heeft voor recent gevestigde huisartsen. Praktisch zou kunnen voorgesteld worden dat vanaf het jaar N + 2 na het eerste jaar waarna een patiëntie kan worden vastgesteld de individuele verantwoordelijkheid tot gevolgen kan leiden.

Aan de werkgroep wordt gevraagd om over de diverse aspecten die in dit punt 4 zijn besproken overeenstemming te bereiken en om in het bijzonder uitspraak te doen over :

- a) een model van simulatie van gegevens en parameters;
- b) een tijdstabel voor het realiseren van de simulatie, de conclusie uit de simulatie (gegevens, parameters, bepaling van de afkappunten), de vaststelling van de mee te delen gegevens en parameters aan de huisartsen, de datum van mededeling;
- c) de oplossing van specifieke problemen: vaststelling van lage waarden; huisartsen in beroepsopleiding, huisartsen in medische huizen; voor nieuwe praktijken, jaar waarin voor het eerst gevolgen worden verbonden aan de beoordeling

5. De verfijning van gegevens op basis van registratie van morbiditeitskenmerken op basis van ICPC (International Classification of Primary Care) is een waardevolle suggestie die evenwel niet van meet af aan kan worden gerealiseerd. In dat verband moet worden gewezen op de middelen voorzien voor telematica en elektronisch medisch dossier vanaf 2002, waarover in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen een akkoord dient te worden bereikt. Deze middelen laten in eerste instantie toe om aan 6000 huisartsen een vergoeding te verstrekken als tussenkomst voor een onderhoudscontract voor gehomologeerde software waarin ondermeer ICPC-codering is voorzien. Aan de werkgroep wordt gevraagd om verduidelijking te geven over de wijze waarop morbiditeitskenmerken zouden moeten worden betrokken, gelet op enerzijds de middelen voorzien in het nationaal akkoord en anderzijds de onmogelijkheid om reeds van meet af aan deze gegevens in aanmerking te nemen.

6. Financiële prikkels en procedures

Het voorstel om ten aanzien van verantwoord gedrag positieve incentives te voorzien die zowel op het niveau van de individuele voorschrijver als van een LOK-groep of huisartsenkring aanwezig zijn, kan worden onderschreven. Dit geldt ook voor de benadering van artsen bij wie geen verbetering wordt vastgesteld of wanneer flagrante afwijkingen worden vastgesteld. Wat deze laatste betreft, wordt voorgesteld om reeds in de loop van 2002 uitvoering te geven aan punt 4.c van het rapport van de werkgroep. Het effect hiervan, samen met de responsabiliseringsmaatregelen in de ziekenhuizen wordt voor 2002 begroot op 400 miljoen (zonder aankondigingseffecten), en komt tot stand door bijvoorbeeld het verminderen of intrekken van bepaalde tegemoetkomingen zoals accrediteringshonoraria.

Het is evident dat zowel de positieve als negatieve incentives op individueel niveau voldoende belangrijk moeten zijn om een substantieel effect te kunnen sorteren. Een deel van de globale honorariummassa kan worden voorbehouden voor de financiering van deze incentives.

Het verslag is onvoldoende precies omtrent de aard en hoegrootheid van de incentives. Gelet op de overeenstemming om in 2003 financiële implicaties te voorzien op basis van de gegevens van het jaar 2002 is het vaststellen van een juridische basis in de gecoördineerde wet bijzonder dringend. Het is des te meer nodig om de in 2002 vooropgestelde toepassing van sancties bij evident onaanvaardbare praktijken te kunnen uitvoeren. Het is bijgevolg uitermate belangrijk dat snel overeenstemming wordt bereikt over de noodzakelijke wijzigingen van de wet teneinde vanaf 2003 financiële gevolgen in positieve en negatieve zin op basis van gegevens vanaf het jaar 2002 mogelijk te maken. Meer bepaald moet precies worden vastgesteld welke de mogelijke positieve en negatieve gevolgen zijn, wat de situaties zijn waarin de gevolgen zich voordoen, het automatisch karakter van de gevolgen en de wijze waarop het principe van omkering van bewijslast zal toegepast worden, in een geest van respect voor de rechten van de verdediging.

Verder dient de werkgroep overeenstemming te bereiken over de overige aspecten van de punten 3 en 4 van het verslag, en meer bepaald aard en hoegrootheid van de positieve incentives die een duidelijk onderscheid maken naargelang de vastgestelde performantie, de financiering ervan door de globale honorariummassa, aard van de monitoringprocedure, specifieke rol van de LOK's of kringen en van het Paritair Comité Huisartsen.

Aan de werkgroep wordt gevraagd om duidelijkheid te verschaffen over de omvang van de groep huisartsen waarvan verwacht wordt dat zij in aanmerking komen voor een positieve incentive ten opzichte van het geheel van de groep van huisartsen.

7. Bijzondere aandachtspunten

Er dient vooreerst herinnerd aan de vraag om de individuele verantwoordelijkheid betrekking te laten hebben op een brede waaier van voorgeschreven verstrekingen in elk van de drie domeinen (klinische biologie, medische beeldvorming en geneesmiddelen). Gelet op het grote aantal voorgestelde parameters wordt voor de werkgroep verduidelijking gevraagd over de wijze waarop meerdere parameters moeten worden samengebracht om de individuele verantwoordelijkheid op een breed toepassingsgebied te kunnen beoordelen, en dat zonder afbreuk te doen aan de transparantie ervan. Meer bepaald zou kunnen worden gedacht aan een combinatie van algemene en specifieke parameters, en dit reeds vanaf de eerste responsabiliseringsoefening, voor elk van de beschouwde domeinen, als het gaat om het vaststellen van "goede praktijk" en om een beoordeling van elke parameter afzonderlijk of een minimum aantal ervan wanneer het gaat om "niet aanvaardbare praktijk".

Ten tweede wordt de idee van kwaliteitsmanager geopperd. In dat verband kan worden gewezen op de thematische acties van de informatiecel (NSAID's (non steroidal anti-inflammatory drugs), antibiotica), goedgekeurd door de accrediteringsstuurgroep. Bij deze acties werd voorzien in animatorenopleidingen en in een vergoeding van deze animatoren voor het leiden van een thematische bespreking in een LOK. Het verdere debat over het model van kwaliteitsmanager wordt best gevoerd in de schoot van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie, die ook ten aanzien van de informatiecel als kanaal voor snelle en objectieve informatiedoorstroming en van de aanwending van de middelen ter ondersteuning van de LOK-werking het geëigende overleggaan zal zijn.

Ten derde wijst het verslag terecht op de verantwoordelijkheid van de patiënt, zoals ook gevraagd door de Minister en de Eerste Minister. De veralgemening van het GMD is daarin een belangrijke en noodzakelijke tussenstap. De geplande veralgemening per 1/5/2002 gaat uit van een penetratiegraad van 30 % bij de bevolking jonger dan 50 jaar. Bij de bevolking ouder dan 50 wordt momenteel ongeveer 50 % bereikt. Deze percentages dienen zo snel mogelijk aanzienlijk te worden verhoogd, door versoepeling van de voorwaarden voor opening en verlenging van het GMD en door verhoging van de vergoeding voor de huisarts. De noodzakelijke middelen bovenop de door de Regering reeds vrijgemaakte middelen, dienen dan binnen de honorariummassa van de artsen te worden vrijgemaakt.

De regering stelt vast dat de werkgroep verschillende suggesties doet inzake de verantwoordelijkheid van de patiënt en vraagt meer precieze informatie met betrekking tot het invoeren van remgelden die verschillen naargelang het traject dat de patiënt volgt.

Een belangrijk punt daarbij, dat door de Werkgroep niet wordt aangeraakt, is het opvragen van gegevens uit het GMD wanneer een patiënt bij de specialist consulteert. Aan de werkgroep wordt gevraagd om overeenstemming te bereiken over een systeem waarbij bepaalde specialismen ertoe worden aangezet meer systematisch bestaande informatie vanuit het GMD op te vragen.

Het voorstel om een performante sensibiliseringscampagne te organiseren ter promotie van de huisartsgeneeskunde en de huisartsenwachtdiensten zal worden uitgevoerd. Hierbij wordt tevens verwezen naar punt N.3 van het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 18 december 2000, dat maatregelen voorziet om de organisatie van en de toegankelijkheid tot huisarstwachtdiensten te verbeteren.

Tenslotte, maar des te belangrijker, stelt zich de vraag waar de gegevens die de basis vormen voor een systeem met individuele positieve en negatieve gevolgen zullen worden verzameld en bewerkt. Hierbij dient een evenwichtige en structurele oplossing te worden opgezet die de obligate functie van de overheid terzake koppelt aan de belangrijke rol van de verzekeringsinstellingen in de verzameling en verwerking van gegevens en waarbij artsenorganisaties en ziekenhuisverenigingen worden betrokken. De regering zal ter zake uiterlijk nog dit jaar een beslissing nemen en de leden van de Task Force hierover informeren.

Aan de werkgroep wordt gevraagd om uiterlijk 15.12.2001 zijn akkoord te betuigen met de aanwijzing van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie als orgaan dat de gegevens en parameters voor de beoordeling van de individuele verantwoordelijkheid vaststelt en overeenstemming te bereiken over de noodzakelijke wijzigingen in de wet bedoeld in punt 6 van deze nota.

Verder wordt de werkgroep verzocht uiterlijk op 15.12.2001 overeenstemming te bereiken over de andere aspecten die in de punten 4 tot en met 7 van deze nota werden besproken.

Werkgroep 2: Klinische biologie, medische beeldvorming, dialyse, referentiebedragen

Om te vermijden dat de nieuwe forfaitaire financieringsmechanismen in de klinische biologie, de medische beeldvorming en de dialyse, alsook het systeem van referentiebedragen voor routinebehandelingen aanleiding zouden kunnen geven tot een selectie van patiënten en/of routinebehandelingen, dient een voortdurende evaluatie plaats te vinden van sociale factoren en factoren in verband met volksgezondheid volgens nog vast te leggen modaliteiten. De werkgroep wordt gevraagd om hierover voorstellen te formuleren.

1. Aanpassing van de financiering van de klinische biologie

Aanpassing van de procedure tot vastlegging van de jaarlijkse enveloppe

De werkgroep stelt voor de huidige procedure waarbij het globaal budget wordt vastgesteld door de Koning, na advies van de Algemene Raad en het Verzekeringscomité te vervangen door een versnelde procedure waarbij dit budget wordt vastgesteld door de Algemene Raad met unanimité van de 5 vertegenwoordigers van de Regering, op voorstel of na advies van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en na advies van het Verzekeringscomité. Deze wijziging vereist een aanpassing van de wet en de Regering zal hiertoe een initiatief nemen.

Aanpassing van het systeem van forfaitaire honoraria voor ambulante voorschriften

De Regering gaat akkoord dat alle wettelijke middelen moeten aangewend worden om de principes vervat in het koninklijk besluit nr. 143 toe te passen.

Met betrekking tot de ambulante voorschriftforfaits vindt de Regering het aangewezen dat teruggekeerd wordt naar een toestand met 4 verschillende forfaitaire honoraria per voorschrift, met een degressief honorarium voor de grootste voorschriften. Het doel hiervan is dure voorschriften te ontmoedigen door de forfaitaire niet proportioneel te laten stijgen met de voorgeschreven bedragen. Uiteraard dient dit gepaard te gaan met een aanpassing van de forfaitaire bedragen teneinde rekening te houden met de doorgevoerde vermindering in het niveau van de terugbetaling per acte en met het respect van het voorziene budget. Technisch gezien lijkt het aangewezen om gedurende het eerste semester van 2002 het systeem met 8 voorschriftforfaits te behouden en de algebraïsche verschillen, vastgesteld voor de jaren 1999 en 2000 (artikel 59) toe te passen, ter waarde van een bedrag van 744,9 miljoen Bef¹. In het tweede semester kan in het verlengde daarvan het nieuwe systeem worden ingevoerd.

Aanpassing van de forfaitaire honoraria per dag voor gehospitaliseerde patiënten

De werkgroep stelt voor voortaan de forfaitaire te berekenen op basis van de referentiegegevens van het laatste beschikbare jaar. Samen met de nieuwe procedure tot vastlegging van de jaarlijkse enveloppe moet dit toelaten dat de dagforfaits voor 1 januari van elk jaar definitief worden bekend gemaakt zodat vertragingen en inhaalbedragen kunnen vermeden worden. Het betreffende KB zal in die zin worden aangepast.

De Regering treedt de stelling van de werkgroep bij dat de gekoppelde MKG-MFG-gegevens zo vlug mogelijk moeten worden ingevoerd en dat de APR-DRG's aan de basis moeten liggen van de verdeelcriteria, gezien de binding die er bestaat tussen enerzijds de pathologie en anderzijds de consumptie en de kosten van klinische biologie. De werkgroep stelt dat de gebruikte gegevens enerzijds van recente datum moeten zijn en anderzijds moeten gevalideerd en gecontroleerd worden.

Er dient vermeld te worden dat in het begin van 2002 de gevalideerde MKG-gegevens van het jaar 2000 zullen beschikbaar zijn. Dit betekent dat reeds in de loop van 2002 de vaststelling van de dagforfaits kan gebaseerd worden op de case-mix (de APR-DRG's) van 2000. Daarmee wordt tegemoetgekomen aan de eerste opmerking van de werkgroep. Het is terzake niet zo belangrijk dat de klinische biologie-scores per DRG worden berekend op basis van de gekoppelde gegevens van een minder recent jaar, daar deze scores over een korte periode weinig schommelen.

Wat betreft de controle op de registratie van de minimale klinische gegevens wordt vastgesteld dat deze te sporadisch en te laat plaatsvinden, en dat er tot dusver niet op een sanctionerende wijze werd opgetreden. De Regering meent dienaangaande dat het nieuwe systeem van APR-DRG (in plaats van AP-DRG) minder vatbaar is voor manipulatie van de gegevens en bijgevolg zonder ernstig voorbehoud kan

¹ Daarnaast wordt een bedrag gerecupereerd van 137,7 miljoen Bef in de forfaitaire voor daghospitalisatie. Het totale bedrag dat gerecupereerd wordt is bijgevolg 882,6 miljoen Bef.

worden gebruikt. Niettemin neemt de Regering de noodzakelijke initiatieven om het controlesysteem beter te organiseren, namelijk via een selectieve controle op basis van knipperlichten, en uit te breiden in die zin dat het aantal controlerende artsen dient toe te nemen. Bovendien heeft de Regering in het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg dat momenteel wordt besproken in het Parlement voorzien in de mogelijkheid tot sanctionering van frauduleuze registratie.

In een meer ruimer perspectief meent de Regering dat er een overleg moet worden georganiseerd omtrent de rol die de verzekeringsinstellingen kunnen vervullen in het ziekenhuisbeleid onder meer op het vlak van de controle van de gegevens, de verantwoorde opnamepolitiek en de doelmatige medische praktijk. Zij zal de verzekeringsinstellingen en de organisaties van ziekenhuizen en artsen hiertoe uitnodigen.

Aan de MKG-commissie zal de opdracht worden gegeven het werk in verband met een selectieve controle op basis van knipperlichten te activeren.

Nog wat de gebruikte gegevens betreft is de Regering van mening dat de MKG-MFG-databank op korte termijn moet geactualiseerd worden. Met name moeten de gekoppelde gegevens van het jaar 2000 snel beschikbaar gemaakt worden zodat zij in diverse financieringssystemen en in diverse programma's van inventarisatie en evaluatie van praktijkverschillen kunnen aangewend worden. De MFG 2000 dienen daartoe op korte termijn te worden verzameld.

Bovenstaande opmerking met betrekking tot de actualisering en de controle op de gegevens gelden ook voor wat betreft medische beeldvorming en referentiebedragen. Ze zijn tevens van belang voor de invoering van de nieuwe financiering van het verpleegdagbudget op 1 juli 2002.

Op basis van bovenstaande opteert de Regering ervoor om vanaf 1 juli 2000 te starten met een nieuw berekeningssysteem van de dagforfaits. Deze berekening kan voor het belangrijkste deel gebaseerd zijn op de APR-DRG's (hetgeen toelaat dat alle pathologiegroepen in rekening kunnen gebracht worden, terwijl het huidige systeem van DRG's gebaseerd is op een selectie) en voor het andere gedeelte op een nationaal gemiddelde waarde per type bed (waarbij de berekening van een aantal intensieve bedden niet kan gebaseerd blijven op de bestaande lijst van reanimatieprestaties). Om de overgang van oud naar nieuw systeem voor de ziekenhuizen financieel dragelijk te houden wordt ervoor geopteerd om gedurende het eerste jaar (van 1 juli 2002 tot 30 juni 2003) de dagforfaits voor de helft te verdelen volgens de huidige methode en voor de andere helft volgens de nieuwe methode.

De Regering gaat er tenslotte mee akkoord dat er geen onderscheid dient gemaakt te worden tussen universitaire en niet universitaire ziekenhuizen en dat het verschil voor de universitaire instellingen en gelijkgestelde ziekenhuizen of diensten (volgens nader te bepalen criteria) dient overgeheveld te worden naar het nieuwe onderdeel B7 van het ziekenhuisbudget dat voorziet in een specifieke financiering voor de specifieke opdrachten van opleiding en toegepast onderzoek (of naar het onderdeel B4). Deze overheveling dient overigens ook toegepast te worden vanuit de medische beeldvorming en vanuit de dialyse.

Opdeling ambulante gehospitaliseerd

De Regering gaat akkoord met het verschuiven van de klinische biologie bij daghospitalisatie van het ambulante gedeelte naar het gehospitaliseerde gedeelte. Er dient daarbij rekening gehouden met het feit dat vanaf 1 juli de heelkundige daghospitalisatie opgenomen wordt in het ziekenhuisbudget en niet meer aanrekenbaar is via het ambulante forfait.

De werkgroep stelt ook voor om in de toepassing van artikel 59 de verrekening op de 2 componenten afzonderlijk te blijven houden, maar het principe van de communicerende vaten toe te passen tot een nader te bepalen maximaal verschil (2 %), indien een overschrijding van de ene component gepaard gaat met een overschrijding van de andere component. Deze aanpassing vereist een wetswijziging waartoe de Regering een initiatief zal nemen.

Andere aspecten

Wat betreft de moleculaire biologie dient het huidige experiment, waarbij deze nieuwe technieken worden geëvalueerd door de Centra voor Moleculaire Diagnostiek te worden verder gezet en dient het Nationaal Comité zijn voorstellen uit te werken aangaande de meest adequate financiering van de betreffende verstrekkingen.

2. Aanpassing van de financiering van de medische beeldvorming

Er wordt vastgesteld dat de werkzaamheden in dit dossier minder ver zijn gevorderd en er wordt voorgesteld dat de werkgroep zijn werkzaamheden verder zet. Voor een aantal punten kan verwezen worden naar de aanpassing van de financiering van de klinische biologie en kunnen dezelfde modaliteiten toegepast worden.

De Regering meent dat de graad van forfaitarisering in de medische beeldvorming, met uitzondering van echografie, coronarografie, moet gebracht worden op 60 %. Door forfaitarisering kunnen de consumptieverhogende effecten, inherent aan een systeem van betaling per prestatie, worden doorbroken. Voor de gehospitaliseerde patiënten kan gekozen worden voor de methodiek van toepassing in de klinische biologie. In de ambulante sector dient gezocht naar een aan de specificiteit van de sector aangepast systeem van voorschriftforfaits dat niet aanzet tot meer of duurdere voorschriften.

In dat kader lijkt het aangewezen dat aantal en hoegrootheid der voorschriften (in biologie en beeldvorming) een parameter zijn in het kader van de individuele responsabilisering van de voorschrijver. Het is eveneens aangewezen, via een nomenclatuurwijziging en op basis van voorstellen van de TGR, de voorschriftvrijheid te beperken in die zin dat niet elke arts alle prestaties medische beeldvorming kan voorschrijven. Speciale aandacht dient gegeven aan de problematiek van de auto-prescriptie waar een specifiek uitgewerkte budgettaire verantwoordelijkheid dient onderzocht die zich uitstrekt tot alle artsen die medische beeldvorming uitvoeren. Gezien het snel evoluerend karakter van de beeldvormingstechnieken lijkt het niet aangewezen het globaal budget op te splitsen in deelbudgetten per techniek.

3. Aanpassing van de financiering van de dialyse

De Regering gaat akkoord met de instelling van een weekbedrag dat, onafhankelijk van de gevolgde behandelingstechniek, hetzelfde is voor elke in het voedijcentrum ingeschreven patiënt. De Regering vraagt dat een consensus wordt gezocht aangaande de opsplitsing van het weekbedrag tussen een forfait voor de beheerder en een honorarium voor de arts. Deze opsplitsing kan gebaseerd zijn op de verdeling die vandaag bestaat in de chronische ziekenhuisdialyse of kan het resultaat zijn van een reële kostenanalyse. Wat het moratorium betreft vraagt de Regering dat de voor- en nadelen ervan nader worden toegelicht.

4. Referentiebedrag voor routinebehandelingen

Er wordt vastgesteld dat de werkgroep het principe van het referentiebedrag aanvaardt voor zover het toegepast wordt op frequent uitgevoerde courante interventies maar dat geen concrete implementaties ter zake worden voorgesteld tenzij op het vlak van de sensibilisering met eventuele financiële sanctie. De Regering meent dat deze voorstellen niet beantwoorden aan haar vraag om reeds in 2002 te starten met operationele technieken die moeten toelaten mechanismen van ondoelmatig gebruik in de ziekenhuizen uit te schakelen. Zij wil daarom zelf een dubbel voorstel doen.

In de eerste plaats wenst zij dat op 1 januari 2003 voor ieder ziekenhuis een prospectief budget van medische prestaties en geneesmiddelen voor routinebehandelingen wordt ingevoerd. Inzake de medische prestaties betreft het een prospectief budget van honoraria dat niet wordt opgenomen in het verpleegdagbudget. De nodige preciseringen dienen uitgewerkt te worden inzake de technische modaliteiten en inzake het ritme van invoering van het systeem. Dit prospectief budget kan een bepaald percentage van de geselecteerde verstrekkingen dekken. Het behoud van een betaling per akte laat immers toe dat de informatie aangaande de verrichte verstrekkingen beschikbaar blijft.

Tegelijk wordt daardoor een variabele financiering toegepast voor de routine opnamen die ten opzichte van het referentiejaar in meer of in min worden gerealiseerd. Om een goede risicospreiding tot stand te brengen en om elke vorm van patiëntselectie te vermijden dienen een voldoende groot aantal behandelingen te worden geselecteerd. Er zal in dit kader een systeem van monitoring van de case-mix per ziekenhuis worden ingevoerd op basis van een knipperlichtensysteem. Teneinde op een nauwkeurige wijze rekening te kunnen houden met verschillen in pathologie en complexiteit is het gebruik van APR-DRG noodzakelijk. Uiteraard is het evident dat gebruik wordt gemaakt van actuele gegevens zowel op het vlak van de pathologie als op het vlak van de consumptie. De invoering van dergelijk budget kan aanleiding geven tot aanpassingen van de bestaande budgetten klinische biologie en radiologie, daar deze ook kosten met betrekking tot routinebehandelingen bevatten. Zoals de werkgroep het opmerkt dient de samenstelling van de referentiebedragen naar de verschillende componenten goed gekend te zijn. De werkgroep wordt gevraagd de modaliteiten van een dergelijk systeem verder uit te bouwen.

In afwachting dat een dergelijk systeem kan ingevoerd worden en in het kader van de door de Regering gevraagde besparingsmaatregelen dient in het jaar 2002 werk worden gemaakt van een selectieve recuperatie bij ziekenhuizen die voor routinebehandelingen een uitgesproken afwijkend consumptieprofiel inzake medische prestaties vertonen. Als er van uitgegaan wordt dat de door de Technisch Geneeskundige Raad voor te bereiden nomenclatuuraanpassing van 1,6 miljard BF slechts vanaf 1 april kan ingevoerd worden, wordt een deel van de vooropgestelde besparing, namelijk 400 miljoen BF niet gerealiseerd. Het is dit bedrag dat via de techniek van de selectieve recuperatie kan worden bespaard. Daarmee wordt een krachtig signaal gegeven naar de ziekenhuizen dat overconsumptie niet wordt gefinancierd, tegelijk is het een overgangsstap naar de invoering van een prospectief budget.

De Regering stelt voor dat op basis van de meest recente MKG-MFG-gegevens er in de loop van het jaar 2002 een provisionele inhouding gebeurt bij deze ziekenhuizen waar wordt vastgesteld dat zij voor een

minimum aantal routinebehandelingen een bepaalde norm overschrijden (bijvoorbeeld 120 % van het gemiddelde of het mediaanbedrag). Bij de aldus geselecteerde instellingen dient een recuperatie van middelen te worden doorgevoerd waarbij rekening wordt gehouden met de mate van overschrijding. Het aldus ingehouden bedrag draagt een provisioneel karakter in die zin dat het achteraf zal verrekenend worden met het bedrag dat volgens dezelfde methodiek zal worden vastgesteld op basis van de gegevens van het jaar 2002 zelf. De ziekenhuizen en hun artsen krijgen aldus de mogelijkheid om hun gedrag alsnog aan te passen. De verrekening in 2004 op basis van de gegevens van 2002 zal geen aanleiding geven tot een globale teruggave van het ingehouden bedrag, enkel tot een andere verdeling tussen de ziekenhuizen. Aan de werkgroep wordt gevraagd de modaliteiten van deze recuperatie (keuze van de APR-DRG's, vaststelling van de norm, selectie van de ziekenhuizen) uit te werken. De inning van deze recuperatie bij de artsen dient technisch verder te worden uitgewerkt in die zin dat deze recuperatie aanleiding geeft tot een vermindering van de verzekeringsuitgave en geen aanleiding geeft tot een verhoging van de inkomsten van de ziekteverzekering. De invoering van een systeem van selectieve recuperatie vereist een wetswijziging. Bovenstaande mechanismen laten toe dat de vandaag toegepaste methode van lineaire recuperatie, dus zonder onderscheid inzake performantie van de medische praktijk wordt omgebogen naar systemen waarbij wel met deze performantie wordt rekening gehouden.

5. Te realiseren besparingen

De werkgroep stelt voor een bedrag van 1 miljard BF in de sectoren van de klinische biologie en de medische beeldvorming te sparen via een vermindering van forfaitaire componenten. De Regering gaat er van uit dat deze besparing proportioneel (dit wil zeggen in functie van de uitgaven) wordt verdeeld over de twee sectoren en over hun componenten. Deze besparingen worden doorgevoerd vóór de toepassing van de overheveling naar B7. Zoals gezegd dient in de sector van de medische beeldvorming deze besparing gepaard te gaan met een groter aandeel van de forfaitaire vergoeding.

6. Timing

Aan de werkgroep wordt gevraagd om uiterlijk tegen 15 december 2001 een overeenstemming te vinden over de hierboven beschreven aspecten.

Werkgroep 3: nomenclatuur

De Regering heeft aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen gevraagd een nomenclatuur voor te bereiden die met ingang van 1 januari 2002 kan worden doorgevoerd en die beantwoordt aan een aantal doelstellingen

De voorstellen dienen wijzigingen te bevatten op het vlak van cumulregels, groeperingen van prestaties, aanpassing van tarieven aan de reële kosten, nauwkeurige omschrijving van de indicaties, schrapping van obsoleete verstrekkingen...zodanig dat het doelmatig medisch handelen vanuit de nomenclatuur wordt gestuurd.

De door de Voorzitter van de Technisch-Geneeskundige Raad overgemaakte nomenclatuurvoorstellen zijn nog onvoldoende concreet uitgewerkt. Weliswaar bevat de nota een aantal interessante denkpistes zoals met betrekking tot het preoperatief onderzoek of het instellen van een plafond aan technische acties in combinatie met het consultatiehonorarium of het inperken van een aantal veel gebruikte prestaties in de medische beeldvorming ... maar de implementatie van concrete nomenclatuuraanpassingen is nog niet gevorderd. De Regering vraagt bijgevolg dat de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, op voorstel van de Technisch-Geneeskundige Raad, voor 15 december een nomenclatuurwijziging voor een bedrag van 1,6 miljard BF op jaarbasis goedkeurt. Indien dit bedrag niet wordt bereikt of indien de voorstellen niet beantwoorden aan de door de Regering geformuleerde uitgangspunten en doelstellingen, zal de Regering zelf een initiatief nemen. De Regering geeft op die wijze meer tijd dan oorspronkelijk voorzien voor de gevraagde voorstellen tot aanpassing van de nomenclatuur. Daar tegenover staat dat de Regering bij gebreke aan een akkoord in de nationale commissie dat het gestelde objectief realiseert, zelf zeer snel zal moeten kunnen ingrijpen. Daarom stelt de Regering een wetswijziging voor met tijdelijk effect die de Koning toelaat gedurende een periode van 1 januari tot en met 30 april 2002 de nomenclatuur te wijzigen buiten de procedures voorzien in artikel 35§2, na advies van de TGR binnen een termijn van 10 werkdagen. Deze wetswijziging kan geen aanleiding zijn voor het opzeggen van het akkoord.

Werkgroep 4: normering en kostenverdeling

De Regering stelt vast dat inzake normering er een tendens bestaat deze om te buigen van een beleid gericht op structurele gegevens naar een beleid dat meer en meer zal rekening houden met kwaliteit. Kwantitatieve normen (o.a. minimum vereist activiteitsniveau) moeten op termijn, waar nodig, worden

afgeschaft evenals de koppeling van erkenningen (het zgn. cascade-effect). In het kader van de nieuwe ziekenhuisfinanciering zullen ziekenhuizen ten andere ook op een andere wijze worden geëvalueerd waarbij het verantwoord opnamebeleid een sleutelement vormt. De klemtoon zal in de toekomst dan ook vermoedelijk verschuiven naar de accreditering van de ziekenhuiswerking in plaats van de controle van allerlei gedetailleerde normen.

De Regering is van mening dat de voorstellen inzake de herziening van de ziekenhuisnormen zoals beschreven onder de punten 1.1 en 1.2.1 verder worden uitgewerkt en vraagt de opdracht dienaangaande aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen goed te beschrijven. Wat betreft de evaluatie van de medische activiteiten, zowel in het kader van de peer review-colleges als in het licht van de ziekenhuisfinanciering, kan de Overlegstructuur worden gevat.

De task force is van oordeel dat de methoden en technieken van evaluatie van de ziekenhuisactiviteit zodanig moeten worden uitgewerkt dat gelijke tred wordt gehouden met de afschaffing van de structurele normen. Het is nochtans onduidelijk of er sluitende technieken van kwaliteitsevaluatie zijn die alle huidige erkenningsnormen kunnen vervangen. De Regering wenst dat dit wordt onderzocht.

De task force meent dat de beperking van het aantal diensten, functies en programma's in de ziekenhuizen moet worden herzien.

Wat betreft de programmatie van de diagnostische apparatuur wordt de verbinding gemaakt met enerzijds een "health technology assessment" en anderzijds de toepassing van een gesloten enveloppe.

Uit een "health technology assessment" moet blijken of een techniek of een behandeling—aan de voorwaarden voor veralgemening voldoet. Volgens de Regering kunnen deze uitgangspunten aanvaard worden. Zij betekenen echter niet dat een diagnostische technologie in alle ziekenhuizen moet kunnen aangeboden worden. De regering meent ook dat er dient te worden onderzocht of het aanbod van bepaalde technologieën niet beter kan gebeuren in het kader van de wettelijk bestaande samenwerkingsvormen. Dit kan bepaalde voordelen bieden inzake structurele samenwerking tussen ziekenhuizen, inzake het beperken van overconsumptie, de budgetbeheersing, de aangeboden kwaliteit - die ook functie is van een voldoende activiteitsniveau - en maakt het gevaar voor deficitaire uitbating kleiner.

De Regering meent derhalve dat, wat betreft de diensten nucleaire geneeskunde met pet-scanner, een evaluatie op basis van HTA dient te worden uitgevoerd alvorens de besluiten dienaangaande zouden worden aangepast of afgeschaft. Bijgevolg zal zij een opdracht geven aan een groep van internationale onafhankelijke experts inzake HTA, inzake de klinische toepassingsgebieden (voornamelijk oncologie) en inzake nucleaire geneeskunde om de Belgische situatie te onderzoeken en aanbevelingen te doen. Evenwel dient ook gewezen op de opmerking in de eerder vermelde open brief van zekere Vlaamse huisartsenorganisaties dat een opheffing van programmatie zonder regulering van de patiëntenstroom een gevaar inhoudt voor kostenexplosie. De Regering zal bijzondere aandacht besteden aan de budgettaire implicaties van een eventuele aanpassing of afschaffing van de besluiten met betrekking tot programmatie.

Belangrijk bij de bedenkingen is de suggestie om het gebruik van bepaalde verouderde types van apparatuur te verhinderen, door in het kader van de health technology assessment, over te gaan tot het "declasseren" van bedoelde apparatuur, met een niet-terugbetaling als gevolg. De Regering meent dat er ook een verbod moet zijn om deze verouderde techniek op één of andere wijze aan de patiënt aan te rekenen.

De Regering neemt nota dat de task force meent dat een hervorming van de adviesstructuur inzake de ziekenhuizen is aangewezen zodat er meer samenhang komt tussen de diverse beleidsinstrumenten inzake erkenning, programmatie, financiering van de ziekenhuizen en evaluatie van de ziekenhuisactiviteiten. In dat kader lijkt het aangewezen dat de drie in de Task Force verenigde partijen voor een aantal ziekenhuisactiviteiten gezamenlijk adviseren.

Kostenverdeling

De Regering heeft nota genomen van de voorstellen van de task force inzake de kostenverdeling tussen artsen en ziekenhuisbeheerders.

De financiering van de ziekenhuizen op basis van het verpleegdagbudget en de honoraria bemoeilijkt de relatie tussen artsen en ziekenhuizen. Nochtans wensen ziekenhuisartsen en beheerders tot een klare wederzijdse informatie uitwisseling te komen en wensen zij betere kostenafspraken te maken. Deze kostenafspraken kunnen in elk ziekenhuis worden vertaald in een afspraak aangaande kosten voor medische activiteiten die niet door het verpleegdagbudget worden vergoed en die ten laste van de honoraria

zijn. Ook vinden beide partners dat de afgesproken sommen dienen aangewend te worden volgens afspraak. De regering is akkoord met deze uitgangspunten.

Op een aantal punten zoals de definiëring van de kosten ten laste van de honoraria, de uitwisseling van informatie, de instelling van een eenvoudige arbitrageprocedure voor betwistingen omtrent artikel 140 dienen oplossingen te worden uitgewerkt. De regering vraagt aan de task force concrete voorstellen te doen. De Regering is akkoord met de voorstellen met betrekking tot kostenverdeling en zal het initiatief nemen tot het noodzakelijke wetgevende werk.

De task force wijst er op dat er dringend werk moet worden gemaakt van een werkgroep die voorstellen doet inzake het statuut van de ziekenhuisheer. Deze werkgroep dient voor juli 2002 voorstellen te formuleren om de rechtsverhouding tussen de ziekenhuisgeneesheer en het ziekenhuisbeheer te verbeteren en de integratie van de ziekenhuisgeneesheer binnen het ziekenhuis te bevorderen.

Ondertussen werd het initiatief genomen om aan een extern expert te vragen het voorzitterschap van de werkgroep op zich te nemen.

Gezien de complexiteit van de problematiek dient deze werkgroep de nodige tijd te verkrijgen. Bij gebrek aan akkoord tussen de verschillende partijen zal de Regering zelf een initiatief ter zake nemen.

Verder herinnert de Regering aan haar engagement om een wetsontwerp tot regeling inzake de medische aansprakelijkheid uit te werken met het oog op een spoedige goedkeuring door het Parlement, zo mogelijk voor het einde van de legislatuur.

De Regering wenst de Voorzitter van de Task Force, de voorzitters van de werkgroepen en de deelnemers aan het overleg nogmaals van harte te bedanken voor het gedane werk. De Regering vraagt het overleg verder te zetten om aldus de reeds geboekte resultaten nog verder uit te diepen.

MANAGED CARE IN BELGIE ?

BOND DER GENEESHEREN ROESELARE – IZEGEM **Aula KATHO Roeselare – 11 oktober 2001**

Geachte Collegae,
Geachte Dames en Heren,

Toen de Bond der geneesheren Roeselare – Izegem enkele maanden geleden het plan opvatte een avond te wijden aan “ MANAGED CARE “, besepte hij waarschijnlijk niet hoe dicht dit begrip de werkelijkheid van de post- “State of the Union” periode na 09.10.2001 van premier VERHOFSTADT zou benaderen.

1° Budgettaire beschouwingen

Het door de Overheid goedgekeurde gezondheidsbudget van 581,533 miljard BEF, ligt ongeveer 20 miljard lager dan het voorstel waarover het RIZIV verzekerings- comité eind september 2001 misschien een akkoord had kunnen bereiken, nl. 601 miljard BEF.

In dat voorgestelde bedrag zat dan nog maar één derde van wat de artsen en de ziekenhuisbeheerders als een normale inhaalbeweging beschouwen.

De ziekenhuizen kijken tegen een financiële put van 17 miljard aan. Dit is voornamelijk het gevolg van een reeks normeringen, ondermeer wat betreft personeelsomkadering, die zonder ophouden zowel door de vorige als door de huidige regering worden opgelegd.

De artsen eisen een inhaalbeweging van 25 miljard, gespreid over 3 jaar.

In de context van de voorbereiding van de begroting 2002, werd aan het RIZIV – actuaariaat gevraagd een overzicht te bekomen van de uitgaven in de periode 1990 tot 2000. De tabellen 1 tot 3 zijn een samenvatting van deze gegevens.

Tabel 1 toont onmiddellijk aan dat de artsenhonoraria over deze periode veel minder gestegen zijn dan de grote meerderheid van de andere sectoren van de geneeskundige verzorging : plus 40,22% over 10 jaar of een gemiddelde jaarlijkse toename met slechts 3,44%. In deze tabellen werd geen rekening gehouden met de muntontwaarding.

De bedragen zijn reële uitgaven die het gevolg zijn, tenminste wat de geneesheren aangaat, van het toegenomen volume aan zorgverlening, het toegenomen aantal artsen (34.275 in 1990, aangegroeid tot 42.036 in 2000 of plus 22,64% of een gemiddelde jaarlijkse groei met 2,06%), de groeinorm die onder de vorige regering in het kader van de Wet op de Europese Economische en Monetaire Unie om de beruchte Maastricht -norm te behalen van 1994 tot 1999 was vastgelegd op 1,5% en die, sinds de regenboogcoalitie aan de macht kwam in juni 1999, vanaf 2000 op 2,5% werd gebracht, en tenslotte de gezondheidsindex, die wegens een andere berekeningswijze, altijd lager ligt dan voor de andere beroepsbeoefenaars in de sector van de gezondheidszorg.

Over de medische redenen tot uitgavenstijging zullen we het verder hebben (cfr.4°).

Tabel 2 illustreert waarom de artsen terecht een inhaalmanoeuvre vragen bij de vaststelling van de begroting van hun honoraria. Gerangschikt volgens dalende gemiddelde jaarlijkse toename van de uitgaven, bevinden de artsenhonoraria zich op de 21-ste plaats met een bescheiden + 3,44%. Alleen de vroedvrouwen en opticiens kenden een nog lagere gemiddelde groei van hun uitgaven.

Tabel 3 toont aan dat geen enkele van de medische subdisciplines het gemiddeld jaarlijks groeipercentage met 5,92% voor het geheel van de gezondheidssector overstijgt.

Wanneer we bovendien ook rekening houden met de gemiddelde jaarlijkse aangroei van het aantal artsen (+ 2,06%) dan wordt het wel bijzonder duidelijk dat de syndicale eisen van de artsen meer dan gerechtvaardigd zijn.

De uitgaven voor heelkunde zijn gemiddeld het sterkst gestegen (+ 5,68%). Samen met de speciale verstrekkingen zoals endoscopieën, puncties, pathologische anatomie, EKG, EMG, etcetera(+ 4,61%) en de medische beeldvorming (+ 4,46%) kende de heelkunde een sterkere groei dan de gemiddelde uitgavenstijging in de medische honoraria (+ 3,44%). De gynecologie (+ 3,03%), de raadplegingen en bezoeken (+ 2,89%) en het toezicht (+2,73%) liggen beneden dit gemiddelde. Gemiddelde dat op zijn beurt drastisch naar beneden wordt getrokken door de quasi stilstand in de uitgaven klinische biologie (+ 0,60%). In tabel 3 wordt geen rekening gehouden met de inflatie.

Wanneer we wèl rekening houden met de evolutie van de index (basis 1988), van december 1990 (108,08) naar december 2000 (131,59), dan zijn de globale uitgaven slechts gestegen met 3,9% en die van de medische honoraria met nauwelijks 1,49%. In reële cijfers zijn de honoraria klinische biologie in deze periode met 12,25% gedaald.

In deze cijferdans is het misschien ook nuttig even te illustreren waar de mutualiteiten zich situeren met hun administratiekosten. Het globale bedrag ligt immers hoger dan het globaal bedrag voor de huisartsgeneeskunde en benadert het volledige budget klinische biologie, maar is in vergelijking met sommige buurlanden, nog relatief bescheiden te noemen.

Tabel 4 toont deze evolutie in vergelijking met de uitgaven voor de artsenhonoraria in de periode 1987 tot 2001. De gemiddelde procentuele stijging over deze veertien jaar is vergelijkbaar: 3,23% voor de administratiekosten en 3,70% voor de

artsenhonoraria. Sommige jaren was er op de artsenbank in de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen nochtans tandengeknars. Terwijl de artsen van toenmalig minister van Sociale Zaken Jean-Luc Dehaene - 3% voorgeschoteld kregen op het altaar van Maastricht, bekwamen de verzekeringsinstellingen doodleuk een opslag van 3,67%. In moeilijke tijden leert men zijn vrienden kennen nietwaar.

Tabel 5 toont details betreffende een andere zeer snel groeiende kostenplaats in de gezondheidsuitgaven, met name de geneesmiddelensector. We hebben een vergelijking gemaakt wat betreft de groei tussen de jaren 1990 en 1999. Gemiddeld stegen de RIZIV - uitgaven voor geneesmiddelen jaarlijks met 7,48% en de privaat - uitgaven met 4,17%. In 1990 bedroeg het RIZIV - aandeel in het totaal van de uitgaven voor geneesmiddelen 53,4%. In 1999 was dit opgelopen tot 60,3%. Het onder controle houden van dit budget is voor de huidige minister Vandenbroucke een topprioriteit. Het promoten van de generieken, de ontradingscampagne voor antibiotica - gebruik, de NSAID - campagne etc... , kaderen allemaal in dit plaatje. De mutualiteiten voelen zich zeer geroepen om hun paarden voor deze wagen te spannen.

2° Vergelijking in EU - verband

De klassieke vergelijkingspunten worden geleverd door de OESO via twee- of vierjaarlijkse rapporten. Zoals **tabel 6** aantoont zat België tot 1998 perfect in de middenmoot van het Europese peleton wat zijn uitgaven betreft: met 8,2% lag het zelfs nog 0,4% beneden het EU – gemiddelde.

Onder zware druk van de Nederlanders heeft de OESO bij de berekeningen van de "Health data 2000" een nieuwe methodologie ontwikkeld, waardoor België plots van een middenmoter gekatapulteerd wordt naar een topper wat betreft de hooggroetheid van uitgaven gezondheidszorg per capita.

Tabel 7 fixeert België met 8,8% van het Bruto Binnenlands Product voor de totale besteding gezondheidszorg op derde plaats in het Europa van de 15, na Duitsland en Frankrijk. In 1994 stond België nog maar op de zevende duurste plaats.

Tabel 8 leert ons dat, met zijn 79.631 BEF per inwoner, België op de vierde plaats staat qua totale besteding aan gezondheidszorgen in de EU.

Tabel 9 toont aan dat België, met een gemiddelde privé-besteding van 8.229 BEF per inwoner, absoluut het laagste scoort in gans de EU. Dezelfde tabel toont ook aan dat nergens in de EU de overheidsbesteding voor gezondheidszorg groter is dan in België. Zoals al bleek uit tabel 8, wordt ons land qua totale besteding alleen voorafgegaan door Duitsland en Luxemburg.

3° Werkgelegenheid in de gezondheidszorg

Naast de budgettaire aspecten en vooraleer ons te buigen over de zorgbehoeften, is het nuttig even de stil te staan bij de werkgelegenheid in de gezondheidszorg. Des te meer omdat de Amerikaanse media het gewoonweg hebben over de "managed care industry" als U één van de vele duizenden "Web Page Matches" aanklikt op het Internet.

Tabel 10 toont de evolutie van de werkgelegenheid in de gezondheidssector tussen 1990 en 1999. We vinden er een jaarlijkse gemiddelde toename met 1,38% terug.

Bij de werknemers vinden we een opmerkelijk uitschieter bij de werknemers in artspraktijken (+ 13,31% gemiddeld per jaar) terwijl de artsen zelf nauwelijks hun inkomsten zagen verhogen (cfr. tabellen 1 tot 3). In de paramedische praktijken is het aantal werknemers spectaculair gestegen: gemiddeld jaarlijks met 33,09%.

Bij de zelfstandigen valt een opmerkelijke toename op van de zelfstandige verpleegkundigen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 4,33%. En dit op een ogenblik dat alle ziekenhuizen problemen hebben om verpleegkundigen aan te werven. De invoering van het forfaitair honoreringssysteem heeft blijkbaar een aantal weddetrekkenden weggelokt naar de zelfstandige sector. Een verklaring kan allicht worden gezocht in het feit dat, met een gemiddelde jaarlijkse toename in de sector honoraria verpleegkundige thuiszorg met 8,96%, wat een veelvoud is van de wettelijk toegelaten groeinorm van respectievelijk 1,5 en naderhand 2,5%, het voor verpleegkundigen - werknemers in ziekenhuizen en in andere verzorgingsinstellingen misschien interessanter is geworden om over te stappen naar het zelfstandigen statuut.

Ter illustratie toont **tabel 11** vergelijkende kengetallen wat betreft het aanbod in verstrekkers en zorgvoorzieningen tussen België en Nederland, wat voor vele Vlamingen toch nog altijd het stichtende voorbeeld is qua organisatie van de gezondheidszorg.

Tabel 12 vestigt de aandacht op het veel lager aantal artsen in Nederland t.o.v. België. In 1998 telde Nederland voor zijn 15,698 miljoen inwoners 6.997 huisartsen en 14.362 specialisten. België, met 10,203 miljoen inwoners, telde in 1998 bij het RIZIV 15.648 als dusdanig erkende huisartsen en 17.552 erkende specialisten, met daarnaast nog eens +/- 3.550 geneesheren - specialisten in opleiding.

4° Oorzaken ter verklaringen van de snel stijgende uitgaven in de gezondheidszorg

Het Permanent Comité van de Europese artsen stelde op 16 april 1994 in Curia (Portugal) de EU zijn officiële nota voor betreffende de ethische en economische consequenties van de beperking van geldmiddelen die voor de gezondheidszorg ter beschikking worden gesteld. Het is vanzelfsprekend dat de beslissing omtrent het deel van zijn welvaart dat een land wil besteden aan gezondheidszorg een politieke keuze is. De economen onder hen mogen daarbij ook niet vergeten dat een goede gezondheid voor de actieve beroepsbevolking essentieel is voor de productiviteit van het land.

Jammer genoeg wordt de niet-actieve bevolkingsgroep in dit debat al te gemakkelijk vergeten. Deze groep zetelt trouwens niet in het Parlement.

1. De **bevolking veroudert**. Vandaag is 22% van de Belgische bevolking ouder dan 60 jaar. 10 jaar geleden was dit 20,5% en binnen 10 jaar raamt men hun aandeel op 25%. Honderd jaar geleden bereikte slechts 9% van de Belgen deze leeftijd.
In 1993 berekende het Planbureau, dat rechtstreeks aan de Eerste Minister rapporteert, dat de factor veroudering op zich 1,5% toename van de gezondheidszorgen zou meebrengen. In het kader van de EEMU-wet legde de regering het groeicijfer vast op 1,5 %, inmiddels sinds 2000 verhoogd tot 2,5 %. Dit betekent dat alle andere oorzaken van toenemende kosten in België niet in aanmerking kunnen worden genomen.
2. De **medisch wetenschappelijke ontwikkeling** stelt de patiënten nieuwe vormen van diagnose en therapie ter beschikking. Denken we maar aan de nucleaire magnetische resonantie, de transplantaties, de nieuwe, doch zeer dure geneesmiddelen (vb. AIDS, multiple sclerose, ziekte van Alzheimer...). Deze veelal technologische evolutie brengt ook een stijgende behoefte aan hooggeschoold en dus duurder personeel mee.
3. Er ontstaan **nieuwe ziekten** zoals AIDS, de ziekte van CREUTZFELDT - JACOB, of oude ziekten in casu infectieziekten vergen een vernieuwde en duurderde behandeling. Oncologen nemen een toenemend aantal kankergevallen waar, wat in relatie wordt gebracht met de milieuproblematiek.
4. Door de betere verzorgingsmogelijkheden **verlengt de overleving** van chronische patiënten, terwijl men hun levenskwaliteit wil verhogen. Fysisch en psychisch gehandicapten nemen toe in aantal en leven langer door een betere zorgomkadering.
5. De publieke opinie wenst enerzijds de uitbouw van de **preventieve geneeskunde**, die ontegensprekelijk duur en voor heel wat aandoeningen nog controversieel wordt voorgesteld in de pers voor het grote publiek, recent nog in verband met borstkanker en met prostaatkanker.
Anderzijds tolereert of « ondergaat » ze de uitwassen van het verkeer, de alcohol-, drug-, geluids- of tabakabus, slechte voedingsgewoonte, etc ... die samen 35% uitmaken van de vermijdbare sterfte bij mannen en 17% van deze bij vrouwen tussen 0 en 64 jaar en heel wat medische kosten induceren.
6. Onder druk van de sterk stijgende premies voor de verzekering van de beroepsaansprakelijkheid, neigen de artsen naar een **defensieve geneeskunde**, waarbij zoveel mogelijk wordt onderzocht. Het is evident dat deze begrijpelijke houding bijkomende kosten induceert.

Het Permanent Comité van de EU vestigt bovendien ook de aandacht op minder « objectieve » redenen tot groei.

Soms leidt politisering van de zorgverlening tot uitbouw van medische toptechnologie die veeleer de politiek dan de zieken ten goede komt. In België met al zijn subtiele taal-, filosofische en andere evenwichten is dit fenomeen geenszins onbekend.

Er zijn beheerssystemen die in de gezondheidssector meer het eigen profijt nastreven en de uitbouw van de eigen macht, van de « lobby », dan de ziekenzorg zelf.

Tot de Wet op de responsabilisering van de ziekenfondsen van 06 augustus 1990 in voege ging, hadden de mutualiteiten belang bij een hoge medische consumptie gezien hun administratiekosten die ze van de Overheid ontvingen hierop waren gebaseerd.

Inmiddels zijn de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, de verdeling van de inkomsten van de verzekering geneeskundige verzorging en andere financiële bepalingen, eigen aan deze verzekering geregeld via afdeling IV van de G.V.U.-wet.

Ook de steeds toenemende administratie is oorzaak van stijgende kosten. Jammer genoeg worden niet de verstrekkers die alle formulieren en documenten moeten invullen, hiervoor vergoed, maar alleen de verzekeringsinstellingen.

Enkele E.U.-lidstaten betalen sommige « alternatieve geneeswijzen » terug, zonder dat er een wetenschappelijke grondslag voor is. Ecolo-parlementslid Paul LANNOYE heeft bij het Europees Parlement zijn verslag ingediend over « Le Statut des médecines non conventionnelles » (« ... considérant qu'une partie de la population des Etats-membres de l'Union Européenne a recours à certaines médecines et thérapeutiques non conventionnelles et qu'il serait en conséquence irréaliste d'ignorer cet état de fait, ... ») en vraagt, na verder onderzoek, deze geneeswijzen te erkennen en terug te betalen (16 maart 1997). Zowel de vorige minister van Volksgezondheid Marcel COLLA, als de huidige, Magda AELVOET, tonen grote belangstelling voor de alternatieve geneeswijzen en dat op een ogenblik dat het budget gezondheidszorg zeer krap bemeten is. Minister VANDENBROUCKE weert dit initiatief af wegens niet "Evidence Based". De UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) vraagt met aandrang het rapport over deze volgens haar « niet wetenschappelijk gevalideerde praktijken » niet goed te keuren.

5° Actuele Belgische situatie

Als er al overconsumptie is in de geneeskundige zorgverlening, dan kan ze, uitgaande van voorgaande cijfergegevens, niet de oorzaak zijn van de chronische overschrijdingen van het budget. Dit werd trouwens ook al door de Christelijke Mutualiteiten aan de pers meegedeeld en op 05.10.2001 in de belangrijkste Belgische dagbladen gepubliceerd onder titels als deze in de Financieel Economische Tijd “ *CM ontkracht mythe medische overconsumptie*”.

Het VBS en de BVAS zijn altijd al van oordeel geweest dat het voornamelijk politieke beslissingen zijn geweest die het budget uit zijn voegen heeft doen barsten. Het ministerie van Sociale Zaken wordt al sinds 1988 bemand door socialisten, tot juni 1999 door de Parti Socialiste met Ph. Busquin, Ph. Moureaux, B. Anselme en Magda De Galan, en vanaf juli 1999 door de Socialistische Partij met de huidige minister Frank Vandenbroucke.

Het sociaal vangnet werd uitgebreid, de categorieën die recht hebben op een verhoogde terugbetaling werden uitgebreid, er waren verschillende sociale herstelplannen om de witte woede te doen keren, de maximumfactuur wordt uitgewerkt, minister Vandenbroucke kondigt terugbetaling aan van de Alzheimer geneesmiddelen, wil honderden miljoenen investeren in een vernieuwde gratis diabetes aanpak, enzovoort. Allemaal sociaal behartenswaardige maatregelen, waar echter steeds opnieuw een prijskaartje aanhangt. En daarmee wordt zelden op nauwelijks rekening mee gehouden.

Zijn opponent binnen de regering, VLD -voorzitter Karel De Gucht, noemde Vandenbroucke dan ook snedig “ De minister van sympathieke maatregelen” (De Huisarts 03.10.2001).

De budgettaire gevolgen van alle voornoemde oorzaken van groei samen zijn meer dan alarmerend. In 2001 doen zich blijkbaar andere fenomenen voor dan de voorbije tien jaar.

Tabel 13 toont aan dat in de sector geneesherenhonoraria de uitgaven na de eerste zes maanden van 2001 de begrotingsdoelstelling voor dat semester ruim overschrijden. Het geheel van de uitgaven “artsenhonoraria” en het geheel van de doelstelling “dialyse” overschrijden de respectievelijke begrotingsdoelstellingen met meer dan 3%. Deze 3% betekenen volgens artikel 3 § 1 van het K.B. van 05 oktober 1999, getekend Frank Vandenbroucke, “ houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan”, dat de “knipperlichten” op rood zijn gesprongen. Artikel 51 van de wet op de Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen stelt dan dat de honoraria, prijzen of andere bedragen “**ambtshalve**” worden aangepast. De som van de verminderingpercentages die in hetzelfde kalenderjaar worden doorgevoerd kan niet hoger zijn dan 5% van de honoraria, prijzen etc... . Gelukkig maar, want de tabellen 13 en 14 tonen dat de overschrijdingen dikwijls veel hoger liggen dan deze 5 %-grens.

Tabel 14 toont dat ook andere sectoren belangrijke overschrijdingen kennen. De verpleegdagprijs overschrijdt zijn doelstelling met liefst 10,4 %.

Of er al dan niet “ambtshalve “ zal worden opgetreden hangt af van de Commissie voor begrotingscontrole, voorgezeten door de Heer Pol Verhaevert, ex-adjunct-kabinetschef van minister Vandenbroucke. De beslissing zal worden genomen zodra de verdeling is vastgelegd van de door de regering vastgestelde globale begroting van 581,533 miljard BEF door het verzekeringscomité.

Op 11 september, een datum die velen wereldwijd om andere redenen in hun geheugen zullen hebben gegrift, heeft Minister Vandenbroucke een beleidsnota aan de pers voorgesteld met als titel “ *Agenda voor verandering in de gezondheidszorg. Vragen aan de artsenuitvoeringsorganisaties, de ziekenfondsen en de ziekenhuisorganisaties.*” U kunt ze nog steeds op zijn website raadplegen. Hij stelt drie uitdagingen. Ik citeer :

- “1. Het terugdringen van individuele praktijkverschillen tot een aanvaardbaar niveau van variatie ten opzichte van wetenschappelijk gefundeerde objectieve maatstaven. Deze praktijkverschillen zijn niet alleen aanzienlijk op individueel niveau maar ook op geaggregeerd niveau : arrondissement, provincie, gewest.*
- 2. Het uitschakelen van mechanismen die er toe leiden dat zowel beheerders als ziekenhuisartsen baat vinden bij het ondoelmatig gebruik van gezondheidszorg.*
- 3. Het ontwikkelen van technieken waardoor de voorschrijvers **individueel** worden geresponsabiliseerd voor de door hen aangewende middelen en gegenereerde kosten.”*

Binnen de zes weken (dus theoretisch vóór 23.10.2001) wenst de minister van de actoren concrete en operationele voorstellen. Hij wil die voorstellen toetsen aan de hand van zeer concrete vragen met betrekking tot enkele goed gedocumenteerde voorbeelden. Ik citeer :”

- *Zullen de voorstellen er toe bijdragen dat de vastgestelde verschillen op vlak van preoperatieve onderzoeken bij appendectomie teruggebracht worden tot een aanvaardbaar niveau?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat de vastgestelde verschillen inzake voorschrijven van antibiotica daadwerkelijk verminderen?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat in elk ziekenhuis een aanvaardbaar percentage wordt bereikt van alternatieve vormen van dialyse?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat de aanzienlijke verschillen inzake voorgeschreven bedrag en aantal akten voor klinische biologie teruggebracht worden tot een aanvaardbare variatie?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat de aanzienlijke verschillen inzake voorgeschreven bedrag en aantal akten voor medische beeldvorming teruggebracht worden tot een aanvaardbare variatie?"*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat op substantiële wijze goedkopere geneesmiddelen worden voorgeschreven wanneer ze beschikbaar zijn?*

De debatten zijn volop gestart. Hoe zullen termen als “aanvaardbaar niveau van variatie” worden ingevuld en dit “ten opzichte van wetenschappelijk gefundeerde objectieve maatstaven”? Wat is nodig en wat overbodig bij een preoperatief onderzoek en dat volgens de verschillende leeftijdsgroepen?

De artsen van de BVAS zijn vragende partij om actief aan deze debatten deel te nemen. Wij zijn overtuigd dat een aantal anomalieën kunnen weggewerkt worden.

Wij zijn even overtuigd dat daarmee de boekhouding van het RIZIV geenszins perfect onder controle zal kunnen worden gehouden. Want dergelijke aanpak biedt geen oplossing voor de internationale erkende zorgtoename met 4,5 % terwijl België slechts 2.5% veil heeft voor de groei van de zorgbehoeften.

Er wordt overwogen om financiële of andere voordelen te bieden aan artsen die minder geneesmiddelen zouden voorschrijven. De BVAS is van oordeel dat het ethisch en deontologisch onaanvaardbaar is dat deze incentives individueel zouden gegeven worden. Dit luik uit de regeringsverklaring treft vooral de huisartsen en de extra-murale specialisten. Maar ook de ziekenhuis-specialist wordt betrokken in de discussie omtrent het geneesmiddelenbudget. Na het forfait voor de antibioticaprofylaxis, wil de regering immers verder gaan met de forfaitarisatie van de geneesmiddelenconsumptie in ziekenhuizen.

6° Besluit

Geachte Dames en Heren, geachte Collegae, we staan voor enorme uitdagingen. Ondanks het feit dat de artsen heel dikwijls met alle zonden van Israël worden beladen wanneer het weer eens misloopt in het Belgische gezondheidszorgsysteem, ondanks het feit dat onze nogal individualistische meningen onderling wel eens botsen, zijn wij van oordeel dat de resultaten van onze inspanningen nog altijd de internationale toets kunnen doorstaan.

Als we op een constructieve manier het niet-adequaat gebruik kunnen verminderen of, laat ons even utopisch zijn, uitschakelen, zonder heksenjachten te organiseren en zonder in een systeem van een politiestaat te vervallen, dan denk ik dat we met recht en reden zullen kunnen blijven stellen dat onze maatschappij voldoende middelen moet ter beschikking stellen van een toegankelijke en hoog kwalitatieve gezondheidszorg.

Dergelijk opzet kan alleen maar slagen binnen het overlegmodel dat al 37 jaar zijn diensten heeft bewezen in dit land.

Hoe dan ook vrees ik voor onze dames en heren politici dat er meer nodig zal zijn dan de actueel toegemeten 2,5 % groeinorm. Indien de Regering dat niet wenst, dan moet zij ook haar verantwoordelijkheid nemen en zelf de bevolking meedelen wie welke zorgen kan krijgen. Een “individuele” verantwoordelijkheid van een arts, die in eer en geweten en mits nauwkeurige evaluatie van **alle** parameters die betrekking hebben op een individuele patiënt, zijn patiënt verantwoorde zorg omwille van louter boekhoudkundige of budgettaire redenen zou moeten weigeren, of van een arts die door het onthouden van zorg aan zijn patiënt er zelf financieel beter zou van worden, dergelijke individuele verantwoordelijkheid blijven wij afwijzen.

Rationeel denken ingebed in een humanitair beroep bij uitstek? Ja, graag.
Rantsoenering binnen een kil boekhouderssysteem? Neen, dank U.

Met dank voor Uw aandacht,

Dr. M. MOENS,
Ondervoorzitter BVAS,
Secretaris-generaal VBS.

**KLASSEMENT VOLGENS PROCENTUELE TOENAME VAN DE RIZIV-UITGAVEN
GENEESKUNDIGE VERZORGING IN DE PERIODE 1990-2000
(exclusief NMBS) (in miljoen BEF)**

Omschrijving (item-nummer)	Gemiddelde jaarlijkse procentuele toename	Uitgaven 1990	Uitgaven 2000
1. Geestelijke gezondheidszorg (16)	190,30	4,7	2.927,0
2. Bijzonder fonds (19)	87,67	0,3	162,6
3. Militair hospitaal –all in prijs (12)	29,28	11,6	162,9
4. Logopedie (20)	26,64	111,6	1.184,2
5. Menselijke weefsels (31)	19,17	11,7	67,6
6. Revalidatie en herscholing (18)	17,31	1.822,6	8.994,5
7. RVT/ROB/Dagcentra (15)	13,51	9.531,4	33.846,1
8. Daghospitalisatie algemene ziekenhuizen (13)	13,09	2.606,4	9.025,0
9. Andere plaatsing- en reiskosten (22)	10,38	101,8	273,5
10. Implantaten (7)	10,33	3.621,1	9.675,9
11. Hon. verpleegkundigen (thuisverzorging) (4)	8,96	9.951,0	21.535,8
12. Verzorging door bandagisten en orthopedisten (6)	8,54	1.978,9	4.490,9
13. Farmaceutische verstrekkingen (3)	7,58	46.419,3	96.348,0
14. Verzorging door audiciens (9)	7,47	290,4	596,8
15. Dialyse (14)	6,08	787,4	1.420,4
TOTAAL GENEESKUNDIGE VERZORGING	5,92	285.239,6	507.028,8
16. Honoraria van tandheekkundigen (2)	5,65	9.278,4	16.082,6
17. Regularisaties en herfacturatie (23)	5,52	- 1.114,6	- 1.906,9
18. Verpleegdagprijs (11)	5,34	69.598,0	117.038,2
19. Medisch-psychiatrische centra (21)	5,32	306,3	514,1
20. Verzorging door kinesitherapeuten (5)	3,99	10.515,5	15.555,0
21. Honoraria van geneesheren (1)	3,44	118.783,1	166.557,0
22. Verlossingen door vroedvrouwen (10)	1,88	186,9	225,2
23. Verzorging door opticiens (8)	1,35	265,2	303,1

Bron : RIZIV

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 2

**SITUERING VAN DE TOENAME VAN DE MEDISCHE HONORARIA
T.O.V. DE GEMIDDELDE TOENAME VAN DE RIZIV-UITGAVEN
GENEESKUNDIGE VERZORGING IN DE PERIODE 1990-2000
(exclusief NMBS) (in miljoen BEF)**

Omschrijving (item-nummer)	Gemiddelde jaarlijkse procentuele toename	Uitgaven 1990	Uitgaven 2000
TOTAAL GENEESKUNDIGE VERZORGING	5,92	285.239,6	507.028,8
1. Heelkunde (1.e)	5,68	14.815,0	25.743,8
2. Speciale verstrekkingen (1.d)	4,61	23.454,2	36.808,5
3. Medische beeldvorming (1.b)	4,46	18.187,1	28.145,3
TOTAAL GENEESHERENHONORARIUM	3,44	118.783,1	166.557,0
4. Gynecologie (1.f)	3,03	1.679,7	2.263,6
5. Raadplegingen en bezoeken (1.c)	2,89	27.829,3	37.002,5
6. Toezicht (1.g)	2,73	5.318,6	6.960,9
7. Klinische biologie (1.a)	0,60	27.499,2	29.184,5

Bron : RIZIV

	Gemiddelde jaarlijkse procentuele toename	1990	2000
Totaal aantal artsen	2,06	34.275	42.036

Bron : Ministerie Volksgezondheid : overzicht van de evolutie van het aantal artsen tot 31.12.2000

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 3

**TOENAME ADMINISTRATIEKOSTEN ZIEKENFONDSEN VERSUS
ARTSENHONORARIA**

	Administratiekosten ziekenfondsen		Artsenhonoraria	
	Bedrag (1)	Jaarlijkse stijging (%)	Bedrag (2)	Jaarlijkse stijging (%)
1987	18,595	+ 1,17	106,675	+ 8,97
1988	18,595	+ 0,00	105,934	- 0,69
1989	19,200	+ 3,25	112,960	+ 6,63
1990	19,928	+ 3,79	118,783	+ 5,15
1991	20,650	+ 3,62	128,850	+ 8,48
1992	21,331	+ 3,30	136,310	+ 5,79
1993	22,369	+ 4,86	133,052	- 2,39
1994	23,035	+ 2,98	130,518	- 1,90
1995	23,622	+ 2,55	135,629	+ 3,92
1996	24,304	+ 2,89	148,655	+ 9,60
1997	25,196	+ 3,67	141,223	- 5,00
1998	25,804	+ 2,42	150,144	+ 6,32
1999	26,123	+ 1,24	158,268	+ 5,41
2000	27,039	+ 3,51	166,557	+ 5,24
2001	28,112	+ 3,97	171,057 (3)	+ 2,70
1987-2001 gemiddelde		+ 3,23		+ 3,70

Bron : 1) Belgisch Staatsblad 1987 t.e.m. 03.10.2001
 2) RIZIV
 3) RIZIV begrotingsdoelstelling 2001

Dr. M. MOENS
 Roeselare 11.10.2001

TABEL 4

**OVERHEIDS- EN PRIVATE BESTEDINGEN VOOR FARMACEUTISCHE
PRODUCTEN : VERGELIJKING 1990-1999**

Product	1990	1999	% verschil	Gemiddeld jaarlijks procentueel verschil
OVERHEIDSBESTEDINGEN (RIZIV)				
Specialiteiten afgeleverd in ambulante markt	30.766	63.742	+ 107,18	+ 10,65
Gehospitaliseerde patiënten	9.386	15.924	+ 69,66	+ 6,05
Ambulante patiënten in het ziekenhuis	1.390	5.922	+ 326,04	+ 17,48
Magistrale bereidingen afgeleverd in ambulante markt	3.737	2.221	- 40,57	- 3,85
Varia (bloed ...)	2.379	3.421	+ 43,80	+ 4,12
Totaal RIZIV (1)	47.658	91.230	+ 91,43	+ 7,48
PRIVATE BESTEDINGEN (PATIENTAANDEEL)				
OTC	12.733	19.121	+ 50,17	+ 4,62
Rx specialiteiten niet terugbetaalbaar	7.525	14.817	+ 96,90	+ 7,82
Terugbetaalbare specialiteiten, maar niet terugbetaald	7.191	5.847	- 18,69	- 1,92
Remgeld op ambulant terugbetaalde specialiteiten	11.670	16.796	+ 43,92	+ 4,13
Remgeld op ambulant terugbetaald magistraal	621	540	- 13,04	- 1,54
Ziekenhuis-forfait	607	527	- 13,18	- 1,56
Ziekenhuis niet-terugbetaalde geneesmiddelen	1.316	2.527	+ 92,02	+ 7,52
Totaal private uitgaven (*)	41.663	60.175	+ 44,43	+ 4,17
Algemeen totaal (2)	89.321	151.405	+ 69,51	+ 6,04
(1) / (2) % RIZIV	53,4	60,3	12,92	1,36

(*) Niet meegerekend : niet-terugbetaalbare magistrale bereidingen, ambulante niet-voorgeschreven magistrale bereidingen, homeopathische middelen

Bron : BIGE, Compendium gezondheidsstatistiek 2001. Geneesmiddelen; tabel 15

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 5

UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG PER CAPITA IN EUROPA (1994)

Aandeel in het BBP in %

	Totale besteding	Overheids- besteding	ten laste van patiënt
FRANKRIJK	9,7	7,6	2,1
OOSTENRIJK	9,7	6,2	3,5
DUITSLAND	9,5	7,0	2,5
NEDERLAND	8,8	6,9	1,9
FINLAND	8,3	6,2	2,1
ITALIE	8,3	5,9	2,4
BELGIE	8,2	7,2	1
IERLAND	7,9	6,0	1,9
ZWEDEN	7,7	6,4	1,3
PORTUGAL	7,6	5,3	2,3
SPANJE	7,3	5,7	1,6
Ver. KONINKRIJK	6,9	5,8	1,1
DENEMARKEN	6,6	5,4	1,2
LUXEMBURG	5,8	-	-
GRIEKENLAND	5,2	-	-
GEMIDDELD	8,6	(6,2)	(1,92)

Bron : BIGE Compendium gezondheidsstatistiek 1996

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 6

**UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG PER CAPITA – 1998
 KLASSEMENT VOLGENS TOTALE BESTEDING UITGEDRUKT IN AANDEEL
 IN HET BBP**

LAND	Totale besteding		Overheidsbesteding		Privé besteding	
	%	EUR = 100	%	EUR = 100	%	EUR = 100
1. Duitsland	10,6	132,5	7,9	131,7	2,7	135
2. Frankrijk	9,5	118,8	7,2	120,0	2,3	115
3. België	8,8	110,0	7,9	131,7	0,9	45
4. Nederland	8,6	107,5	6,0	100,0	2,6	130
5. Italië	8,4	105,0	5,6	93,3	2,8	140
6. Zweden	8,4	105,0	7,0	116,7	1,4	70
7. Denemarken	8,3	103,8	6,8	113,3	1,5	75
8. Griekenland	8,3	103,8	4,7	78,3	3,6	180
9. Oostenrijk	8,2	102,5	5,8	96,7	2,4	120
EUR-15	8,0	100,0	6,0	100,0	2,0	100
10. Portugal	7,8	97,5	5,2	86,7	2,6	130
11. Spanje	7,1	88,8	5,4	90,0	1,7	85
12. Finland	6,9	86,3	5,3	88,3	1,6	80
13. Verenigd Koninkrijk	6,7	83,8	5,6	93,3	1,1	55
14. Ierland	6,4	80,0	4,8	80,0	1,6	80
15. Luxemburg	5,9	73,8	5,4	90,0	0,5	25

Bron : OESO Health data 2000; berekeningen BIGE en M. MOENS

Dr. M. MOENS
 Roeselare 11.10.2001

TABEL 7

**UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG PER CAPITA – 1998
KLASSEMENT VOLGENS BEDRAG IN BEF AAN TOTALE BESTEDING**

LAND	Totale besteding		Overheidsbesteding		Privé besteding	
	in BEF	EUR = 100	in BEF	EUR = 100	in BEF	EUR = 100
1. Duitsland	92.701	137,2	69.143	132,8	23.558	152,1
2. Luxemburg	84.673	125,3	71.138	136,6	13.535	87,4
3. Denemarken	81.608	120,8	66.843	128,3	14.765	95,3
4. België	79.631	117,9	71.402	137,1	8.229	53,1
5. Nederland	79.268	117,3	55.790	107,1	23.478	151,6
6. Frankrijk	78.542	116,2	59.985	115,2	18.557	119,8
7. Oostenrijk	75.153	111,2	52.966	101,7	22.187	143,2
8. Italië	68.215	101,0	45.907	88,1	22.308	144,0
EUR-15	67.569	100,0	52.079	100,0	15.490	100
9. Zweden	66.722	98,7	55.911	107,4	10.811	69,8
10. Finland	57.484	85,1	43.849	84,2	13.635	88,0
11. Verenigd Koninkrijk	55.588	82,3	46.552	89,4	9.036	58,3
12. Ierland	55.548	82,2	42.115	80,9	13.433	86,7
13. Portugal	47.278	70,0	31.626	60,7	15.652	101,0
14. Spanje	46.431	68,7	35.701	68,6	10.730	69,3
15. Griekenland	44.697	66,2	25.414	48,8	19.283	124,5

Bron : OESO Health data 2000; berekeningen M. MOENS

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 8

**UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG PER CAPITA – 1998
KLASSEMENT VOLGENS BEDRAG IN BEF AAN PRIVE BESTEDING
(België = 100)**

LAND	Privé besteding		Overheidsbesteding		Totale besteding	
	in BEF	B = 100	in BEF	B = 100	in BEF	B = 100
1. Duitsland	23.558	286,3	69.143	96,8	92.701	116,4
2. Nederland	23.478	285,3	55.790	78,1	79.268	99,5
3. Italië	22.308	271,1	45.907	64,3	68.215	85,7
4. Oostenrijk	22.187	269,6	52.966	74,2	75.153	94,4
5. Griekeland	19.283	234,3	25.414	35,6	44.697	56,1
6. Frankrijk	18.557	225,5	59.985	84,0	78.542	98,6
7. Portugal	15.652	190,2	31.626	44,3	47.278	59,4
EUR-15	15.490	188,2	52.079	72,9	67.569	84,9
8. Denemarken	14.765	179,4	66.843	93,6	81.608	102,5
9. Finland	13.635	165,7	43.849	61,4	57.484	72,2
10. Luxemburg	13.535	164,5	71.138	99,6	84.673	106,3
11. Ierland	13.433	163,2	42.115	59,0	55.548	69,8
12. Zweden	10.811	131,4	55.911	78,3	66.722	83,8
13. Spanje	10.730	130,4	35.701	50,0	46.431	58,3
14. Verenigd Koninkrijk	9.036	109,8	46.552	65,2	55.588	69,8
15. België	8.229	100,0	71.402	100,0	79.631	100,0

Bron : OESO Health data 2000; berekeningen M. MOENS

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 9

WERKGELEGENHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG VERGELIJKING AANTALLEN 1990-1999

SOORT BEROEPSBEOEFENAARS	1990	1999	Δ %	Jaarlijks gemiddeld procentueel verschil
1. Werknemers				
- farmaceutische industrie	16.258	16.059	- 1,22	- 0,137
- farma groothandel	11.068	14.211	+ 28,40	+ 2,82
- apotheken	9.232	11.044	+ 19,63	+ 2,01
- kleinhandel med.orthop.prod.	321	446	+ 38,94	+ 3,72
- ziekenhuizen e.a. med.instell.	147.563	146.275	- 0,87	- 0,097
- artsenpraktijken	4.838	14.891	+ 207,79	+ 13,31
- tandartsenpraktijken	1.311	1.557	+ 18,76	+ 1,93
- paramedische praktijken	691	9.051	+ 1.209,84	+ 33,09
- ziekenfondsen	13.466	13.458	- 0,06	- 0,011
* SUBTOTAAL	204.748	226.992	+ 10,86	+ 1,16
2. Zelfstandigen				
- artsen	20.974	23.846	+ 13,69	+ 1,44
- tandartsen	6.010	6.817	+ 13,43	+ 1,41
- apothekers	4.645	4.514	- 2,82	- 0,32
- verpl., kinesisten, vroedvrouwen	15.450	22.628	+ 46,46	+ 4,33
* SUBTOTAAL	47.079	57.805	+ 22,78	+ 2,31
3. Totale werkgelegenheid gezondheidszorg				
- absoluut	251.798	284.797	+ 13,11	+ 1,38
- in % van de actieve bevolking	6,2	6,5	-	-

Bron : BIGE Compendium gezondheidsstatistiek 2001

**KENGETALLEN VAN HET AANBOD VAN ZORGVOORZIENINGEN
VERGELIJKING BELGIE-NEDERLAND**

	BELGIE		NEDERLAND	
	1980	later	1980	later
Totale bedcapaciteit/1000 inwoners (1996)	9,4	7,2	12,3	11,3 (1998)
Aantal ligdagen/inwoner (1996)	-	2,2	-	3,6
Acute ziekenhuisbedden/1000 inwoners (1996)	5,5	5,3	5,2	3,7
Aantal huisartsen/1000 inwoners (1998)	1,1	1,5	0,4	0,45
Aantal specialisten/1000 inwoners (1998)	1,0	1,8	0,7	0,91
- anesthesisten	-	0,13	-	0,07
- chirurgen	-	0,14	-	0,07
- gynecologen	-	0,11	-	0,05
- internisten	-	0,21	-	0,11
- radiologen	-	0,14	-	0,06
- kinderartsen	-	0,12	-	0,06
Totaal aantal artsen/1000 inwoners (1998)	-	3,3	-	1,4
Aantal tandartsen/1000 inwoners (1995)	0,4	0,7	0,4	0,5
Aantal apothekers/1000 inwoners (1995)	1,0	1,3	0,1	0,2
Aantal CT-scanners/miljoen inwoners (1993)	-	20,8	-	9,0
Aantal NMR's/miljoen inwoners (1993)		3,3	-	3,9

Bronnen : OECD, Health Data 1998. Rapport Peers, december 1999, pag. 9. Acta Hospitalia 2001-2 "Gezondheidszorg in Nederland en België : een nieuwe vergelijking", H. Maarse, A. Nieboer en A. Paulus. Berekeningen M. Moens.

Dr. M. MOENS
Roeselare 11.10.2001

TABEL 11

**VERGELIJKING BELGIE-NEDERLAND :
AANTAL ARTSEN MET KLINISCHE BEROEPSUITOEFENING
1998**

	België (1)	Nederland (2)
Aantal inwoners	10.203.000	15.698.000
Aantal huisartsen	15.648	6.997
Aantal specialisten	17.552	14.362
Aantal G.S.O	3.550	-
Totaal aantal artsen	36.750	21.359

Bronnen (1) Ministerie van Volksgezondheid en RIZIV
 (2) BIGE, Compendium Gezondheidsstatistiek 2001 : werk in de
 gezondheidszorg, tabellen 18 en 19

Dr. M. MOENS
 Roeselare 11.10.2001

TABEL 12

**GENEESHERENHONORARIA
1 STE SEMESTER 2001**

Item - nummer	Omschrijving	Uitgaven 1S 2001	Begrotingsdoelstelling 1S 2001	Vershil	Vershil in %	Knipperlichten
1.a.	Klinische Biologie	16.491,1	14.809,4	+ 1.684,7	n.v.t.	CCC
1.b.	Medische Beeldvorming	15.636,8	13.792,4	+ 1.844,4	n.v.t.	CCC
1.c.	Raadplegingen en bezoeken	20.023,5	20.497,1	- 473,6	- 2,3	OK CCC
1.d.	Speciale verstrekkingen	18.129,3	16.539,1	+ 1.590,2	+ 9,6	CCC CCC
1.e.	Heelkunde	14.026,2	13.073,6	+ 952,6	+ 7,3	OK
1.f.	Gynaecologie	1.233,0	1.150,8	+ 82,2	+ 7,1	OK
1.g.	Toezicht	3.957,5	3.809,9	+ 147,6	+ 3,9	
1.h.	- Forfait accreditering	206,9	218,9	- 12,0	- 5,5	
	- Medisch dossier	1,1	49,7	- 48,6	-97,8	
1.	Totaal geneesheren honoraria	89.708,4	83.940,9	+ 5.767,5	+ 6,9	CCC
14.	Dialyse					
	a) geneesheren	2.048,0	1.853,3	194,7	+ 10,5	CCC
	b)forfait dialyse	1.629,6	1.548,1	81,5	+ 5,3	CCC
	c)thuis, low care	838,9	739,9	99,0	+ 13,4	CCC
	Totaal	4.516,5	4.141,3	375,2	+ 9,1	CCC

+ : meer uitgegeven dan begrotingsdoelstellingen
- : minder uitgegeven dan begrotingsdoelstellingen
n.v.t. : niet van toepassing (wegens artikel 59 en 69 van de GVU-wet)
CCC : knipperlichten branden

Bron: RIZIV : Begrotingscontrolecommissie 10.10.2001

**SECTOREN MET BRANDENDE KNIPPERLICHTEN
1 STE SEMESTER 2001**

Item - nummer	Omschrijving	Uitgaven 1S 2001	Begrotingsdoelstelling 1S 2001	Vershil	Vershil in %	Knipperlichten
1.a.	Klinische Biologie	16.491,1	14.809,4	+ 1.684,7	n.v.t.	CCC
1.b.	Medische Beeldvorming	15.636,8	13.792,4	+ 1.844,4	n.v.t.	CCC
1.c.	Raadplegingen en bezoeken	20.023,5	20.497,1	- 473,6	- 2,3	OK CCC
1.d.	Speciale verstrekkingen	18.129,3	16.539,1	+ 1.590,2	+ 9,6	CCC CCC
1.e.	Heelkunde	14.026,2	13.073,6	+ 952,6	+ 7,3	OK
1.f.	Gynaecologie	1.233,0	1.150,8	+ 82,2	+ 7,1	OK
1.g.	Toezicht	3.957,5	3.809,9	+ 147,6	+ 3,9	
1.h.	- Forfait accreditering	206,9	218,9	- 12,0	- 5,5	
	- Medisch dossier	1,1	49,7	- 48,6	-97,8	
1.	Totaal geneesheren honoraria	89.708,4	83.940,9	+ 5.767,5	+ 6,9	CCC
3.	Farmaceutische verstrekkingen	49.949,7	47.869,5	2.080,2	+ 4,3	CCC
7.	Implantaten	5.578,2	5.133,2	445,0	+ 8,7	CCC
11.	Verpleegdagprijs	64.263,9	58.196,2	6.067,7	+ 10,4	CCC
14.	Dialyse					
	a) geneesheren	2.048,0	1.853,3	194,7	+ 10,5	CCC
	b)forfait dialyse	1.629,6	1.548,1	81,5	+ 5,3	CCC
	c)thuis, low care	838,9	739,9	99,0	+ 13,4	CCC
	Totaal	4.516,5	4.141,3	375,2	+ 9,1	CCC
18.	Revalidatie en herscholing	4.901,9	4.194,1	707,8	+ 16,9	CCC
22.	Andere kosten van verblijf en reiskosten	142,8	133,9	8,9	+ 6,6	CCC

+ : meer uitgegeven dan begrotingsdoelstellingen
 - : minder uitgegeven dan begrotingsdoelstellingen
 n.v.t. : niet van toepassing (wegens artikel 59 en 69 G.V.U.-wet)
 CCC : knipperlichten branden

Bron: RIZIV : Begrotingscontrolecommissie 10.10.2001

SOCIAAL STATUUT 2001

13 NOVEMBER 2001. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2001 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het koninklijk besluit van 31 maart 1983 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren (B.S. d.d. 21.11.2001)

[...]

Artikel 1. De jaarlijkse bijdrage, bedoeld in artikel 2, § 1, a), van het koninklijk besluit van 31 maart 1983 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, wordt, voor het jaar 2001, respectievelijk vastgesteld :

1° op 102 326 BEF (2.536,60 EUR), enerzijds, ten gunste van de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 18 december 2000 te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

2° op 68 217 BEF (1.691,06 EUR), anderzijds, ten gunste van de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van voornoemd akkoord in het Belgisch Staatsblad aan de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt :

- voor de huisartsen :

- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste tien uren per week omvatten, verdeeld over ten minste drie dagen;

- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drie vierde van de wekelijkse beroepsactiviteit omvatten;

- voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefenen in een verplegingsinrichting :

- ofwel ten minste vijftientig uren per week;

- ofwel ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit;

- voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefenen :

- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste twintig uren per week omvatten;

- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit omvatten.

Art. 2. Het bedrag bedoeld in artikel 1, 1°, van onderhavig besluit, wordt toegekend aan de geneesheren die voor het volledige jaar voor hun volledige activiteit verbonden zijn.

Art. 3. De basisbedragen van, enerzijds, het rustpensioen bedoeld in artikel 6 en, anderzijds, het overlevingspensioen bedoeld in artikel 7 van hetzelfde besluit, worden vanaf 1 januari 2001, vastgesteld op respectievelijk 171 610 BEF (4.254,10 EUR) en 143 012 BEF (3.545,17 EUR) per jaar.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 13 november 2001.

* Aanvraagformulier beschikbaar op website of op eenvoudige aanvraag

AANKONDIGINGEN

01084 **DUITSLAND** : Direct over de grens bij Nijmegen wordt in de loop van 2002 een grote **KNO**-praktijk ter overname aangeboden. De praktijk ligt in het centrum van een mooi nederrijnse stad met 30.000 inwoners. Informatie : 00.49.2823.2298 of 00.49.2823.41534.

01091 **COLLECTIESTUKKEN** : Wegens overlijden : Particulier zoekt belangstellenden voor de wegname van een zeer oude medische uitrusting (**PNEUMOLOOG**). Het betreft : Orthoscoop met monodor en horizontale planigraaf met motor, generator neo-monophos en tansfo, beide van fabricant Siemens van 1954 met handleiding in het Duits en in het Frans en nog in perfect werkbaar staat. Zijn er nog kandidaten voor deze collectiestukken, eventueel voor een museum,...? Kosten en risico's voor afhaling voor de mogelijke overnemer. Voor meer informatie kan u contact opnemen met : PIERRE VAN EEKHOUT, TEL PRIVE 03 232 14 33, TEL WERK (DIRECT) 03 20 40 322, EMAIL : PVE239@HOTMAIL.BE.

Inhoudstafel

• Quid na 2001?	1
• Reactie van de Regering op het rapport van de Task Force "Agenda voor verandering in de gezondheidszorg"	2
• Managed care in België ?	11
• Sociaal statuut 2001	31
• Aankondigingen.....	32