

V.B.S. jaarverslag 2006
Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal

REGLEMENTEREN TOT DER DOOD

Koninklijke Bibliotheek Brussel
03.02.2007

INHOUDSTAFEL

I.	Bondig administratief luik	1
II.	Representatie.....	1
III.	De politieke context.....	2
	1. Wetten en decreten bij de vleet.....	2
	2. Noord en Zuid praten naast elkaar.....	5
	3. De wankelende federale regering blijft overeind	7
	4. Verdere politisering van de geneeskunde.....	9
	5. De geneesmiddelenpolitiek of oorlog(jes) in soorten.....	11
	1. De ziekenhuisgeneesmiddelen geforfaitariseerd	11
	2. Gevecht met overrijpe kiwi's	12
	3. Spanningen tussen artsen en apothekers.....	15
	4. Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.....	19
	5. Besparen, reglementeren, budgetteren ... tot de dood er op volgt.....	20
	6. Euthanasie.....	22
IV.	De artsenverkiezingen.....	24
V.	Het akkoord artsen-ziekenfondsen.....	27
	1. Ondanks nieuwe SVH oproep tot boycot, wordt akkoord 20.12.2005 overal aanvaard.....	27
	2. Budget	31
	3. Zorgtrajecten.....	36
	4. De kortingsbonnen.....	37
	5. Koude oorlog over de supplementen	38
	6. Accreditering	40
VI.	Juridische procedures.....	42
	1. Vorderingen door het VBS ingeleid in 2006	42
	1. De medische oncologie.....	42
	2. Het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen	42

2.	Uitspraken of afstand van geding	43
1.	“en in de geriatrie”	43
2.	Besparingen in de fysische geneeskunde	43
3.	Kerngeneeskunde – jaarlijkse heffing door het FANC ten laste van de laboratoria in vivo.....	43
4.	De ergospirometrie	43
5.	De transthoracale mono- en bidimensionele echografie (460412-460423) ...	44
VII. Numerus clausus.....		44
VIII. In Vogelvlucht.....		46
1.	Pediatrie	46
2.	Psychiatrie	47
3.	Opthalmologie	48
4.	Andere dossiers	49
1.	Urgentie-en acute geneeskunde	49
2.	Cardiologie	49
3.	Oncologie	49
IX. BESLUIT		50

BIJLAGE : Hoorzitting Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Vlaams Parlement, 28.03.2006. Bemerkingen Dr. M.MOENS.

I. BONDIG ADMINISTRATIEF LUIK

2006 was voor het VBS als organisatie een zwaar jaar. Door omstandigheden hebben we een groot deel van het jaar onze directeur, Jos VAN DEN NIEUWENHOF, moeten missen. Zijn vele taken moesten onverwacht overgenomen en geheroriënteerd worden door Fanny VANDAMME, onze adjunct-directeur. Mede dankzij de inzet van de ganse ploeg is zij daar con brio in geslaagd. Ondertussen zijn we erg blij dat Jos terug onder ons is, maar hij zou het in de toekomst graag iets rustiger willen aanpakken.

Voorafgaand aan onze algemene statutaire vergadering, organiseerde het VBS op 04.02.2006 een druk bijgewoond symposium over “Financiering van de gezondheidszorg”. Dat thema was een trendsetter voor het ganse jaar 2006, want heel wat andere organisaties bespraken dit hete hangijzer in allerhande studiedagen en debatten. Sindsdien vergaderde het uitvoerend comité 33 maal en het bestuurscomité 7 maal. Traditioneel neemt het uitvoerend comité – de vakantieperiodes uitgezonderd – quasi wekelijks de pols van alles wat er reilt en zeilt in de medisch-politieke wereld. Van daaruit worden de bestuurscomités voorbereid en wordt er opgetreden naar buiten toe, prospectief waar mogelijk, retro-actief als het niet anders kan.

De voorbereiding van de MS7 Conferentie in Brussel over de “Financiering van de specialistische geneeskunde” van 10 tot 14 november 2006 nam heel veel tijd in beslag. Onze gasten uit 6 landen [België (waaronder Dr. Catherine FONCK, minister van Volksgezondheid van de Franse Gemeenschap), Canada (Quebec), Frankrijk, Italië, Nederland en Zwitserland en verantwoordelijken van de Europese Specialistenvereniging (UEMS)] waren bijzonder tevreden over de organisatie, zowel qua inhoud als qua socio-culturele omkadering. Zelfs in die mate dat de plaats van afspraak al werd vastgelegd voor de jaren 2007 (Parijs, vermoedelijk november), 2008 (Rome) en 2009 (Zwitserland) om de debatten verder te zetten en om te pogen gewicht uit te oefenen op de Europese (en Canadese) regelgeving.

In dezelfde periode gaf het VBS acht klassieke nummers van “De Geneesheer-Specialist” uit, één speciaalnummer over de accreditering (november 2006) en dertien edities van de “e-specialist” op de VBS-website www.gbs-vbs.org.

Via zijn website volgt het VBS ook de talrijke nomenclatuurwijzigingen op (17 stuks in 2006, tegenover 13 in 2005) en publiceert het maandelijks alle erkende navormingen in het kader van de accreditering.

Last but not least dient de samenwerking te worden vermeld met de Europese Hogeschool Brussel (EHSAL) om een onafhankelijke cursus “Algemeen management voor geneesheren-specialisten” tijdens het academiejaar 2006-2007 op te zetten. De cursus startte op 06.10.2006 en loopt tot 11.05.2007.

II. REPRESENTATIE

Behalve de samenwerking met de EHSAL die begin 2006 opstartte, onderhoudt het VBS ook met andere organisaties goede contacten. Ondergetekende stipt hierbij aan dat het niet altijd even duidelijk was of hij aan sommige ontmoetingen deelnam als VBS-secretaris-generaal, dan wel als BVAS-voorzitter. Het betreft dan vergaderingen waar beide verenigingen samen werden uitgenodigd.

II.1. Met de BVAS was eind juni 2006 overeengekomen dat een verbindingsman van beide organisaties zou deelnemen aan de beide raden van bestuur (BVAS) of bestuurscomités (VBS) en aan de (bijna) wekelijkse bestuurscomités (BVAS) en uitvoerende comités (VBS). Van juli 2006 tot zijn totaal onverwacht en plots overlijden op 07.09.2006 vervulde Dr. Louis CORBEEL deze functie voor de BVAS bij het VBS. Dr. Eddy MAES vervult deze functie namens het VBS bij de BVAS. Dr. Jean-Paul LEONARD heeft de functie van Louis CORBEEL inmiddels overgenomen.

II.2. Al geruime tijd bestaat er een gestructureerd overleg over ziekenhuisaangelegenheden tussen VBS, BVAS en VVI. In 2006 werden alle “hot items” besproken dd. 16.02, 20.04, 13.06, 21.11.2006 en 23.01.2007 tijdens een lunch ten huize van het VVI in aanwezigheid van o.m. de VVI-voorzitter, Guido VAN OEVELEN, en (tot 31.12.2006) algemeen VVI-directeur, Dr. Carine BOONEN.

II.3. Op 26.09.2006 nam het VBS actief deel aan de viering van 125 jaar Hôpital de Jolimont.

II.4. Het VBS was als één van de stichtende leden van zeer dichtbij betrokken bij de oprichting van het gemeenschappelijk deontologisch platform van artsen, apothekers en industrie op 23.05.2006 : Mdeon.

Onze VBS- penningmeester, Dr. Bernard MAILLET, werd verkozen tot ondervoorzitter.

II.5. Op 22.11.2006 waren ondermeer Prof. Dr. Jacques GRUWEZ en ondergetekende als gast aanwezig op de viering van 40 jaar Pharma.be in Brussel.

II.6. Op 05.12.2006 sloot ondermeer Dr. Bernard MAILLET zich aan bij de protestbetoging voor de deuren van het RIZIV, Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel en hield er een toespraak. Hiermee demonstreerde het VBS zijn afkeer tegen de groeiende overreglementering in de gezondheidszorg in het algemeen en tegen de administratieve waanzin inzake het geneesmiddelenbeleid in het bijzonder (cfr punt III.5.5.).

III. DE POLITIEKE CONTEXT

III.1. Wetten en decreten bij de vleet

Met “De Standaard” journalist Guy TEGENBOS deel ik een passie : het Belgisch Staatsblad opvolgen en uitvlooiën in verband met gezondheidszorg en sociale zaken. Sinds enige jaren geef ik in mijn VBS-jaarverslag de opvolging van de publicatiedrift. Tabel 1 toont dat 2006 het op één jaar na (2004) meest productieve jaar was sinds we het opvolgen (en sinds ooit) : 76.486 bladzijden of bijna 1/3 meer dan in 2005.

Aantal pagina's van het Belgisch Staatsblad

Jaargang	Aantal pagina's	Groei t.o.v. vorig jaar (%)	cumulatieve stijging 1989 = 100
1989	21.634		100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.196	+ 29,3	273,6
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+ 32,4	353,5

Tabel 1

Soms zijn er verrassende of leuke dingen te ontdekken. Verrassend is dat in het Belgisch Staatsblad van 15.12.2006 – Ed. 2 een ministerieel besluit van 10 oktober 1979 verscheen van de toenmalige (federale) minister van Financiën, Gaston GEENS (°10.06.1931 – +05.06.2002). Ruim 27 jaar na ondertekening en ruim 4 jaar na zijn overlijden werd het M.B. gepubliceerd. Waarschijnlijk maakte een ambtenaar van financiën, of van justitie, verantwoordelijk voor de publicatie van het staatsblad, die met pensioen mocht zijn schuiven leeg, want nog 6 andere beslissingen van (ver terug in) de vorige eeuw (1979-1996) werden op 15.12.2006 gepubliceerd.

De Staatssecretaris van administratieve vereenvoudiging, Vincent VAN QUICKENBORNE, ziet wel een verbetering. De administratieve lasten zijn sinds 2003 met 25% gezakt, maar dat vertaalt zich niet in een daling van het aantal pagina's staatsblad. "En regels afschaffen vergt ook wetten. De afschaffing van het wetboek der zegelrechten, waarop ik trots ben, besloeg 100 pagina's Staatsblad"⁽¹⁾.

Het wekt geen verbazing dat vooral de jaarlijks weerkerende "Programmawetten" en "wetten houdende diverse bepalingen" ergernis wekken. In deze "vuilbak"-wetten kan om het even wat worden ondergebracht. Ze verschijnen net vóór het zomerreces (eind juli) en net voor het winterverlof (eind december). Op onnozele kinderdag (28.12.2006) verschenen in het Belgisch Staatsblad – Ed. 3. 202 bladzijden wetten: 2 Programmawetten en 2 Wetten houdende diverse bepalingen, alle vier dateren van 27.12.2006. We vernoemen enkele elementen die onze sector aanbelangen :

- Programmawet I (blz. 75178 tot 75262)
 - Oprichting van het "Fonds voor de toekomst van de geneeskundige verzorging" (blz. 75196)
 - Oprichting van het "Asbestfonds" (blz. 75196-75200)
 - Wijzigingen reglementering contraceptie jongeren/ maximumfactuur/ chronisch zieken (blz. 75215)
 - OMNIO statuut (75215-75217)
 - In der minne regeling (dading) van de ristornofacturen klinische biologie uit de periode 1989-1992 (blz. 75217)

¹ Vincent VAN QUICKENBORNE in « Beleid ziet al kentering ». Guy TEGENBOS. De Standaard. 02.01.2007.

- Terugbetaling verplaatsingskosten van ouders van kinderen met kanker
- Administratiekosten van de mutualiteiten
- Creatie van de zorgkundige (blz. 75219-75221)
- Uitvoerige regelgeving i.v.m. geneesmiddelen (75221-75229)
- Subsidies aan wetenschappelijke huisartsenverenigingen (blz. 75229)
- Financiering van het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (blz. 75229-75230)
- Financiering van representatieve patiëntenkoepels (blz. 75230)
- Aard van de arbeidsrelaties, beter gekend onder de naam “wet op de schijnzelfstandigen” (blz. 75249-75255)
- Wet houdende diverse bepalingen I (blz. 75266-75344)
 - E-government : oprichting van “BeHealth” als staatsdienst met afzonderlijk beheer (blz. 75266)
 - Wijzigingen van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen (blz. 75313-75318)
 - Wijzigingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (blz. 75318). Art. 268 vult artikel 2 van de ziekenhuiswet aan met : “Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang”.
- Wet houdende diverse bepalingen II (blz. 75345 tot 75370)
 - oprichting van kamers van eerste aanleg en kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV (blz. 75370)

Bij de bespreking op 18.12.2006 van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen I in de Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers ⁽²⁾ merkte de oppositie bij monde van CD&V-er Luc GOUTRY op dat er slordig werk werd verricht en dat men aan “virtuele” wetgeving deed. Men was inderdaad al de “Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid” aan het wijzigen die nog niet eens in het Staatsblad was gepubliceerd ⁽³⁾. De bespreking van de artikels 43 tot 47 van deze wet komt nog aan bod in de context van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2006-2007 en de supplementenregeling (cfr.punt V.5).

Leuk is het om vast te stellen dat vice-premier en minister van begroting Freya VANDEN BOSSCHE, nog op 28.12.2006 de Wet houdende de rijksmiddelenbegroting voor het begrotingsjaar 2007 ⁽⁴⁾ en het K.B. van 28.12.2006 tot wijziging van bepaalde wettelijke en reglementaire bepalingen als gevolg van de overname door de Belgische Staat van de pensioenverplichtingen van de NMBS holding ⁽⁵⁾ mee ondertekende.

Waarop ze zich als een tsunami naar de Kathu-watervallen in Phuket (Thailand) begaf om er op 29.12.2006 in het huwelijk te treden met haar vroegere kabinetsmedewerker en (ook) Gentenaar, Dennis VAN DE WEGHE. En weer terug, want op 02.01.2007 zat ze naast Guy VERHOFSTADT, beiden aanwezig als gemeenteraadslid op de installatievergadering van de nieuwe Gentse gemeenteraad. De opvallende campagne voor gemeenteraadsverkiezingen van 08.10.2006 met de dubbelzinnige affiche waar op een bank in het Gentse Citadelpark VANDEN BOSSCHE VERHOFSTADT toelacht met “’t is goe geweest hé, Guy” en hij terug : “zeg dat wel ... nog ne keer, Freya” werd niet herhaald tijdens Freya’s wittebroodsweken. In oktober 2006 heeft de slogan gewerkt. Paars behield zijn meerderheid in Gent. Op 10.06.2007 ook in België?

² Kamer – 5de zitting van de 51ste zittingsperiode. Doc. 51 2760/034

³ Deze wet werd op 22.12.2006 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad (blz. 73782 tot 73014)

⁴ Belgisch Staatsblad 29.12.2006 – Ed. 7 (blz. 76310 tot 76350)

⁵ Belgisch Staatsblad 29.12.2006 – Ed. 8 (blz. 76468 tot 76470)

III.2. Noord en Zuid praten naast elkaar

Midden de komkommertijd, zorgt Vlaams minister president, Yves LETERME, voor grote beroering in het Belgisch huishouden. In een interview met de Franse krant “Libération”⁽⁶⁾ geeft hij als verklaring waarom de Franstaligen in de faciliteitsgemeenten zich niet hebben aangepast aan het Nederlands dat ze er intellectueel niet toe in staat zijn⁽⁷⁾.

De verklaring van LETERME naderhand in de Belgische media dat dit als grapje was bedoeld, was van hetzelfde humorgehalte als de fictieve onafhankelijkheidsverklaring van Vlaanderen op de RTBF-zender La Une op woensdag 13.12.2006. Dergelijke grappen komen als bloedige ernst over.

Vlaanderens minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Inge VERVOTTE, wil met zorgregio's de gezondheidszorg uitbouwen vanuit de eerste lijn. Haar ambtenarenaanpak botst met een aantal huisartsenkringen⁽⁸⁾. Op federaal niveau werkt minister DEMOTTE met zorgbekkens waar de ziekenhuizen een prominente plaats innemen. In de Vlaamse Gezondheidsraad roepen gezondheidseconoom, Prof. Dr. Lieven ANNEMANS, (UGent), voorzitter en huisarts, Prof. Dr. Jan DEMAESENEER (UGent), voorzitter van de cel gezondheidsbeleid, op tot verdere defederalisering van de gezondheidszorg. Het uitblijven van de splitsing van de gezondheidszorg leidt er toe, volgens DEMAESENEER, dat Vlamingen minder gezond zijn⁽⁹⁾. De federale overheid remt volgens hem de uitbouw van de eerste lijn in Vlaanderen af.

VERVOTTE en DEMOTTE kibbelen voortdurend over preventiecampagnes, die een gemeenschapsmaterie zijn, maar waar DEMOTTE via federale RIZIV-financiering regelmatig tussenkomt (gratis voorbehoedsmiddelen bij jongeren, kankerscreening, vaccinaties, ...), of zomaar tussenkomt omdat het onderwerpen betreft die de federale minister van sociale zaken en volksgezondheid nauw aan het hart liggen (gezonde voeding, anti-rookcampagne)⁽¹⁰⁾. Uit de persconferentie van 22.06.2006⁽¹¹⁾ blijken ook politieke standpunten van de beide Gentse professoren. De gezondheidszorg zou alternatief ondermeer via een vermogensbelasting kunnen worden gefinancierd. De plaats van de medische specialist wordt volledig gemarginaliseerd. In hun schema (dia 14) geven ANNEMANS en DEMAESENEER aan de wijkagent en aan de straathoekwerker een directere toegang tot de medische gegevens die door de huisarts, samen met apotheker en verpleegkundige “interdisciplinair” worden beheerd dan aan de arts-specialist.

Een prototype van niet-samenwerken is de uitbouw op federaal niveau van BeHealth – een portaalsite waar zorgverstrekkers relevante informatie kunnen vinden zonder dat het een Big Brother wordt met de opslag van de gezondheidsgegevens van alle Belgen – en het tegelijkertijd creëren van het Gezondheidsinformatiesysteem (G.I.S.), maar dan op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. Ondanks mijn herhaald aandringen in de “Groep Visie” van BeHealth en in gesprekken met beleidsmensen en tot in het Vlaams Parlement toe⁽¹²⁾ mocht niets baten. Het “G.I.S.” werd ongewijzigd gepubliceerd⁽¹³⁾ met al zijn dictatoriale verplichtingen. De Vlaamse

⁶ « D'un Etat unitaire à un Etat fédéral ». Yves LETERME interviewé par Jean QUATREMER. Libération.fr, vendredi 18 août 2006.

⁷ Het bewust citaat : « Cela étant, au départ, l'idée était que beaucoup de francophones allaient s'adapter à la nouvelle réalité linguistique. Mais apparemment les francophones ne sont pas en état intellectuel d'apprendre le néerlandais, d'où la prolongation de ce statut d'exception. »

⁸ « Zorgregio's : huiswerk overdoen, vraagt VELO » (Vlaams Eerstelijnsverleg). Artsenkrant. 21.04.2006.

⁹ « Vlamingen minder gezond zonder staatsvorming ». De Standaard. 23.06.2006.

¹⁰ « VERVOTTE en DEMOTTE weer in de clinch ». De Standaard. 23.06.2006.

¹¹ <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr/pdf/pers/presentatie220606.pdf>

¹² Tijdens de hoorzitting van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin dd. 28.03.2006 bracht VAS-juriste, Mevr. Ingrid DREEZEN, mijn gestructureerde analyse van het (toen nog) “Ontwerp van decreet van de Vlaamse regering betreffende het gezondheidsinformatiesysteem” (07.10.2005 Parl.st., Vlaams Parlement 2005-2006 Nr. 531/1) naar voor.

¹³ Vlaamse Overheid. 10 juni 2006. Decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem (B.S. 07/09/2006)

overheid zal de Vlaamse artsen opleggen wat er in hun dossiers moet staan (art. 7). Als de zorgverstreker één of ander financieel voordeel van de Vlaamse overheid wil blijven krijgen, moet hij in het G.I.S. stappen (art. 2). Alhoewel de memorie van toelichting bij artikel 41 en volgende zwart op wit aantoonde dat het perfect mogelijk is om via misbruik toegang te verkrijgen tot grote hoeveelheden informatie over de gezondheid van identificeerbare personen, werd niets aan de tekst van het Decreet veranderd. Zorgen voor morgen! Herlezing van de documenten, zeven maand na publicatie, doet me nu nog meer dan in maart 2006 denken aan totalitaire regimes uit de vorige eeuw, waar babyboomers als ik alleen maar hebben over gehoord en gelezen.

Ik voeg in bijlage bij dit verslag het algemeen besluit van mijn analyse van het Decreet, zoals dat op 28.03.2006 aan het Vlaams Parlement werd overhandigd, zonder enig gevolg. En we kijken reikhalzend uit naar een nieuw decreet (of wet, want minister DEMOTTE heeft er ook grote belangstelling voor) over “De plicht gezond te zijn”, geïnspireerd op de opdracht die rijksminister van Voorlichting, Joseph GOEBBELS, meegaf aan de Hitlerjugend⁽¹⁴⁾.

Een uiting van gebrekkige communicatie tussen onze gezondheidsministers blijkt uit volgend voorbeeldje. Op 19 mei publiceert de Federale overheid zowel via het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen als via de website van de FOD Volksgezondheid een waarschuwing over loodintoxicatie als gevolg van het volgen door twee patiënten van een “Ayurveda” therapie⁽¹⁵⁾. De waarschuwing werd in een aantal kranten overgenomen⁽¹⁶⁾. Merkwaardig is dat Vlaams minister Inge VERVOTTE 10 dagen later publiek verklaart dat ze een adept is van de ayurvedische geneeskunde⁽¹⁷⁾. Wijzend op haar kruidenthee geeft ze de interviewers Peter-Jan BOGAERT en Walter PAULI nog mee dat mensen met kanker er ook al door geholpen zijn. En als ze het niet geloven moeten ze maar informeren bij de Wereldgezondheidsorganisatie. Gelukkig voor haar betreft ze haar kruidenthee allicht niet bij de Indische “genezer” die een aantal jonge vrouwen een vreselijke ziekte deed oplopen, waaraan er twee bijna bezweken.

En zodra de Belgische gezondheidszorg zal zijn opgesplitst, zijn we af van de debatten over de erkenning oncologie of/en medische oncologie (cfr VIII.4.3.). De Vlaamse minister laat dat gewoon over aan de natuurgeneeskunde en aan de “bare foot doctors” van de Wereldgezondheidsorganisatie! We raden haar toch aan eerst wat kritische literatuur te lezen over dergelijke rapporten. “Dat bewijst dat de WGO geïnfiltrerd is door missionarissen van de alternatieve geneeswijzen” meent Dr. Wim BETZ, professor huisartsgeneeskunde aan de V.U.B. en voorzitter van SKEPP (Studiekring voor Kritische Evaluatie van Pseudowetenschap en het Paranormale) hierover⁽¹⁸⁾.

Een enquête door het Weekblad “De Huisarts” – “Le Généraliste” bij 1.257 Belgische huisartsen toont aan dat 66% van de Vlaamse huisartsen voorstander is van de splitsing van de sociale zekerheid en het afzonderlijk organiseren van het gezondheidsbeleid. 19,8% is tegen en 14,2% geeft geen antwoord of heeft geen mening⁽¹⁹⁾. In Franstalig België is 79% tegen de splitsing en slechts 11,5% voor. 7,5% geeft geen antwoord of heeft geen mening⁽²⁰⁾. Jammer dat de titelzetter van de krant “De Tijd” zich vergist, want hij stelt “huisartsen” gelijk met “artsen”⁽²¹⁾. Het zou interessant

¹⁴ «Gij hebt de plicht gezond te zijn ». Luc BONNEUX. De Standaard. 28.01.2006.

¹⁵ « Saturnisme als gevolg van het slikken van gelulen op basis van kruiden ». 19.05.2006; http://www.favv-afsvca.fgov.be/home/press/communiqués_nl.asp

¹⁶ « Ne consommez pas les gélules du mage ! ». La Dernière Heure. 20.05.2006.

¹⁷ Inge VERVOTTE, Vlaams minister van Welzijn. “Ik voel me nu goed op mijn plaats als minister”. De Morgen. 30.05.2006.

¹⁸ “WGO-rapport onder vuur”. De Huisarts. Nr. 748. 1 september 2005.

¹⁹ « Vlaamse huisartsen willen splitsing ». De Huisarts. Nr. 799. 28.09.2006.

²⁰ « Brise-lames francophone ». Le Généraliste. Nr. 799. 28.09.2006.

²¹ « Tweederde Vlaamse artsen vraagt splitsing ». De Tijd. 28.09.2006.

zijn hierover ook de mening te kennen van de specialisten. Als ik de betuttelende, en stroef administratieve, haast calvinistische aanpak van de Vlaamse gemeenschap bekijk en tegenover de mening van de doorsnee Vlaamse (huis-) arts stel, die klaagt over het gebrek aan autonomie bij de beroepsuitoefening en over de bemoeizucht door de federale overheid, dan kan ik alleen maar vaststellen dat ik de graad van masochisme van de doorsnee Vlaamse huisarts en zijn drang naar zelfkastijding flink onderschat.

III.3. De wankelende federale regering blijft overeind

Geruzie binnen de Regering lag mee aan de basis van de vertraging van het opstellen van de begroting 2007. Dus ook van de RIZIV-begroting, zodat er geen debat meer mogelijk was in het RIZIV-Verzekeringscomité. De oorzaak? Heftige discussies eind september 2006 tussen de VLD en de PS over het strafbeleid van minister van justitie, Laurette ONKELINX. De val van het paarse kabinet was bijna bezegeld, net voor de gemeenteraadsverkiezingen van 08.10.2006⁽²²⁾. Maar overlever Guy VERHOFSTADT tovert weer een wit konijn uit zijn hoge hoed, de begroting wordt ingediend en de regering regeert. En van de 28 op 20.08.2006 ontsnapte misdadigers uit de gevangenis van mijn geboortestad, Dendermonde, lopen er dan nog 15 vrij rond.

De speculaties over de regering die na de verkiezingen van 10.06.2007 zal worden gevormd waren al maanden voordien aan de gang. VLD-senator Patrick VAN KRUNKELSVEN voorspelde het nakende einde van paars zelfs al in april 2006 en hij was er niet rouwig om. “De ambiance is weg” stelde hij⁽²³⁾. Hij kijkt al uit naar een tripartite in 2007 en is van oordeel dat er hoe dan ook een andere coalitie tot stand moet komen. Op dat ogenblik was de VLD nog niet in vrije val en werd de Oostende senator en ex-judoka Jean-Marie DEDECKER nog niet uit de partij gegooid. Dat gebeurde pas op 11.10.2006. Maar misschien verschiet huisarts en kameleon VAN KRUNKELSVEN binnenkort nog maar eens van (politieke) kleur. Afkomstig uit de Volksunie hoort hij volgens de diepblauwe liberalen van de denkbank “Nova Civitas” tot de “linkse dissidenten die in de partij (=VLD) ongemoeid worden gelaten!”⁽²⁴⁾. Twee vooraanstaande leden van de senaatscommissie voor sociale aangelegenheden worden er door (ondertussen ex-) VLD-partijgenoten als volgt omschreven: Senator VAN KRUNKELSVEN, “groen in het hart, maar blauw om den brode”, en commissievoorzitter Annemie VAN DE CASTEELE, “Spirit in het hart, maar blauw per ongeluk”.

Als in Vlaanderen vooral het gekissebis binnen de VLD het politiek jaar 2006 ontsiert, dan wordt Wallonië vooral geplaagd door politieke schandalen in de P.S., in het bijzonder in de regio Charleroi. In de Franse gemeenschap kan de M.R. dit uitspelen, want ze belandden er in de oppositie, terwijl de M.R. op federaal niveau ondermeer de minister van financiën en vice-premier Didier REYNDERS levert. Hoewel minister DEMOTTE het ontkent, wordt er luidop gefluisterd dat er een voorakkoord zou bestaan voor de verkiezingen 2007 tussen de Parti Socialiste en de Mouvement Réformateur⁽²⁵⁾. En wat de “affaires” betreft laat DEMOTTE niet toe dat men er een allegaartje van maakt. Hij is van oordeel dat de zaken politiek werden rechtgezet en in handen van de Justitie zijn⁽²⁶⁾.

²² « Dit heeft geen zin meer ». Bart Sturtewagen. De Standaard. 27.09.2006.

²³ « Patrick VAN KRUNKELSVEN. VLD-senator ‘stopt er liever mee’ als hij te veel toegevingen moet doen ». Het maandaginterview. De Morgen. 10.04.2006.

²⁴ Motie Novo Civitas afdelingen Gent en Antwerpen over de afzetting van Hugo COVELIERS als VLD-fractieleider (14.12.2003).

²⁵ « ‘Gauche-droite, ça continue’ . Rudy DEMOTTE justifie les polémiques entre PS et MR ». Le Soir. 09.12.2006.

²⁶ « Les affaires, Charleroi, la Wallonie : ‘Pas d’amalgames’ . Le Soir. 09.12.2006.

De federale coalitiepartner MR stelt vragen aan en maakt opmerkingen over de P.S. Met een extra vroeg “rentrée interview” (27) vraagt Didier REYNDERS zich af wat Wallonië deed met het vele geld dat de Franse Gemeenschap bij de vorige staatshervorming kreeg. M.R. senator en arts Alain DESTEXHE is niet onder de indruk van het Waalse Marshall plan dat in 2005 werd opgestart (28). De kritiek die de gewezen secretaris-generaal van Médecins sans frontières international aanvoert ten aanzien van bestuurders van intercommunales in het algemeen (“je moet niets kunnen”) geldt allicht ook voor ziekenhuisbestuurders, hoewel hij ze niet vermeldt. Hij vreest dat de impact op de intercommunales zal blijven groeien. Zo ook in de ziekenhuizen? DESTEXHE is van oordeel dat Wallonië vooral nood heeft aan een Marshallplan van goed bestuur. Daar kunnen onze Franstalige (ziekenhuis-) collega’s allicht ook alleen maar beter van worden. “Ik weet niet of de mentaliteit van de Walen het probleem is. Het is de politieke en syndicale cultuur die fout zit. Die cultuur wiegt de mensen in slaap”, aldus DESTEXHE. Hij wordt daar vanuit linkse hoek in bijgetreden door Meester Marc UYTTENDAELE, echtgenoot van PS Vice-premier en minister van Justitie Laurette ONKELINX (29). UYTTENDAELE noemt oud-burgemeester en gemeenteraadslid (2000-2006) van Charleroi Jean-Claude VAN CAUWENBERGHE de spil van de schandalen in de regio. “Van Cau is niet de Gorbatsjov van het socialisme in Charleroi, hij is er Lodewijk XIV”.

Een absolute primeur was de nieuwjaarsreceptie van 24.01.2007 door de koninklijke familie ter paleize aangeboden aan de “gestelde lichamen” van België. Premier Guy VERHOFSTADT stal er de show en stelde de rede van Koning Albert II over het 50-jarig bestaan van Europa in de schaduw met een kiescampagnespeech over een nieuwe staatshervorming (30). Het vergt enige branie om het verkiezingsduel met zijn CD&V-uitdager voor het premierschap op 10.06.2007, Yves LETERME, te starten in het aangezicht van Albert II van België. Maar terwijl in Vlaanderen Guy VERHOFSTADT en Yves LETERME zich opmaken voor het electoraal tweegevecht tussen meerderheid en oppositie, bereidt Johan VANDE LANOTTE zich als de derde hond in het kegelspel voor op het premierschap (31).

PS-voorzitter Elio DI RUPO, Franstalig kandidaat premier, vond de toespraak van premier VERHOFSTADT “een pijnlijke zaak”. Hij gaat niet akkoord met de analyse van VERHOFSTADT dat er een strijd aan de gang is tussen (Vlaams) separatisme en (Franstalig) immobilisme (32). De PS was geschokt door de persoonlijke verklaringen van de premier die poogt een “derde weg” te vinden tussen beide vermeende posities (33). Maar MR-voorzitter, vice-premier en minister van financiën, Didier REYNDERS, gaat akkoord met de toespraak van zijn liberale kompaan (34). In het vooruitzicht van de verkiezingen van 10.06.2007 plant hij trouwens een charmeoffensief in Vlaanderen. Hij is van oordeel dat ook een Franstalige premier van België moet kunnen zijn en hij is beter tweetalig dan Elio DI RUPO (35).

Vijf kandidaat premiers voor 10.06.2007. Vier uit de meerderheid: twee liberalen VERHOFSTADT (VLD) en REYNDERS (MR) en twee socialisten VANDE LANOTTE (SP.A) en DI RUPO (P.S.). En daartegenover één kandidaat uit de oppositie LETERME (CD&V).

Als we veralgemenend en zeer summier de houding samenvatten van SP.A. (tegen de supplementen, beperken van vrijheid van diagnose en therapie) en CD&V (anti supplementen en tegen de directe toegang tot de specialisten) en samen leggen met het hospitalocentrisme van de PS,

27 « REYNDERS cherche toujours Mr Marshall ». Le Soir. 03.08.2006.

28 « Er is niets veranderd in Wallonië ». De Standaard. 28.08.2006.

29 « Dossier 2006. Quand politique et droit s’emmêlent ». Marc UYTTENDAELE, Anne FEYT. Editions Luc Pire.

30 “Indispensable réforme de l’Etat”. Le Soir. 25.01.2007.

31 “De derde hond in het kegelspel”. De Standaard. 28.12.2006.

32 “PS ‘not amused’ over de communautaire uitspraken van premier VERHOFSTADT”. De Standaard. 25.01.2007.

33 “Guy VERHOFSTADT contredit le Roi”. La Capitale. 25.01.2007.

34 “Le PS n’apprécie pas le discours non concerté du Premier”. La Libre Belgique. 25.01.2007.

35 « Nu ook Didier REYNDERS kandidaat om premier te worden ». De Morgen. 16.01.2007.

dan moeten alle Belgische artsen beseffen dat deze verkiezingen van groot belang zijn voor de uitoefening van een zelfstandig en vrij beroep.

Over wie de premier moet worden na juni 2007 antwoordde Rudy DEMOTTE op 29.04.2006: *“Als de socialisten in de regering zitten en groter zijn dan de liberalen of de christen-democraten, wordt een socialist premier. Of het een PS'er wordt dan wel een SP.A'er, hangt af van wie het meeste zetels in het parlement heeft. Is dat de PS, dan bestaat er geen twijfel over dat het DI RUPO wordt.”*³⁶

III.4. Verdere politisering van de geneeskunde

Sinds oktober 1988 is het departement Sociale Zaken ononderbroken in handen van socialisten geweest in België. In mijn functie van VBS-secretaris-generaal heb ik nooit anders gekend: BUSQUIN, MOUREAUX, DE GALAN, VANDENBROUCKE, DEMOTTE. Ook het departement Volksgezondheid is al 19 jaar in socialistische handen.

Sinds de wet van 15 februari 1993 tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (³⁷) groeide de hegemonie van de politiek van jaar tot jaar. Vooral in Vlaanderen zijn de socialisten van oordeel dat artsen beslissingen van hun partijvoorzitter moeten ondergaan en buigen.

Op de 1-mei viering 2006 zette de toen nog kersverse SP.A.-partijvoorzitter Johan VANDE LANOTTE de heilige oorlog in tegen de supplementen in ziekenhuizen. Hij vermengde moedwillig de betaling van het inhaalbedrag ter compensatie van de jarenlange onderfinanciering van de ziekenhuizen in het verleden (100 miljoen euro, gespreid over 3 jaar via het budget van financiële middelen van het ziekenhuis) met het vragen van eigen honoraria door de ziekenhuisartsen. Als het van VANDE LANOTTE afhing werd elke vorm van supplement verboden. Nochtans maakt de mogelijkheid tot het vragen van eigen honoraria door artsen die niet tot het akkoord artsen-ziekenfondsen toetreden, of voor wel toegetreden artsen die patiënten verzorgen die bijzondere eisen stellen (zoals het verblijf op een individuele kamer) één van de hoekstenen uit van het zeer sociaal en toegankelijk Belgisch gezondheidszorgsysteem.

Met zijn uitspraak joeg VANDE LANOTTE de katholieke ziekenhuisbeheerders en (in het bijzonder) de (kinder)artsen op de kast (cfr.punt V.5) (³⁸).

Tijdens een debat met Dr. Luc BONNEUX en mezelf in Oostende (³⁹) bleek VANDE LANOTTE doof voor de uitleg over de rol van “supplementen” in het conventiesysteem. Hij verdedigde ook zijn beleid als minister van begroting. Hij blijft er bij dat deze de terugbetaling van een geneesmiddel kan tegenhouden om louter budgettaire redenen, ook al hebben alle bevoegde organen er zich positief over uitgesproken. Voor VANDE LANOTTE is therapeutische vrijheid van de arts slechts aanvaardbaar zolang de begroting dat toelaat. Dan beslist blijkbaar de minister van begroting zelf, zonder enige controle. Omdat tweederde van de uitgaven gebeuren in het laatste levensjaar, stelde VANDE LANOTTE luidop de vraag wat we op het einde van het leven nog

³⁶ “Ik ben geen Sinterklaas, maar ook geen Zwarte Piet”. Interview/Rudy Demotte (PS), minister van Volksgezondheid.” De Standaard. 29.04.2006.

³⁷ B.S.06.03.1993. Genoemd naar zijn gangmaker « Wet (Philippe) Moureaux », toenmalig minister van Sociale zaken.

³⁸ « Over de gezondheid van mensen en de kosten van de gezondheidszorg voer je een debat. Een opbod op een feest hoort niet”. Joost LONCIN in Het Volk. 02.05.2006

³⁹ « De geneeskunde tussen patiënt en overheid”. Belgische Vereniging voor medische moraal en ethiek. 08.09.2006.

toelaten ⁽⁴⁰⁾. Hij suggereerde dat het Kenniscentrum in de toekomst misschien moet polsen naar de ethische haalbaarheid van kosteneffectiviteitsmaatregelen. Een onoplosbare zaak want elke patiënt heeft zijn eigen, unieke individualiteit. Ter illustratie de casuïstiek van de wereldberoemde Dr. Michel E. DE BAKEY, de “uitvinder” van de De Bakey operatie bij een aortadissectie type II. Op 97-jarige leeftijd wordt hij getroffen door een aorta aneurisme van “zijn” type en wordt geopereerd, ondanks zijn zeer hoge leeftijd. Een jaar later doet hij zijn verhaal in de New York Times ⁽⁴¹⁾. De modale patiënt bestaat dus niet. De “gemiddelde” mens evenmin. “The average human has one breast and one testicle”. ⁽⁴²⁾.

Ondertussen laat Minister DEMOTTE zijn medewerkers en raadgevers naarstig voort reguleren, misschien goed bedoeld maar met een slechte afloop in de cardiologie of minder goed bedoeld zoals in de oncologie en bij de erkenning van universitaire bedden in de Brusselse ziekenhuizen omdat die besluiten iets te veel op “les copains (et copines) d’abord” lijken.

Maar nergens ging de minister verder dan bij het uitvaardigen van de erkenningscriteria voor huisartsen ⁽⁴³⁾. In artikel 10, 1° lezen we dat de minister zelf, de inhoud bepaalt van de zorgen die de huisarts mag verlenen, terwijl de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen had geadviseerd om dit toe te vertrouwen aan de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde.

Opmerkelijk is ook dat het Kartel het ontwerp van M.B. door dik en dun steunde, inclusief de de facto uitsluiting door art. 10, 1° van elke vorm van alternatieve praktijken. Het Kartel haalde slechts zijn kiesdrempel van 1.500 leden omdat enerzijds minister DEMOTTE hen 6 maanden extra tijd gaf om leden te werven en anderzijds omdat het overging tot de automatische opname van de +/- 200 Franstalige leden van de Unio Homeopathica Belgica (cfr. punt IV).

Dergelijke ministeriële arrogantie kan alleen maar het resultaat zijn van de volledige academisering van de huisartsgeneeskunde. In illo tempore slaagden de Vlaamse en Franstalige professoren huisartsgeneeskunde er in om via de interuniversitaire centra voor huisartsgeneeskunde de opleiding tot huisarts helemaal aan de beroepsorganisaties te onttrekken, met actieve steun van de bevoegde ministers. De factuur werd op 27.02.2006 gepresenteerd.

De specialisten zijn verwittigd. De eerste twee jaren van de opleiding werden al geacademiseerd in ruil voor de belofte van de numerus clausus. De belofte werd aan Franstalige kant omzeild (cfr. Numerus clausus VII) en zowel de VLIR ⁽⁴⁴⁾ als de CERF ⁽⁴⁵⁾ trachten zo spoedig mogelijk de ganse opleiding van de specialisten in handen te krijgen.

⁴⁰ « Zorgsysteem blijft betaalbaar met 3% groeinorm ». Artsenkrant. Nr. 1776. 15.09.2006.

⁴¹ « The man on the table was 97, but he devised the surgery ». The New York Times. December 25,2006.

⁴² Des McHALE, Prof. Wiskunde aan het University College, Cork, Ierland en humorist.

⁴³ Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen. (B.S. 27.02.2006) : “Art. 10. Om de erkenning als huisarts en de bijzondere beroepstitel van huisarts te behouden oefent de huisarts de huisartsgeneeskunde uit conform de volgende criteria : 1° De erkende huisarts verstrekt de zorgen eigen aan de huisartsgeneeskunde waarvan de inhoud, enkel en alleen refererend naar wetenschappelijk onderbouwde praktijken, wordt bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. ...”

⁴⁴ VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

⁴⁵ CERF : Conseil des Recteurs des universités francophones de Belgique

III.5. De geneesmiddelenpolitiek of oorlog(jes) in soorten

III.5.1. De ziekenhuisgeneesmiddelen geforfaitariseerd

Jaren werd er over gedebatteerd, in het RIZIV, nadien in de Multipartitestructuur betreffende het ziekenhuisbeleid (⁴⁶), debatten en symposia werden er aan gewijd (⁴⁷), maar ondanks alle bezwaren voerde Rudy DEMOTTE de forfaitarisering per opname (a rato van 75%) van de geneesmiddelen in. De regeling geldt voor klassieke hospitalisatie en is beperkt tot ziekenhuizen met minstens een C, D of E-dienst. De wettelijke voorbereidingen, in 2001 gestart onder toenmalig minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE, kenden hun beslag in de publicatie van de forfaitarisering in het Belgisch Staatsblad van 30.12.2005 (⁴⁸). De manier van berekening en de datum van in voeging, 01.07.2006, verscheen in het B.S. van 29.05.2006 (⁴⁹). Psychiatrische instellingen, geïsoleerde chronische Sp- en G- ziekenhuizen vallen niet onder de maatregel. Het dagziekenhuis en de ambulante verzorgde ziekenhuispatiënten evenmin.

We hadden liever gehad dat de forfaitarisering er niet was gekomen, maar 5 jaar discussie heeft toch een belangrijk aantal scherpe kantjes afgerond. De innovatieve geneesmiddelen, vooral kankermedicijnen, sommige hormonen en anti-virale middelen, zitten niet in het forfait. De radio-isotopen evenmin. De groep van niet in het forfait opgenomen middelen wordt jaarlijks bijgewerkt door experts die zetelen in een werkgroep binnen de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (⁵⁰). Eens te meer werden de verenigingen van praktiserende artsen niet geconsulteerd bij de benoemingen in die nieuwe werkgroep die onder zijn stemgerechtigden twee academici - farmacologen telt, drie ziekenhuisapothekers, drie ziekenhuisgeneesheren en liefst acht vertegenwoordigers van de mutualiteiten. Onder die leden duidt de bevoegde minister een voorzitter aan (⁵¹).

De basis voor de berekening, die loopt van 01.07.2006 tot 30.06.2007, is het referentiejaar 2003 en gebeurt op basis van de nationale gemiddelden per APR-DRG (⁵²) en op de graad van ernst. Op 31.08.2006 waren 41 van de 115 acute ziekenhuizen niet akkoord met het hen toegekende bedrag en tekenden bezwaar aan bij de daar toe opgerichte “werkgroep forfaitarisering geneesmiddelen” binnen het Comité geneeskundige verzorging van het RIZIV. Het onderzoek van de vele dossiers is bijzonder laborieus en tijdrovend, zowel voor de ziekenhuizen, maar zeker ook voor de RIZIV-administratie die de klachten nauwgezet onderzoekt.

De vraag die ik al van bij het begin van het debat stelde blijft overeind : is het sop van al dat werk de kool waard? Zijn de ziekenhuisartsen zo malafide of dom dat een ganse technische cel zich tot in de eeuwigheid met deze controles en berekeningen moet bezighouden?

Alhoewel zowel VANDENBROUCKE als DEMOTTE altijd volhielden dat de forfaitarisering van de ziekenhuisgeneesmiddelen geen besparing tot doel hadden, menen deskundigen net het tegenovergestelde. Prof. Dr. Ap. Hugo ROBAYS en Prof. Dr. Med. Luc VAN BORTEL van het universitair ziekenhuis Gent zijn van oordeel dat deze forfaitarisering in de eerste plaats een

⁴⁶ Opgericht bij wet van 22.08.2002 (B.S. 10.09.2002) artikel 50.

⁴⁷ “Optimaliseer het financieel management in uw ziekenhuis of zorginstelling”. Dr. Marc MOENS. De Geneesheer-Specialist, nr. 7, oktober 2003.

⁴⁸ Wet van 27.12.2005 houdende diverse bepalingen, artikels 95 en 96 (B.S. 30.12.2005), voerde het artikel 37 § 3 toe aan de G.V.U.-wet van 14 juli 1994.

⁴⁹ Koninklijk besluit van 16.05.2006 tot uitvoering van artikel 37 § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de vaststelling van het aan de ziekenhuizen toegekend forfait voor vergoedbare farmaceutische specialiteiten (B.S. 29.05.2006).

⁵⁰ Artikel 122 nonies ingevoegd bij K.B. van 21.12.2001 (B.S. 29.12.2001) in het K.B. van 08.07.1996 tot uitvoering van de G.V.U.-wet van 14.07.1994.

⁵¹ K.B. van 01/07/2006 tot wijziging van het K.B. van 03/07/1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14/07/1994, betreffende de oprichting van een permanente werkgroep voor de forfaitarisering van de verzekeringstegemoetkoming in de ziekenhuizen.

⁵² All Patients Refined Diagnosis Related Groups.

besparingsverhaal is (⁵³). Hoofdapotheeker Hugo ROBAYS heeft geen moeite met het concept van forfaitarisering, op voorwaarde dat men een uitzondering maakt voor de universitaire ziekenhuizen. De relatie tussen pathologie en behoefte aan geneesmiddelen ligt volgens hem tussen de 65 en de 70%. In die gevallen is de behoefte aan medicijnen goed voorspelbaar. Hij vreest dat de overige – moeilijke en dus dure – gevallen vooral naar universitaire ziekenhuizen worden gestuurd. Ik vrees echter dat de universiteiten zichzelf in deze enigszins overschatten en dat goed uitgebouwde, performante perifere ziekenhuizen dezelfde problemen kennen als hun universitaire soortgenoten. Bovendien vergeten de geciteerde professoren te vermelden dat (gelukkig) vele dure, innovatieve geneesmiddelen uitgesloten zijn van de forfaitarisering.

De RIZIV werkgroep heeft opgemerkt dat in een aantal ziekenhuizen een belangrijk aantal verblijven niet kan toegewezen worden. Het geleden financieel verlies kan aanzienlijk zijn. Plots beseffen de (vooral universitaire) voorstanders van het systeem welke de concrete gevolgen zijn en eisen ze een herziening van het systeem dat ze zes maanden geleden hielpen opstarten, tegen het advies van “niet-deskundigen, want syndicalisten”. Prof. Hugo ROBAYS stelt vast dat het UZ Gent circa 50.000 euro per maand verliest en hij heeft fundamentele bemerkingen bij de berekeningswijze (⁵⁴). Die hadden wij wel al van bij het begin!

III.5.2. Gevecht met overrijpe kiwi's

Tal van artsenverenigingen, ondermeer het VBS, hebben in het verleden op de risico's gewezen van het Nieuw-Zeelandse kiwi-model (⁵⁵). Na jaren discussie zag de Belgische kiwi light versie het levenslicht (⁵⁶). Maar het stof in de arena zal nog niet snel gaan liggen: voor- en tegenstanders van “het fruitkorfmodel DEMOTTE” blijven elkaar bekampen net zoals de leveranciers van generieken en de farmaceutische industrie.

Nieuw-Zeeland laat slechts één medicijn toe: het goedkoopste aanbod op de openbare aanbesteding voor een bepaalde molecule. “The winner takes it all”. In België wordt het goedkoopste medicijn het best terugbetaald, 75%, maar de andere producenten krijgen nog 50% terugbetaald (⁵⁷). De arts moet weten of het goedkoopste geneesmiddel ook het beste is voor zijn individuele patiënt. Het systeem geldt ook enkel voor geneesmiddelen waarvan het patent al vervallen is. Wat op zware kritiek stuit van ondermeer de generische sector (⁵⁸), (⁵⁹), linkse artsen als kiwi-importeur Dirk VANDUPPEN (Partij van de Arbeid en Geneeskunde voor het volk) (⁶⁰) en journalisten, zoals Tom COCHEZ die, rabiaat anti-farmaceutische industrie zoals steeds, onomwonden stelt: “Het is geen geheim dat de wetgeving inzake geneesmiddelen in belangrijke mate door de juridische diensten van de industrie zelf geschreven wordt (⁶¹).

Medisch en farmacologisch blijven er grote vraagtekens bestaan wat betreft de groepswijze herziening van farmaceutische specialiteiten die voor alle Belgen door minister DEMOTTE wordt uiteengezet in het verslag aan de Koning op pagina 26722 van het Belgisch Staatsblad van 26.05.2006.

⁵³ “Alle beetjes helpen. Besparen na forfaitariseren”. UZ Letters. Jrg. 19, nr. 20, sept. okt. nov. 2006.

⁵⁴ “Verwarring over ziekenhuisgeneesmiddelen”. De Huisarts. Nr. 803. 20.10.2006.

⁵⁵ “Geen Turks, maar Nieuw-Zeelands fruit”. Hoofdstuk VIII.2. in “Circus Demotte”. VBS-jaarverslag 2004. Dr. Marc MOENS. 05.02.2005.

⁵⁶ K.B. van 17.05.2006 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (B.S. 26.05.2006)

⁵⁷ “Belgische kiwi heeft erg zachte smaak gekregen”. De Tijd. 11.05.2006.

⁵⁸ “Generische sector voelt zich ‘gepakt’ door kiwi”. De Tijd. 12.05.2006.

⁵⁹ “Le Kiwi menace les génériques”. Le Soir. 12.05.2006.

⁶⁰ “Appels d’offres pour baisser le prix des médicaments”. Le Soir. 11.05.2006.

⁶¹ “De bittere kiwi van DEMOTTE”. De Morgen. 06.05.2006.

Ondanks alle inspanningen en publicaties van FeBelGen, de federatie van Belgische fabrikanten van generische geneesmiddelen, blijven de artsen zeer terughoudend in het gebruik van generieken⁽⁶²⁾. Het VBS heeft bij herhaling standpunten en analyses over generieken gepubliceerd. Op 18.12.2003 hield Prof. Dr. R. VERBEECK een uiteenzetting voor het VBS bestuurscomité in dit verband met als titel “Bio-equivalentie”⁽⁶³⁾ en onze Franstalige adjunct-secretaris-generaal, Prof. Dr. Francis HELLER, publiceerde nog recent zijn verhelderende kijk op de situatie in ons tijdschrift⁽⁶⁴⁾.

In april 2004 had het VBS een publiek standpunt ingenomen over het gebruik van generische geneesmiddelen (onder bepaalde voorwaarden), het substitutierecht door apothekers (absoluut onaanvaardbaar), het voorschrift op stofnaam (ook voorwaardelijk) en het bedelen van medische monsters⁽⁶⁵⁾.

Vanuit Pharma.be weten we dat, onder druk van het halen van een verplicht percentage “goedkope geneesmiddelen”⁽⁶⁶⁾ – ofwel VOS (voorschrift op stofnaam), ofwel een generiek, ofwel een origineel maar in prijs verminderd geneesmiddel – vooral de goedkope originele geneesmiddelen uit octrooi het goed doen bij de voorschrijvende artsen. De artsen hebben vertrouwen in de hen bekende producten en menen dat alleen de farmaceutische industrie de voor de patiënten (en voor de Belgische industrie en werkgelegenheid) belangrijke innovatie kan realiseren. Met de industrie⁽⁶⁷⁾ zijn vele artsen overtuigd dat de bewering vals is dat generica ruimte scheppen om innovatie terug te betalen.

Het totale percentage aan “goedkope geneesmiddelen” steeg van 18,2 % in 2004 naar 37,14 % in 2006. In 2004 was het aandeel goedkope kopies en generieken (K en G) 12,33 % en steeg naar 21,7 % in 2006. Het aandeel van de oude originele geneesmiddelen met verstreken octrooi (Originele BvT) steeg van 5,96 % in 2004 en naar 15,44 % in 2006.

In figuur 1 ziet men dus aan de rechterzijde van de zeshoek, die de “goedkope geneesmiddelen” weergeven, een belangrijke verschuiving naar rechts, wat overeenkomt met de toename van het voorschrijven van de goedkope geneesmiddelen. Aan de linkerzijde van de zeshoek ziet men bovenaan dat de originele geneesmiddelen die nog onder octrooi zijn (Originele, patent) een quasi onveranderd percentage behouden: 29,1 % in 2004 en 28,58 % in 2006. Gelukkig maar, want daar zitten ook de innovatieve geneesmiddelen. Links onder bevinden zich de originele geneesmiddelen die langer dan 12 jaar zijn terugbetaald (Originele >12J.). Op dat moment is het octrooi praktisch altijd verstreken, maar ze hebben geen generieken (wegens kleine productie, moeilijke markt ... en dus niet interessant voor de “generikeurs”) en vallen dus niet in de referentierugbetaling. Zij zien eigenaardig genoeg (want er is geen alternatief) hun aandeel afnemen van 36,56 % in 2004 naar 21,55 % in 2006. Ook de originele producten waarvan het octrooi is verstreken en die hun prijs niet hebben doen dalen tot het niveau van de referentierugbetaling (Originele ≠ BvT) zien hun aandeel afkalven: van 16,14 % in 2004 naar 12,74 % in 2006.

⁶² “Twijfels over kwaliteit generieken zijn achterhoedegevecht”. FeBelGen secretaris-generaal Joris VAN ASSCHE. Artsenkrant. Nr. 1802. 19.12.02006.

⁶³ “Bio-Equivalentie”. Prof. Dr. Roger K. VERBEECK. De Geneesheer-Specialist, nr. 2, februari 2004.

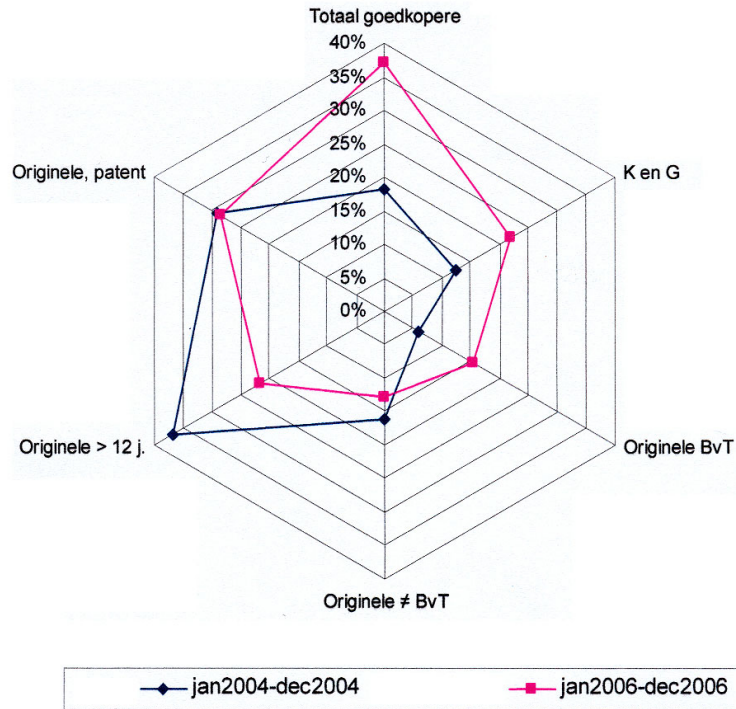
⁶⁴ “De Generieken”. Prof. Dr. Francis HELLER. De Geneesheer-Specialist, nr. 5, augustus 2006.

⁶⁵ De Geneesheer-Specialist. Editoriaal. Nr. 4, april 2004.

⁶⁶ K.B. van 17.09.2005 tot wijziging van het artikel 73 § 2 van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994 (B.S. 27.09.2005).

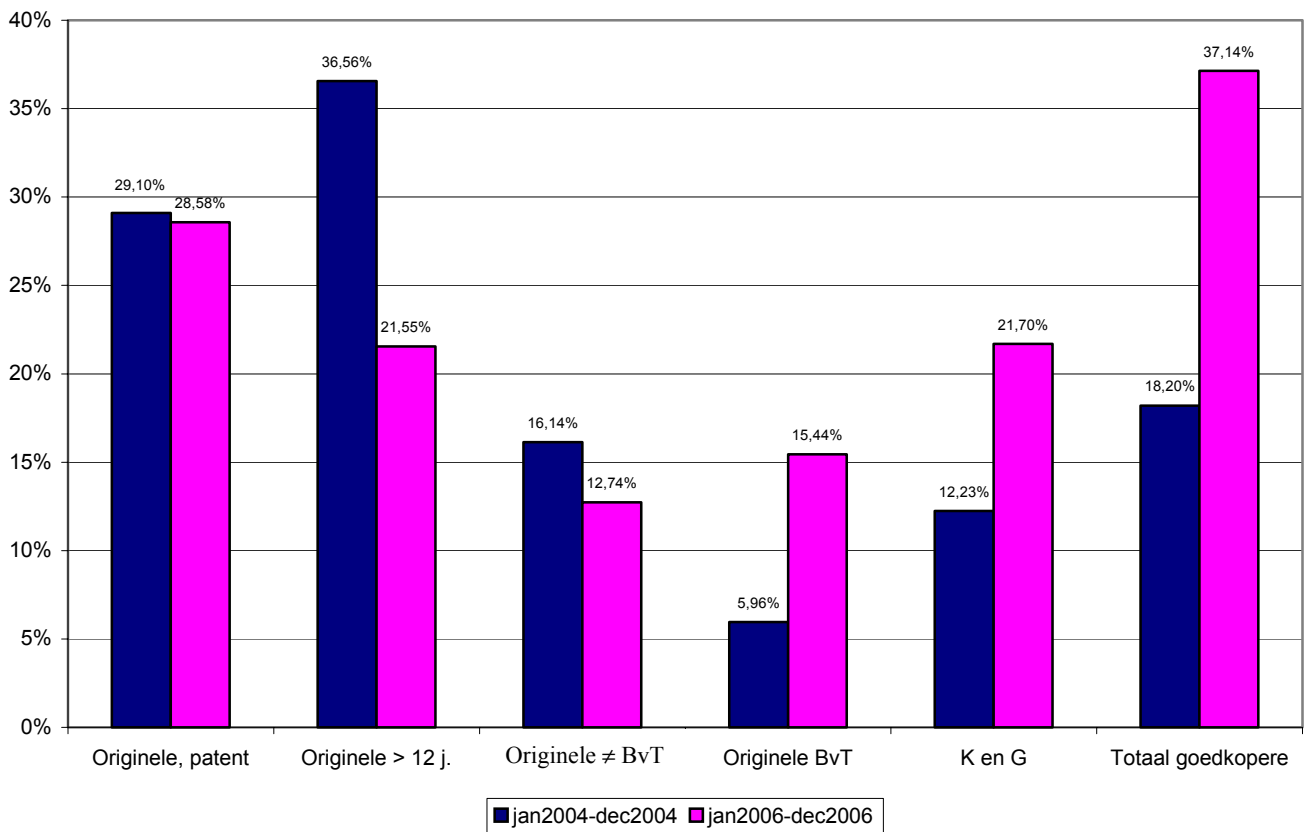
⁶⁷ “Geen kiwi, wel goedkope geneesmiddelen uit octrooi”. Julien BRABANTS, Olivier DAUBRY. De Morgen. 18.01.2007.

Totale evolutie geneesmiddelen (in volume)



Figuur 1

Evolutie geneesmiddelen, 2004-2006



Figuur 2

Bron: Pharma.be; 31.01.2007

In zijn berekeningen kon Pharma.be geen rekening houden met het voorschrijven op stofnaam. VOS (of DCI: Dénomination Commune Internationale). VOS wordt door de minister als “goedkoop voorschrift” beschouwd. Wij zijn er bovendien niet van overtuigd dat alle officina – apothekers er bij de elektronische registratie van de doktersvoorschriften in slagen om de VOS voorschriften steeds met de vereiste “flagging” te markeren. Dit is nodig opdat de mutualiteiten deze voorschriften zouden kunnen herkennen als “goedkoop” en opdat ze zouden kunnen worden opgenomen in het profiel van de betrokken arts wat betreft zijn vereist procentueel aandeel aan “goedkope voorschriften”.

Ondertussen dienden de prijsoffertes voor cholesterol- (de simvastatines) en de bloeddruk- (amlodipine) verlagers tegen 20.12.2006 te zijn ingediend. Maar de reglementering is onduidelijk en de eerste kiwi aanbesteding dreigt een slag in het water te worden ondermeer omdat de generische industrie het kiwimodel van DEMOTTE boycot⁽⁶⁸⁾.

De kiwi- en generiekengeschiedenis heeft ook spanningen teweeggebracht binnen Pharma.be. Ajid SHETTY, gedelegeerd bestuurder van Janssen Pharmaceutica, kondigde begin 2006 aan dat hij overwoog om uit Pharma.be te stappen⁽⁶⁹⁾. De belangenvereniging van geneesmiddelenproducenten, die op 22.11.2006 met luister zijn 40^{ste} verjaardag vierde en bij die gelegenheid steun toegezegd kreeg van Premier VERHOFSTADT tijdens diens gelegenheidstoespraak, zou, volgens krantenberichten, interne concurrentie kunnen krijgen van een nieuwe Belgische farmaceutische belangenvereniging die werd opgericht door vier topbedrijven in de Belgische farma-industrie, UCB, Janssen Pharmaceutica, Pfizer en GlaxoSmithKline. Deze grote bedrijven, met eigen researchafdelingen en productiefabrieken in België, hebben zich verenigd in de HST-groep: “Health, Science & Technology”. De meeste andere bedrijven binnen Pharma.be zijn vooral verkoopsorganisaties⁽⁷⁰⁾. Volgens een persconferentie van de grote vier⁽⁷¹⁾, die samen ongeveer 16.000 van de 28.000 jobs in de farma-industrie in hun personeelsbestand tellen⁽⁷²⁾, blijft de nieuw opgerichte groep binnen de Pharm.be koepel, maar zullen ze wel rechtstreeks overleg plegen met de regering. Premier Verhofstadt beseft ten volle het grote economische belang van deze sector⁽⁷³⁾. België heeft olie noch gas, maar wel brains. Daar moet in geïnvesteerd worden.

III.5.3. Spanningen tussen artsen en apothekers

Substitutie van een voorgeschreven geneesmiddel door een apotheker werd op 09.08.1993⁽⁷⁴⁾ ingeschreven in artikel 11 van het K.B. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen : “*De Koning bepaalt, bij een in de Ministerraad overlegd besluit, de modaliteiten evenals de uitvoeringsmaatregelen volgens dewelke de apotheker een farmaceutische specialiteit mag substitueren door een andere, op voorwaarde dat de actieve bestanddelen ervan dezelfde zijn en de voorschrijver zich niet uitdrukkelijk tegen dergelijke substitutie heeft verzet en de prijs voor de patiënt goedkoper is*”.

⁶⁸ « Wat DEMOTTE op tafel legt is geen kaas met gaten, maar gaten met een beetje kaas errond. FeBelGen in De Morgen. 16.12.2006.

⁶⁹ “Shetty jaagt spanning in Pharma.be op”. De Tijd. 30.01.2006.

⁷⁰ “Eigen lobby voor farmatop”. De Standaard. 26.01.2007.

⁷¹ «Politiek offensief van farmatoppers». De Standaard 30.01.2007.

⁷² “Pharma.be sur la touche?”. L’Echo. 30.01.2007.

⁷³ “ Vier topbedrijven richten eigen belangenvereniging op”. Artsenkrant. Nr. 1810. 30.01.2007.

⁷⁴ Artikel 34 van de Wet van 06.08.1993 houdende diverse bepalingen en sociale bepalingen (B.S. 09.08.1993).

Het doel was toen ook al besparingen te realiseren. Om allerlei redenen – niet in het minst wat betreft de verantwoordelijkheid bij substitutie – werd er nog geen uitvoeringsbesluit getroffen. Substitutie door de apotheker staat dus nog steeds gelijk met onwettige uitoefening van de geneeskunde. Toenmalig minister Magda AELVOET bevestigde dat in een persmededeling (⁷⁵).

Ondertussen is al heel wat gebeurd. Vooral het voorschrijven op stofnaam (VOS) is in deze merkwaardig. Het is geen substitutie, want de voorschrijvende arts laat de keuze van het product over aan de afleverende apotheker. Bij de generieken stelt zich wel een probleem. Door de aanwezigheid van talrijke merken voor een zelfde geneesmiddel, wordt de apotheker verleid om het voor hem financieel meest interessante product af te leveren, wat niet noodzakelijk het voorgeschreven product is. Lokaal overleg tussen huisartsen, intra- en extramurale specialisten, lokale ziekenhuisapothekers, rusthuizen en officina-apothekers is de beste manier om uit de generiekenjungle te geraken.

Of dit mogelijk is blijft een open vraag, want de spanning tussen beide beroepsgroepen stijgt. 90% van de officina-apothekers zijn vóór substitutie, de Franstaligen nog meer (72% helemaal voor en 24% tamelijk voor) dan de Vlamingen (53% helemaal voor en 43% tamelijk voor) (⁷⁶). De onwettige substitutie wordt op grote schaal toegepast, zeker als het om voorschriften van generieken gaat. Volgens een andere enquête van Artsenkrant (⁷⁷) schatten de huisartsen dat tot 68% van hun voorgeschreven generieken wordt vervangen door een andere generiek. Alle voorschriften door elkaar genomen meent de gemiddelde Belgische huisarts dat 23% van zijn voorschriften door de apotheker worden gesubstitueerd. Merkwaardige vaststellingen, wetend dat de BVAS in mei 2005 een publieke oproep deed om daar tegenin te gaan met een memorandum (23.05.2005) en modelbrieven om klacht in te dienen bij de bevoegde instanties (⁷⁸). Er kwam nauwelijks reactie.

De houding van de huisartsen kan verstrakken wanneer de Wet, die de verstrekking van farmaceutische zorg door de apothekers creëert door invoeging in artikel 4 van het K.B. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (⁷⁹), zijn uitvoeringsbesluit zal krijgen. De (huis-) artsen vrezen dat de apotheker op hun terrein zal treden.

Juridische analyse van de Wet van 1 mei 2006 laat niet toe argumenten te vinden om eventueel een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen bij het Arbitragehof tegen de nieuwe paragraaf 2bis van artikel 4 van het K.B. van 10.11.1967.

⁷⁵ Persmededeling Mevr. Magda AELVOET, minister van Volksgezondheid : “De apotheker wordt geacht het geneesmiddel af te leveren zoals het door de geneesheren werd voorgeschreven en dat substitueren is niet toegelaten : het overtreden van deze regel kan strafrechtelijk vervolgd worden. Inbreuken moeten gemeld worden bij de Algemene Farmaceutische Inspectie (28.10.2000).

⁷⁶ “96% des pharmaciens favorables au droit de substitution”. Journal du Médecin. N° 1770. 18.08.2006.

⁷⁷ “Vertrouwen in apotheker op laag pitje”. Artsenkrant. Nr. 1754. 12.05.2006.

⁷⁸ <http://www.absym-bvas.be/ABSyM/ARCHIEVEN/indexnl.htm>; Dossier geneesmiddelen 2005.

⁷⁹ Wet van 01.05.2006 tot wijziging van het K.B. nr. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Art. 2.: In artikel 4 van het K.B. nr. 78 van 10.11.1976 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt een § 2bis ingevoegd, luidende : « De farmaceutische handelingen in de uitoefening van de functie van de apotheker inzake de verstrekking van farmaceutische zorg omvatten de verantwoorde aflevering van voorgeschreven geneesmiddelen of van geneesmiddelen die zonder voorschrift kunnen afgeleverd worden, met het oog op, in overleg met andere zorgverstrekkers en de patiënt, het bereiken van algemene gezondheidsdoelstellingen zoals het voorkomen, het identificeren, en het oplossen van problemen verbonden aan het geneesmiddelengebruik. De farmaceutische zorg is er op gericht om op een continue wijze het gebruik van geneesmiddelen te verbeteren en de levenskwaliteit van de patiënt te bewaren of te verbeteren. Het interprofessioneel overleg omvat onder meer het eventuele doorverwijzen naar een arts en het informeren van de behandelende arts.

Te dien einde legt de Koning de principes en de richtsnoeren voor de goede farmaceutische praktijken vast, welk de farmaceutische handelingen omvat die de apotheker stelt binnen de uitoefening van zijn beroep. »;

We zullen uiteraard met argusogen de uitvoeringsbesluiten analyseren en niet aarzelen om naar de Raad van State te stappen indien een bevoegdheidsoverschrijding van de apothekers ten nadele van de (huis-)artsen zou blijken.

Die zorg is trouwens terecht. In een in dit opzicht absoluut neutraal informatieblad van de Bank J. Van Breda & C° aan de vrije beroepers, konden we in het portret van een jonge officina-apotheker volgende passus lezen: “Met flyers, een informatieve website en afzonderlijke consultatiehoeken is de apotheek alvast goed voorbereid op de toekomst...”. “In afzonderlijke consultatiehoeken kan de patiënt meer vertrouwelijke informatie krijgen over bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, bloeddrukmeting, enz”⁽⁸⁰⁾ Tijdens de “Sociale Top van Raversijde” werden ongeveer op hetzelfde moment van deze publicatie de eerste stenen gelegd van een nieuw betaalsysteem voor de officina-apothekers, dat tegen 01.01.2008 in voege zou moeten treden. De apothekers zullen 3 niveaus van honoraria verwerven (die gedeeltelijk in de plaats moeten komen van de huidige, schrompelende winstmarges op de verkochte verpakkingen) al naargelang de therapeutische klasse : zelfzorgproducten; behandeling van acute aandoeningen, ontstekingsremmers en anticonceptiva; en geneesmiddelen voor zware en chronische pathologieën zoals kanker, HIV-infectie, maar ook hypertensie of hypercholesterolemie.

In de financiële voorstellen die nu ter discussie liggen, zou, volgens preliminaire berekeningen van oktober 2006 door Pharma.be, het invoeren van het apothekersereloon gepaard gaan met een belangrijke verhoging van het apothekersinkomen. Op de niet-terugbetaalbare producten zonder voorschrift (OTC) zouden de apothekers 1,2% inleveren, maar op de niet-terugbetaalbare medicatie met voorschrift (POM) zouden ze 13,4% en op de terugbetaalbare geneesmiddelen met voorschrift (RIZIV) 29,2% winnen. Voor patiënt en RIZIV zou deze nieuwe betalingswijze fors duurder kunnen uitvallen, resp. + 12% en + 41%. Deze voorlopige informatie ging eind oktober 2006 heen en weer over het internet via een PowerPointpresentatie

De ziekenfondsen waren helemaal niet gelukkig met de financiële voorstellen van de apothekers en tekenden meteen voorbehoud aan. De voormelde PowerPointpresentatie was gelekt aan de Socialistische Mutualiteiten en Dr. Ivan VAN DER MEEREN spaarde zijn kritiek niet in de medische pers⁽⁸¹⁾.

Ondertussen werden de denkpistes enigszins bijgesteld en Pharma.be, ook rekening houdend met meer volledige gegevens over 2006, komt tot de bevinding dat het inkomen van de apothekers met 29,2 miljoen euro zou stijgen (- 8,9 op de generica en + 38,1 op de niet-generica) en de omzet in publieksprijzen zou stijgen met 29,6 miljoen (- 10,8 op de generica en + 40,3 op de niet-generica). De simulaties houden alleen rekening met de specialiteiten die terugbetaalbaar zijn via de ZIV. De OTC eneesmiddelen verdwenen uit de hypothese (cfr. Tabel 2).

Analyse voorstel : impact op de markt (Mio €)

		Huidige prijzen, huidige marges	Nieuwe prijzen, nieuwe marges	Vershil (Mio €)
ZIV	Inkomen apothekers	546,2	575,3	+ 29,2
	- Generica	85,7	76,8	-8,9
	- Niet-generica	460,4	498,5	+ 38,1
	Omzet publieksprijzen	2.857,8	2.887,4	+ 29,6
	- Generica	272,7	261,9	- 10,8
	- Niet-generica	2.585,1	2.625,5	+ 40,3

ZIV = terugbetaalbare specialiteiten
Bron: Pharma.be; 31.01.2007

Tabel 2

⁸⁰ “Portret. Farmaceutische zorg vormt wissel op de toekomst”. In de praktijk. Bank J. Van Breda & C°. Maart 2004.

⁸¹ « Ziekenfondsen op de rem voor nieuw vergoedingssysteem apothekers ». Artsenkrant, Nr. 1788. 27.10.2006.

Voor de terugbetaalbare specialiteiten zou de omzet van de farmaceutische industrie niet wijzigen. De remgelden zouden ook onveranderd blijven. Maar de kost ten laste van het RIZIV zou met +/- 30 miljoen euro toenemen (cfr. Tabel 3).

		Huidige prijzen, huidige marges	Nieuwe prijzen, nieuwe marges	Vershil (Mio €)
ZIV	Omzet industrie	1.988,9	1.988,9	0,0
	Inkomen apothekers	546,2	575,3	+ 29,2
	Omzet publieksprijzen	2.857,8	2.887,4	+ 29,6
	- remgeld	594,4	In principe idem	In principe 0
	- kost RIZIV	2.263,4	Approx. 2.293,0	Approx. + 30,0

ZIV = terugbetaalbare specialiteiten

Bron: Pharma.be; 31.01.2007

Tabel 3

Het laatste woord over deze drastische hervorming van het apothekersinkomen is dus zeker nog niet gezegd.

Qua substitutie kennen de extramurale specialisten misschien een met de huisartsen vergelijkbare situatie. Maar over de frequentie van substitutie van hun voorschriften zijn geen gegevens bekend. Voor de ziekenhuisspecialist liggen de zaken ongetwijfeld anders. Elk ziekenhuis kent zijn therapeutisch formularium en het medisch-farmaceutisch comité waakt over de samenstelling en de continue bijsturing van dit formularium. Tot de invoering van het geneesmiddelenforfait was substitutie van specialistenvoorschriften relatief onbelangrijk omwille van het bestaan van het intern afgesproken geneesmiddelenformularium. Voor de patiënten en de verwijzende huisartsen stelde het formularium soms wel al problemen omdat de als ambulante patiënt gebruikte medicatie niet steeds voorhanden is in de ziekenhuisapothek of niet tot het formularium behoort. Binnenkort zou het kunnen gebeuren dat de ziekenhuisapothekers in aanvaring komen met de voorschrijvende specialisten omdat de apotheker onder budgettaire druk bij voorkeur de goedkope vormen zullen afleveren. En die staan misschien (nog) niet in het formularium.

In sommige ziekenhuizen duikt een nieuwe gezondheidswerker op.

De arts-farmacoloog, meestal werkzaam in academisch milieu en zonder erkende beroepstitel, krijgt stilaan concurrentie van de apotheker klinisch farmacoloog. Zullen zij binnenkort mee de zaalronde doen, vb. op de intensieve afdelingen zoals er een aantal experimenten lopen in universitaire ziekenhuizen? Om de kosten te drukken of om de kwaliteit te verbeteren? Zonder medische opleiding lijkt deze stap toch "grensoverschrijdend" te zijn. Naar aanleiding van een artikel over zelfzorg bij astma⁽⁸²⁾, ontspoon zich een briefwisseling over de plaats van de (officina-)apotheker bij de behandeling en opvolging van astma. Waar de voorstanders een zeer belangrijke rol zagen weggelegd⁽⁸³⁾ voor de apothekers, werd deze door de stellers van het artikel sterk gerelativeerd⁽⁸⁴⁾. Kunnen we die debatten eerstdaags ook in het ziekenhuis verwachten?

⁸² « Sporen wij astmapatiënten aan tot zelfzorg? Een enquête bij Vlaamse huisartsen en pneumologen. » V. Lemaigre, O. Van den Bergh, S. De Peuter, L.J. Dupont, G.M. Verleden. Tijdsch. Geneesk. 2006; 62 : 1129-1140.

⁸³ « Zelfzorg bij astma : een ondersteunende rol weggelegd voor de apotheker ». E. Mehuys, L. Van Bortel, G. Brusselle. Tijdsch. Geneesk. 2007; 63:47.

⁸⁴ « Zelfzorg bij astma : de rol van de apotheker ». V. Lemaigre, O. Van den Bergh, S. De Peuter, L.J. Dupont, G.M. Verleden. Tijdsch. Geneesk. 2007; 63:47

III.5.4. Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

De voorbereidende werkzaamheden tot oprichting van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) werd extreem kritisch gevolgd.

Het FAGG neemt de taken over van het Directoraat-Generaal Geneesmiddelen (DG3) en de CD&V oppositie was van oordeel dat het probleem van het tekort aan financiële middelen in het DG3 niet werd aangepakt ter gelegenheid van de naams- en structuurverandering⁽⁸⁵⁾. De SP-A liet zich bij monde van Maya DETIEGE laatdunkend uit over de invloed van de farma-industrie in de FAGG. Ze linkte dat zeer onkies aan een gebrek aan garanties op de controle en de inspectie van het geneesmiddelenproces⁽⁸⁶⁾. Vooringenomen sneerde Testaankoop : “Met de mandaten in het agentschap kan de minister bij wijze van spreken de gedelegeerd bestuurder van een farmabedrijf plaatsen”⁽⁸⁷⁾.

Hoe dan ook, de wet werd gestemd en gepubliceerd⁽⁸⁸⁾ en het FAGG trad op 01.01.2007 in werking⁽⁸⁹⁾. Dierenarts Dr. Piet VANTHEMSCHE, destijds crisismanager bij de dioxinecrisis en momenteel ondermeer Interministerieel Commissaris influenza, werd van 25 juni 2006 tot 30 maart 2007 als administrateur-generaal belast met de coördinatie van de oprichting van de FAGG⁽⁹⁰⁾. Met de benoeming van een interim administrateur-generaal van het kaliber van Piet VANTHEMSCHE verstomde de kritiek. Toen ons ter ore kwam dat in het FAGG allerlei deskundigen werden benoemd (apothekers, dierenartsen, juristen, ...) maar geen artsen, hebben we stappen gezet om hieraan te verhelpen. Het leek ons lichtjes onbetamelijk de artsen uit te sluiten. Omdat in dit FAGG allicht niet alleen wetenschappelijke, maar ook deontologische aspecten aan bod zullen komen, en gezien de voorschrijvende arts een belangrijke schakel is in de correcte aanwending van geneesmiddelen, richtte ik in mijn functie van BVAS-voorzitter een vraag om artsen op te nemen in de FAGG naar de directeur-generaal FOD Volksgezondheid, directoraat-generaal geneesmiddelen, met kopij aan de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren⁽⁹¹⁾. FAGG administrateur-generaal Piet VANTHEMSCHE antwoordde mij publiek tijdens het debat bij 40^{ste} verjaardag van Pharma.be op 22.11.2006 op een opmerking dienaangaande, dat een vertegenwoordiger van de Orde zou worden benoemd.

Ondertussen stellen we vast dat in het artikel 2 § 1, 2° van het ontwerp van K.B. “betreffende de samenstelling en de werkwijze van het raadgevend comité ingesteld bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten” zowat alle beroepsverenigingen zijn vertegenwoordigd behalve de artsen : apothekers, geneesmiddelenproducenten en –distributeurs, dierenartsen, het Rode Kruis en zelfs de homeopaten.

We dringen aan dat, naast een collega uit de Orde (artikel 2 § 1, 6°), ook een deskundige uit de beroepsverenigingen van artsen in het Comité zal zetelen. Als een dierenarts zitting heeft, waarom dan geen “mensenarts”? De vertegenwoordiger van de dierenartsen wordt ook niet apart gecatalogeerd via hun Orde. We volgen deze aangelegenheid verder op.

⁸⁵ « Partij kraakt Agentschap geneesmiddelen ». Artsenkrant. Nr. 1758. 30.05.2006.

⁸⁶ « Onafhankelijkheid Agentschap Geneesmiddelen in vraag gesteld ». De Morgen. 24.05.2006.

⁸⁷ Ibidem

⁸⁸ Wet van 20 juli 2006 betreffende de oprichting en de werking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (B.S. 08.09.2006.)

⁸⁹ K.B. van 24.09.2006 houdende wijziging van de wet betreffende de oprichting en de werking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (B.S. 28.09.2006).

⁹⁰ Aanduiding van de administrateur-generaal van de FAGG (B.S. 02.08.2006).

⁹¹ Tijdschrift van de Nationale Raad. Orde der Geneesheren. Nr. 114. Vol. XIV. December 2006.

Te vermelden is dat Test-Aankoop het sinds een aantal maanden als zijn taak beschouwt om ongewenste effecten van geneesmiddelen te registreren. Eigenlijk is dat een opdracht van het FAGG, maar Dr. Piet VANTHEMSCHE heeft aangekondigd dat ze met Test-Aankoop kunnen samenwerken en de klachten integreren in de data van het FAGG ⁽⁹²⁾.

III.5.5. Besparen, reglementeren, budgetteren ... tot de dood er op volgt

De passage van Rudy DEMOTTE op Sociale Zaken en Volksgezondheid zal op gebied van geneesmiddelen niet ongemerkt zijn gebleven bij alle betrokkenen. Ook niet bij de RIZIV-actuarissen die de uitgaven maand na maand nauwkeurig analyseren en bewaken. Een samenvatting van het effect van de besparingsmaatregelen 2004-2006 op de uitgaven is te vinden in tabel 4.

Evolutie RIZIV-uitgaven geneesmiddelen

Jaar	RIZIV-uitgaven geneesmiddelen miljoen € (1)	Aantal inwoners (2)	RIZIV-uitgaven geneesmiddelen/inwoners/jaar (€)	RIZIV- uitgaven 1999 = 100,0 *
2006 ^o	3.402,863	10.511.382	323,73	150,5
2005	3.330,982	10.445.852	318,88	147,3
2004	3.248,070	10.396.421	312,42	143,6
2003	2.954,905	10.355.844	285,34	130,7
2002	2.724,349	10.309.725	264,25	120,5
2001	2.601,556	10.263.414	253,48	115,0
2000	2.439,726	10.239.085	238,28	107,9
1999	2.261,561	10.213.752	221,42	100,0

Tabel 4

(1) RIZIV Nota's ARGV nr. 2005/84 dd. 03.10.2005 en nr. 2006/110 dd. 08.12.2006

(2) Ecodota (http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_nl.asp): bevolking op 01.01.2006

^o Technische raming gebaseerd op de eerste 9 maanden 2006

* Gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei van:

- 1999 tot 2004: + 7,5 %
- 2004 tot 2006: + 2,4 %
- 1999 tot 2006: + 6,0 %

Het is meer dan vermeldenswaard dat de knik in het uitgavenpatroon optreedt in 2004, dat wil zeggen ruim een jaar voordat het K.B. in voege trad dat de artsen verplicht een minimum percentage goedkope geneesmiddelen voor te schrijven ⁽⁹³⁾.

De RIZIV-uitgaven voor geneesmiddelen stegen van 1999 tot 2006 jaarlijks gemiddeld met 6,0% en van 1999 tot 2004 zelfs met 7,5%. Tussen 2004 en 2006 (voorlopige cijfers) bedroeg de jaarlijkse stijging slechts 2,4%. Het is dan ook bijzonder aanmatigend dat zowel minister DEMOTTE ⁽⁹⁴⁾ als de Socialistische Mutualiteiten begin december 2006 een campagne over generieken opstartten, alsof de artsen nog geen inspanningen leverden. Het na ruim een jaar nog altijd niet als bruistablet opgeloste euromuntstuk teistert weer de televisieschermen en de Socialistische Mutualiteiten halen overal krantenkoppen met de dubieuze mededeling dat "de totale patiëntenpopulatie in ons land gemakkelijk 45 miljoen euro kan besparen als huisartsen hun voorschrijfgedrag helemaal aanpassen" ^(95,96). Maar dan moet er wel socialistische kookboekgeneeskunde worden toegepast met eenheidsworst voor iedereen (de leden van de nomenklatura natuurlijk uitgezonderd, zoals in de

⁹² "Signaler les effets secondaires des médicaments". La libre Belgique. 30.01.2007.

⁹³ K.B. van 17.09.2005 tot wijziging van het artikel 73 § 2 van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994 (B.S. 27.09.2005).

⁹⁴ « Een-tweetje tussen Demotte en ziekenfonds ». De Huisarts. 14.12.2006, Nr. 810.

⁹⁵ « Aandeel generische medicamenten steeg van 7 naar 30 procent ». Guy PEETERS in De Morgen. 07.12.2006.

⁹⁶ « Patiënten kunnen tot 45 miljoen besparen dankzij generische geneesmiddelen ». De Tijd. 08.12.2006.

voormalige USSR) en zonder rekening te houden met de eigenheid van de patiënt. Verder in het krantenartikel van De Morgen staat dat het RIZIV bij deze volstrekt imaginaire operatie 9 miljoen euro minderuitgaven kan realiseren. “Slechts” 9 miljoen euro, die moeten vergeleken worden met de terechte terugbetaling van 33.000 € voor één behandeling met Herceptin® voor een patiënte met een gemetastaseerd borstcarcinoom. Vermits 800 à 1000 patiënten per jaar hiervoor in aanmerking komen moet de imaginaire winst door maximalisatie van de generieken worden vergeleken met de geraamde jaarlijkse kost van +/- 33 miljoen € voor het gebruik van Herceptin.

Een ontwerp van K.B. ligt ter studie bij DEMOTTE dat de mutualiteiten zal toelaten om, voortgaande op de registratie van het verbruik van terugbetaalde geneesmiddelen van elk aangesloten lid, de leden aan te schrijven en hen (goedkopere) alternatieven voor te stellen. Zonder enige anamnese of patiëntencontact en achter de rug van de behandelende arts! De artsen reageerden geschandaliseerd en de Franstalige secretaris-generaal van de Socialistische Mutualiteiten, Bernard DEBACKER, probeert olie op de golven te gieten. Ze willen de artsen “natuurlijk” niet culpabiliseren. Alleen maar hun leden helpen om de facturen voor geneesmiddelen te beperken (⁹⁷).

De woede van de op 05.12.2006 tegen de administratieve waanzin betogende artsen voor de deuren van het RIZIV is des te begrijpelijker als men voor het eerst in vele jaren vaststelt dat het groeipercentage van de RIZIV-uitgaven in de ambulante sector bijna gelijk is aan nul (tabel 5). Volgens het RIZIV is dat zeker een van de gevolgen van de begrotingsmaatregelen die de laatste jaren zijn genomen en waarvan het aantal en de budgettaire reikwijdte vooral belangrijk waren in 2005. Ik herhaal dat het verplicht gebruik van goedkope geneesmiddelen pas inging op 01.10.2005 en dus geen (of maar een zeer gedeeltelijke) verklaring kan zijn voor de daling in de uitgaven.

Groeipercentage van RIZIV-uitgaven in de ambulante geneesmiddelensector

Jaar van aflevering	Ambulante RIZIV-uitgaven	Groeipercentage	Volume (DDD)	Groeipercentage
1997	1.335.588.576	-	2.417.096.911	-
1998	1.456.218.725	9,0	2.532.558.690	4,8
1999	1.588.130.873	9,1	2.714.518.174	7,2
2000	1.680.743.430	5,8	2.826.021.833	4,1
2001	1.791.726.438	6,6	2.966.883.004	5,0
2002	1.921.587.412	7,2	3.104.092.335	4,6
2003	2.063.282.988	7,4	3.293.484.153	6,1
2004	2.212.980.062	7,3	3.523.089.276	7,0
2005	2.214.096.333	0,1	3.508.052.874	-0,4

Bron : RIZIV, Nota C.G.V. 2007/21 dd. 18.01.2007

Tabel 5

Bij de analyse van het jaar 2005, stelt het RIZIV dat men wel rekening moet houden met twee bijzondere gebeurtenissen die de resultaten beïnvloeden. Enerzijds worden vele contraceptiva sinds het begin 2005 niet meer terugbetaald. Dit effect laat zich vooral voelen in de kolom “Volume (DDD)”. Zonder rekening te houden met de contraceptiva, zou de groei van de DDD’s 4% hebben bedragen in 2005 en die van de “RIZIV uitgaven” 0,3%.

Anderzijds was er de terugtrekking van de coxibs in september 2005, met een minderuitgave op de ambulante RIZIV uitgaven van 13 miljoen euro tot gevolg (⁹⁸).

⁹⁷ « Les mutuelles pourront contrôler le coût des prescriptions médicales ». Echo. 08.12.2006.

⁹⁸ « Besparingsmaatregelen in de geneesmiddelensector 2004-2006 : evaluatie van de verwezenlijking van de geraamde besparingen ». RIZIV Nota C.G.V. 2007/21 dd. 18.01.2007.

Met de huisartsen kijken onze pneumologen en internisten uit naar de regelgeving over COPD en astma. De 58 bladzijden Belgisch Staatsblad over de maagzuursecretieremmers zijn nog niet verteerd (⁹⁹), en, ondanks ministeriële beloften werd ook niets meer aan de reglementering gewijzigd, of daar ligt een ontwerp K.B. klaar met 72 pagina's regeltjes over het geneesmiddelenvoorschrift bij chronisch obstructief longlijden en astma. Alle artsen zijn het erover eens dat deze regelgeving onuitvoerbaar is. Na protest van huisartsen en specialisten en na een bespreking van de BVAS-top met de RIZIV-top en de kabinetschef, Renaud WITMEUR, op 06.11.2006, wordt beslist de publicatie van dit monster-K.B. uit te stellen tot wanneer een gemengde werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) alternatieven zal hebben geformuleerd (¹⁰⁰).

Hoever de minister afstaat van de realiteit bewees Karim IBOURKI, de woordvoerder van minister DEMOTTE. In "Le Soir" en "Le Journal du Médecin" smaalde hij over de betoging tegen de administratieve waanzin dat de artsen tegen zichzelf betoogden. Voor de sympathieke kabinetsmedewerker is een diploma een diploma. Of je nu academisch arts - farmacoloog bent of terrein-huisarts of veld-pneumoloog, dat is allemaal gelijk. Maar daar knijpt wel het schoentje. In de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen zijn de echte praktiserende artsen zwaar in de minderheid. Van de 22 stemgerechtigde leden zijn er slechts 4 artsen voorgedragen door representatieve artsenorganisaties. De anderen zijn academici (7), mutualiteitsvertegenwoordigers (8) en apothekers voorgedragen door hun beroepsvereniging (3) (¹⁰¹).

De 2 zetels die de BVAS toegewezen kreeg worden systematisch ingenomen door de effectieve leden, de Drs. Richard MARTENS (huisarts) en Jacques DEBOIS (dermatoloog). Hun plaatsvervangers zijn de Drs. Jean-Paul LEONARD (kerngeneeskunde) en Roland LEMYE (huisarts). Het Kartel, dat in de periode 2002-2006 ook 2 zetels kreeg toegewezen, heeft maar één kandidaat voorgedragen. Hij is nooit opgedaagd in deze nochtans voor patiënten en artsen cruciale commissie!

Hoe representatief is dergelijke organisatie? Het verweer van het Kartel dat ze er niet voor betaald worden is naast de kwestie, want, behalve de zeer bescheiden zitpenning van 10,2 euro voor een aanwezigheid van 4 à 5 uur, krijgen de BVAS-mandatarissen evenmin een betaling voor de zeer vele uren die elke vergadering vergt aan voorbereiding. De uitspraak van IBOURKI zette heel wat kwaad bloed (¹⁰²). MR-volksvertegenwoordiger en huisarts Daniël BACQUELAINE interpelleerde minister DEMOTTE hierover in de Kamer (¹⁰³).

III.6. Euthanasie

De wet betreffende euthanasie (¹⁰⁴) blijft druk besproken, ook in 2006. De grenzen worden alsmaar verlegd. Alhoewel hulp bij zelfmoord niet in de wet is voorzien, helpt de Gentse huisarts Marc COSYNS, verbonden aan de vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg van Prof. Jan DE MAESENEER aan de Universiteit Gent, een bij flarden dementerende bejaarde vrouw een dodelijk mengsel drinken (¹⁰⁵). Vermits ze "relatief" wilsonbekwaam was, was de euthanasiewet niet op haar

⁹⁹ K.B. van 15.06.2005 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (B.S. 20.06.2005 Ed. 3.).

¹⁰⁰ « Recommandations pour l'asthme et la BPCO : Demotte tempore » . Le Journal du Médecin. N° 1795. 24.11.2006.

¹⁰¹ Artikel 122 nonies § 1 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verrekening van geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

¹⁰² « Artsen betoogden tegen zichzelf ». Artsenkrant. Nr. 1801. 15.12.2006.

¹⁰³ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers ; Integraal verslag ; plenumvergadering donderdag 07.12.2006 namiddag; CRIV PLEN 248 blz. 30.

¹⁰⁴ Wet van 28.05.2002 betreffende euthanasie (B.S. 12.06.2002).

¹⁰⁵ "Bon voyage Suske". De Huisarts. Nr. 770. 09.02.2006.

van toepassing (¹⁰⁶). Hij wordt ongemoeid gelaten door het Gentse parket en door de Provinciale raad van de Orde der Geneesheren.

Voorafgaand aan de vrijspraak van een verpleegkundige die haar doodzieke tante had doen sterven in een ziekenhuis (¹⁰⁷) reageerde Prof. Wim DISTELMANS ongepast in de media : “Als er in dit proces geen vrijspraak zou volgen, zullen alle verpleegkundigen hun staart intrekken en geen gedegen pijnbestrijding meer willen verlenen”. Deze uitspraak werd hem terecht zeer kwalijk genomen door (o.m.) de palliatieve verpleegkundigen (¹⁰⁸). Het arrest “Els OP DE WEERDT” had in se niets met euthanasie te maken. Ze werd vrijgesproken van moord met voorbedachten rade. Maar een meute pseudo-deskundigen misbruikten de zaak om meer soepelheid voor en uitbreiding van de euthanasiewet te eisen. DISTELMANS, auteur van een lezenswaardig boek over palliatieve geneeskunde en waardig sterven (¹⁰⁹), oud-voorzitter van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en huidig voorzitter van de Federale commissie voor euthanasie, had hier beter gezwegen en zich met (nog) meer hardnekkigheid ingezet om extra financiële middelen te vinden voor de palliatieve zorgen. De broodnodige injectie met 20 miljoen euro kwam er niet in 2006 (¹¹⁰).

Binnen de politieke partijen, ook binnen de meerderheid, blijven de meningen verdeeld als men het heeft over de uitbreiding van de euthanasiewet tot de wilsonbekwamen, met andere woorden tot jonge kinderen en dementen. VLD-senator Jeanine LEDUC, passionele euthanasie voorvechtster, was zwaar ontgoocheld over de volgens haar minimalistische aanpak van de Franstalige liberale senator Christine DEFRAIGNE, omdat deze alleen de hulp bij zelfdoding wil opnemen in de wet. Zoals velen, en duidelijk niet alleen artsen, vreest DEFRAIGNE dat het opnemen van dementerenden de deur openzet voor “economische euthanasie”. “Dat kan gebruikt worden om plaats te maken in rusthuizen”, zei ze op een persconferentie dd. 16.02.2006 (¹¹¹).

SP.A.-senator Christel GEERTS wil de wet wel uitbreiden tot dementerenden (¹¹²). Zij is licentiate in de biomedische wetenschappen (VUB), doctor in de gerontologie (VUB) en voorzitter van de werkgroep “Vergrijzing van de bevolking” van de Senaat. Of ze praktijkdeskundigheid heeft kan niet uit haar C.V. worden afgeleid (¹¹³). Ze zegt te weten dat dementie een half miljoen mensen zou treffen (¹¹⁴). Het valt dus perfect te begrijpen dat senator Christine DEFRAIGNE terughoudend is in deze materie.

Ik heb geen berichten gelezen dat het ideologisch SP.A. congres van 27-28.01.2007 enige prioriteit zou hebben gegeven aan de SP.A wetsvoorstellen betreffende euthanasie (¹¹⁵). Het zou ook erg delicaat liggen om de realisatie van die voorstellen te eisen als de SP.A tijdens hetzelfde congres hamert op de betaalbaarheid van zorg voor iedereen. Een fictieve situatie als “Soylent Green”, waarbij in een science fiction film uit 1973, mensen op grote schaal werden geëuthanasieerd om uit een onmenselijke wereld te ontsnappen, is voorlopig nog geen oplossing (¹¹⁶). Nog 15 jaar politiek lobbyen eer men de goegemeente zal overtuigd hebben van de economische rationaliteit van dergelijke maatregel?

¹⁰⁶ “Over de complexiteit van euthanasie bij patiënten met dementie”. De Huisarts. Nr. 770. 09.02.2006.

¹⁰⁷ “Vrijspraak met applaus. Vrijgesproken voor dood door vergiftiging op haar tante”. De Standaard. 14.02.2006.

¹⁰⁸ Lezersbrief van Els Pauwels, hoofdverpleegkundige Centrum Palliatieve Zorg St. Camillus, A.Z. St-Augustinus, Wilrijk. De Standaard. 13.02.2006.

¹⁰⁹ “Een Waardig Levensende”. Wim Distelmans. Houtekiet. Antwerpen 2005.

¹¹⁰ “Rudy Demotte : ‘Je ne peux pas vous promettre 20 millions’”. La Libre Belgique. 22.03.2006.

¹¹¹ “MR stelt minimale aanpassing euthanasiewet voor”. De Standaard. 17.02.2006.

¹¹² “SP.A. mag euthanasie niet opbergen”. De Standaard. 20.03.2006.

¹¹³ <http://www.senate.be>; wie is wie?; senatoren.

¹¹⁴ “Dementie moet dringend op de politieke agenda”. De Standaard. 20.03.2006.

¹¹⁵ “De SP.A. is ook voorstander van de uitbreiding van de euthanasiewet naar minderjarigen. Op ondraaglijk lijden staat geen leeftijd”. De Standaard. 05.04.2006.

¹¹⁶ “Van nu, besparingen zonder eind, en straks, Soylent Green?”. VBS-jaarverslag 2005. Dr. Marc Moens. 04.02.2006. Hoofdstuk III;6.

De Nationale Raad van de Orde der Geneesheren conformeerde zijn code van geneeskundige plichtenleer aan de euthanasiewet op 18.03.2006. De wijzigingen aan hoofdstuk IX “Het naderende levenseinde” (artikel 95 tot en met 98) leverden de Orde een aantal bittere verwijten op, ondermeer van Dr. André WYNEN (¹¹⁷).

Een enquête onder huisartsen leert dat 49,9 % tegen de mogelijkheid is van uitbreiding van de euthanasiewet tot de dementerenden en 32,1 % voor. 49,4% is tegenstander van een wetsuitbreiding die wettelijk toelaat dat ook minderjarigen kunnen worden geëuthanasieerd terwijl 30,9% der geënuquêteerde huisartsen die uitbreiding goedkeurt (¹¹⁸). Opvallend in de enquête is de vaststelling dat de oudere huisarts de uitbreiding meer afwijst en dat de jongere er minder problemen mee heeft.

De houding van de specialisten werd niet bevraagd. In het VBS-bestuurscomité van 02.03.2006 werd beslist een persbericht te verspreiden gericht tegen de uitbreiding van de euthanasiewet. De inhoud van het communiqué werd grondig besproken in het VBS-uitvoerend comité en het bericht werd uiteindelijk op 19.04.2006 verspreid. Geen enkele reactie vanwege de media. Ook niet in De Standaard waar Guy TEGENBOS zich kort voordien nog afvroeg waarom academici een hoofdrol spelen in het euthanasiedebat (¹¹⁹) en waarom er geen andere woordvoerders optreden.

Nadat verschillende Belgische bisschoppen met Pasen homilies hielden als een krachtig pleidooi voor (de cultuur van) het leven en tegen de uitbreiding van de euthanasiewet (¹²⁰), leek het wel dat met de Paasklokken ook de hevigheid van de euthanasiediscussie naar Rome was vertrokken (¹²¹). Met als uitsmijter de Naamse bisschop André-Mutien LEONARD die poneerde: “Deze wet moeten wij niet gehoorzamen” en er een insinuatie naar de naziwetgeving en het nazi proces in Nurenberg aan toevoegde, wat hij naderhand ontkende.

Als dienst aan zijn trouwe abonnees, deed Test-Aankoop een marktonderzoek naar euthanasie. Wat de meesten al lang vermoedden werd nu zwart op wit als suggestie gepubliceerd: euthanasie is geen Vlaams fenomeen, maar de Franstalige artsen geven weinig euthanasiegevallen aan. Sinds de euthanasiewet in voege ging, werden 80% van de 742 gevallen die werden ingediend bij de euthanasiecommissie gemeld door Vlaamse artsen (¹²²).

IV. DE ARTSENVERKIEZINGEN

De wetgeving laat niet toe dat het VBS kandideert bij de vierjaarlijkse artsenverkiezingen. Het VBS wordt door de wet als niet-representatief beschouwd omdat ze zich statutair niet richt op de verdediging van zowel huisartsen als specialisten, maar, zoals onze naam het zegt, van specialisten. Filosoferen dat huisartsen ondertussen ook specialisten zijn geworden is een aardig tijdverdrijf, maar vult het water niet dat blijkbaar nog steeds veel te diep is tussen huisartsen en specialisten. Het VBS zou dan een identieke inhoudelijke taak op zich moeten nemen als deze die de BVAS vandaag waarmaakt. Misschien kan ik dan mijn twee petjes (VBS-secretaris-generaal en BVAS-voorzitter) vervangen door één stevige helm, met of zonder Pruisische pin: verdediger van artsen.

¹¹⁷ “Vie finissante : l’Ordre modifie son code de déontologie”. Réaction du Dr. Wynen. Le Journal du Médecin. N° 1745. 31.03.2006.

¹¹⁸ “Huisartsen wijzen uitbreiding euthanasiewet af”. De Huisarts. Nr. 798. 21.09.2006.

¹¹⁹ “Teleurstelling voedt aandacht voor euthanasieregeling”. De Standaard. 10.02.2006.

¹²⁰ “Belgische bisschoppen nemen euthanasiewet onder vuur”. De Morgen. 18.04.2006.

¹²¹ Pasen 2006 viel op 16 april.

¹²² “Niet minder euthanasie in Franstalig België”. De Standaard. 29.01.2007.

Het moment van de verkiezingen was door minister DEMOTTE al tweemaal uitgesteld: eerst maart 2006, dan juni 2006 en tenslotte werd het de periode van 4 tot 18 september 2006.

Voor een grote groep artsen valt die periode nog in hun vakantie omdat ze hun jongere collegae met schoolgaande kinderen met verlof laten gaan in juli en augustus. Net die iets oudere groep artsen die zeker wilden deelnemen aan de verkiezingen werd het dus extra moeilijk of onmogelijk gemaakt hun stem uit te brengen.

Geen enkele politicus zou er aan denken verkiezingen te organiseren de eerste zondag van september. Voor de artsenverkiezingen vond minister DEMOTTE die datum het ideale moment.

Door het uitstel kreeg het Kartel van ASGB en GBO (¹²³) de tijd om zijn kiesdrempel van 1500 leden te halen. Dat de Franstalige Kartel vleugel daarvoor de Unio Homeopathica Belgica moest binnenhalen – terwijl het Vlaamse ASGB de homeopaten weigerde – op het moment dat het Kartel de “alterneuten” uit het ministerieel besluit over de erkenning van de huisartsen gooiden, is een schitterend voorbeeld van Belgisch politiek opportunisme (cfr. Punt III.4.).

Ideologisch sluiten VBS en BVAS goed bij elkaar aan. Sinds 1999 is er een samenwerkingsovereenkomst wat betreft benoemingen in de erkenningscommissies en de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen en in juni 2006 werd ook beslist om een go-between functie tussen beide verenigingen te organiseren. Het editoriaal van VBS-voorzitter, Dr. Jean-Luc DEMEERE, riep – na objectieve analyse – op om voor een gelijkgezinde groep te kiezen, de BVAS (¹²⁴).

De opkomst bij de artsenverkiezingen 2006 gaat in dalende lijn. In juni 1998 namen 70,7% en in juni 2002 nog 56,3% der artsen deel. In 2006 slechts 46,4 (cfr. Tabel 6). Dit fenomeen doet zich overal voor waar verkiezingen niet verplicht zijn.

MEDISCHE VERKIEZINGEN : PARTICIPATIE									
	1998			2002			2006		
	Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen	
		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%
Algemeen geneeskundigen	16.919	11.755	69,5	17.872	10.341	57,9	17.832	8.031	45,03
Specialisten	20.464	14.659	71,6	22.218	12.241	55,1	24.038	11.398	47,42
Totaal	37.383	26.414	70,7	40.090	22.582	56,3	41.870	19.429	46,40

Tabel 6

Ter vergelijking citeren we enkele andere kiesverrichtingen waar deelname niet verplicht is. In Frankrijk was de deelname aan de Europese verkiezingen van 2004 45,8%. In Zwitserland schommelt de verkiezingsdeelname al decennia lang rond de 42%.

Ondanks de kiesplicht blijft de gemiddelde deelname in België toch beperkt tot ongeveer 90% waarvan 5,3% ongeldige stemmen.

Als Belgische mutualiteiten verkiezingen organiseren voor de leden van hun algemene vergadering, dan zijn er nauwelijks arrondissementen waar er verkiezingen nodig zijn omdat het aantal mandaten lager of gelijk is aan het aantal te begeven plaatsen. Kortom, een niet verplichte

¹²³ Het Kartel/Cartel bestaat uit het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (Vlaams en gemengd huisartsen-specialisten) en het GBO (Groupement Belge des omnipraticiens, Franstalige en alleen huisartsen).

¹²⁴ “Kom op voor uw beroep. Breng uw stem uit!” De Geneesheer-Specialist. Nr. 5. augustus 2006.

verkiezingsdeelname levert altijd en overal een lagere opkomst op. Bovendien werd het de Belgische artsen niet gemakkelijk gemaakt met het systeem van aangetekende zendingen.

Het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen riep – uit onvrede met de weigering door de Overheid tot deelname aan de verkiezingen als apart huisartsensyndicaat – op tot boycot. Als BVAS-voorzitter heb ik dat betreurd. Als secretaris-generaal van een vereniging die zich in dezelfde positie bevond, het VBS, heb ik dat onverstandig genoemd. S.V.H. ligt qua denkpatroon over de organisatie van de gezondheidszorg immers veel dichterbij de BVAS dan bij het ASGB, maar staat weigerachtig tegenover samenwerking met de specialisten.

Of de boycot een invloed had of niet is moeilijk objectiveerbaar, omdat het RIZIV geen verkiezingsresultaten per gewest geeft.

De pers stelde alleszins vast dat het akkoord zeer duidelijk aanvaard werd (¹²⁵, ¹²⁶).

De participatie van de huisartsen in 2006 is vergelijkbaar met die van de specialisten (cfr. Tabel 4) en net zoals in 1998 lag ze +/- 2% lager dan bij de specialisten.

Ondanks een lichte terugval in absolute cijfers bij de specialisten, behoudt de BVAS zijn comfortabele 5 op 6 zetels in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen bij de specialisten en wint de BVAS één zetel bij op de huisartsenbank, zodat daar de verhouding 3 op 6 wordt. In de totaliteit verstevigt de BVAS haar meerderheidspositie in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van 7 naar 8 van de 12 te verdelen zetels. De samenwerking VBS-BVAS kan in deze situatie alleen maar verder worden aangemoedigd.

Tabel 7 geeft, sinds de eerste verkiezing, de absolute cijfers en de percentages weer van de resultaten voor alle artsen. Tabel 8 doet hetzelfde voor de algemeen geneeskundigen (waaronder de huisartsen 003 en 004) en tabel 9 idem dito voor de specialisten.

MEDISCHE VERKIEZINGEN : RESULTATEN

	1998		2002		2006	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
ALLE ARTSEN						
BVAS	17.737	67,15	13.568	60,08	12.939	66,60
KARTEL	8.381	31,73	8.336	36,91	5.713	29,40
Blanco	182	0,69	208	0,92	424	2,18
Ongeldig	114	0,43	470	2,09	353	1,82
ALGEMEEN TOTAAL	26.414	100,00	22.582	100,00	19.429	100,00

Tabel 7

MEDISCHE VERKIEZINGEN : RESULTATEN

	1998		2002		2006	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Algemeen geneeskundigen						
BVAS	4.665	39,69	2.908	28,12	3.224	40,14
KARTEL	6.937	59,01	7.148	69,12	4.255	52,98
Blanco	90	0,77	81	0,79	246	3,06
Ongeldig	63	0,53	204	1,97	306	3,82
TOTAAL	11.755	100,00	10.341	100,00	8.031	100,00

Tabel 8

¹²⁵ “Vlaamse huisartsen aanvaardden akkoord massaal”. De Huisarts. Nr. 774. 09.03.2006.

¹²⁶ “Les médecins adoubent l'accord ‘médico-mut’”. Echo. 07.03.2006.

MEDISCHE VERKIEZINGEN : RESULTATEN

	1998		2002		2006	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Geneesheren-specialisten						
BVAS	13.072	89,17	10.660	87,08	9.715	85,23
KARTEL	1.444	9,85	1.188	9,71	1.458	12,79
Blanco	92	0,63	127	1,04	178	1,56
Ongeldig	51	0,35	266	2,17	47	0,42
TOTAAL	14.659	100,00	12.241	100,00	11.398	100,00

Tabel 9

Tabel 10 geeft tenslotte de consequentie weer op de zetelverdeling binnen de Commissie Artsen-Ziekenfondsen die in de media symbool staat voor de impact van de artsen op het beleid. Dat deze bevinding moet relativerend worden leg ik uit in het volgende hoofdstuk.

MEDISCHE VERKIEZINGEN

Verdeling van de 12 zetels in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen

Jaar	Huisartsen		Specialisten		Totaal	
	BVAS	Kartel	BVAS	Kartel	BVAS	Kartel
1998	2	4	5	1	7	5
2002	2	4	5	1	7	5
2006	3	3	5	1	8	4

Tabel 10

V. HET AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

V.1. Ondanks nieuwe SVH oproep tot boycot, wordt akkoord 20.12.2005 overal aanvaard

Bij de vorige algemene vergadering van het VBS op 04.02.2006, liep nog de termijn van 30 dagen binnen dewelke de artsen het akkoord artsen-ziekenfondsen konden opzeggen (¹²⁷). Het S.V.H. riep, iets voorzichtiger dan in 2003, de Vlaamse huisartsenkringen op om te overleggen over een mogelijke deconventie (¹²⁸).

Het akkoord 2006-2007 wordt probleemloos in alle arrondissementen goedgekeurd. Omdat het akkoord van 15.12.2003 in het arrondissement Diksmuide door 47% van de huisartsen werd geweigerd (31 op 66) en door 28,6% van de specialisten (6 op 21) of in het totaal door 42,5% der artsen (37 op 87) ging het akkoord er voor een aantal maanden niet in voege. Het akkoord 2005 werd in Diksmuide geweigerd door 33 van de 92 er woonachtige artsen (35,87%) en ging dus ook daar in voege.

Het overzicht van de evolutie van de weigering in procenten van de akkoorden artsen-ziekenfondsen sinds 1990 is opgenomen in tabel 11. Abstractie makend van het jaar 1992 toen minister Philippe MOUREAUX een eigen "document" (als alternatief voor het akkoord artsen-ziekenfondsen) aan de artsen voorlegde (¹²⁹) dat massaal werd afgewezen, is het gemiddelde percentage weigeringen van de laatste negen conventies 14,5% bij de algemeen geneeskundigen, 17,8% bij de specialisten en 16,2% bij het geheel van alle artsen samen. De deconventiecijfers 2005 liggen heel dicht bij deze gemiddelden, respectievelijk bijna 1% lager bij de algemeen geneeskundigen (13,55 t.o.v. 14,5%) 0,55% hoger bij de specialisten (18,35 t.o.v. 17,8%) en 0,1% hoger bij het geheel van alle artsen samen (16,3 t.o.v. 16,2%).

¹²⁷ Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 20.12.2005 werd op 23.01.2006 in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd en door het RIZIV op 27.01.2006 per brief aan alle artsen verstuurd.

¹²⁸ "Telling geconventioneerde artsen vervalst?" Artsenkrant. Nr. 1719. 31.01.2006.

¹²⁹ G.V.U.-wet artikel 51 §1, 2°.

% Weigering akkoorden artsen-ziekenfondsen sinds 1990

	2005	2003	2002	2000	1998	1997	1995	1993	1992	1990
ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN + SPECIALISTEN										
Antwerpen	16,64	17,11	15,01	11,62	12,54	12,57	13,00	15,07	44,35	10,38
Vlaams Brabant	16,38	17,17	15,35	13,46	12,85	12,50	12,25	14,61	41,85	8,42
West-Vlaanderen	12,36	12,79	11,97	6,40	7,26	6,92	7,25	8,99	57,72	4,20
Oost-Vlaanderen	15,93	16,23	14,42	11,68	12,18	12,11	11,84	15,46	56,57	8,07
Limburg	10,81	11,82	10,41	7,70	7,91	7,26	8,06	11,79	48,33	4,85
<i>Vlaanderen</i>	<i>15,06</i>	<i>15,63</i>	<i>13,95</i>	<i>10,78</i>	<i>11,13</i>	<i>10,92</i>	<i>11,05</i>	<i>13,65</i>	<i>49,10</i>	<i>7,75</i>
<i>Brussel</i>	<i>21,29</i>	<i>22,22</i>	<i>24,33</i>	<i>24,39</i>	<i>26,73</i>	<i>25,61</i>	<i>26,70</i>	<i>29,19</i>	<i>52,89</i>	<i>21,49</i>
Waals Brabant	20,94	22,19	24,09	20,87	21,76	20,89	21,99	23,26	58,00	16,31
Henegouwen	12,67	13,76	18,59	13,01	15,42	14,57	15,99	19,07	53,93	10,53
Luik	18,38	20,30	24,72	18,91	21,89	21,10	23,32	27,61	55,36	19,52
Luxemburg	21,88	21,63	25,55	22,13	24,50	25,76	29,00	28,66	51,83	17,85
Namen	9,29	10,40	12,75	11,15	11,93	12,36	13,33	16,34	49,90	12,59
<i>Wallonië</i>	<i>16,08</i>	<i>17,37</i>	<i>21,18</i>	<i>16,57</i>	<i>18,68</i>	<i>18,13</i>	<i>19,81</i>	<i>22,78</i>	<i>54,37</i>	<i>15,07</i>
België	16,30	17,19	17,91	14,77	16,02	15,60	16,50	19,28	51,50	12,58
ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN										
Antwerpen	13,77	15,98	11,18	5,34	7,39	7,00	8,53	9,85	33,06	5,61
Vlaams Brabant	12,63	15,97	10,13	9,51	10,21	9,99	10,30	11,96	25,42	5,21
West-Vlaanderen	6,76	10,48	4,92	3,91	4,55	4,52	5,17	6,37	41,53	2,79
Oost-Vlaanderen	8,23	10,09	4,68	3,84	4,73	4,50	4,92	7,95	42,58	3,42
Limburg	2,85	5,56	2,23	1,60	3,38	2,86	4,42	7,19	27,02	3,09
<i>Vlaanderen</i>	<i>9,70</i>	<i>12,40</i>	<i>7,32</i>	<i>5,19</i>	<i>6,37</i>	<i>6,10</i>	<i>9,14</i>	<i>8,90</i>	<i>34,38</i>	<i>4,25</i>
<i>Brussel</i>	<i>23,11</i>	<i>23,47</i>	<i>26,18</i>	<i>25,39</i>	<i>30,49</i>	<i>29,46</i>	<i>32,43</i>	<i>36,39</i>	<i>42,89</i>	<i>19,82</i>
Waals Brabant	20,50	21,70	25,91	21,24	26,61	25,10	28,65	28,93	43,40	15,54
Henegouwen	17,80	18,90	27,41	17,98	22,12	21,92	24,21	27,60	42,97	11,79
Luik	14,16	18,66	25,73	15,47	19,68	19,63	22,56	25,10	42,41	14,46
Luxemburg	24,02	24,77	28,57	23,27	27,86	30,47	34,83	29,92	35,44	17,75
Namen	8,62	10,61	13,91	9,37	11,66	12,28	13,97	16,99	32,12	12,68
<i>Wallonië</i>	<i>16,02</i>	<i>18,37</i>	<i>24,72</i>	<i>16,73</i>	<i>20,74</i>	<i>20,75</i>	<i>23,52</i>	<i>25,56</i>	<i>40,84</i>	<i>13,64</i>
België	13,55	15,91	15,78	11,85	14,50	14,29	16,18	18,42	37,80	9,78
SPECIALISTEN										
Antwerpen	18,95	18,07	18,25	16,96	17,07	17,52	16,99	19,98	55,17	17,51
Vlaams Brabant	18,68	17,92	18,58	16,12	14,65	14,31	13,61	16,50	53,82	12,75
West-Vlaanderen	17,12	14,80	18,39	8,80	9,95	9,34	9,35	11,72	75,31	6,36
Oost-Vlaanderen	21,67	20,99	22,19	18,16	18,51	18,73	17,94	22,72	70,53	15,15
Limburg	18,56	18,13	18,92	14,35	13,05	12,24	12,24	17,49	74,97	7,91
<i>Vlaanderen</i>	<i>19,16</i>	<i>18,17</i>	<i>19,30</i>	<i>15,49</i>	<i>15,24</i>	<i>15,15</i>	<i>14,64</i>	<i>18,06</i>	<i>63,12</i>	<i>12,97</i>
<i>Brussel</i>	<i>20,21</i>	<i>21,44</i>	<i>23,13</i>	<i>23,73</i>	<i>24,30</i>	<i>23,08</i>	<i>23,11</i>	<i>24,76</i>	<i>59,29</i>	<i>23,28</i>
Waals Brabant	21,19	22,47	23,04	20,64	18,79	18,26	17,79	19,57	67,45	17,06
Henegouwen	8,13	9,09	10,51	8,30	9,02	7,54	8,15	10,57	65,30	8,83
Luik	21,53	21,58	23,93	21,79	23,80	22,37	23,99	29,84	67,23	26,22
Luxemburg	19,48	17,96	22,02	20,77	20,18	19,75	20,96	26,94	74,34	18,02
Namen	9,92	10,21	11,63	12,56	12,20	12,44	12,68	15,58	70,00	12,45
<i>Wallonië</i>	<i>16,12</i>	<i>16,56</i>	<i>18,25</i>	<i>16,44</i>	<i>16,86</i>	<i>15,79</i>	<i>16,48</i>	<i>20,18</i>	<i>67,30</i>	<i>16,95</i>
België	18,35	18,19	19,59	17,16	17,29	16,71	16,77	20,03	63,73	16,35

Bron : RIZIV (uitsplitsing per gewest vanaf 2002) + berekeningen M. MOENS.

Tabel 11

De absolute aantallen van artsen die het akkoord weigeren bij de laatste drie conventies worden weergegeven in tabel 12.

Aantal weigeringen akkoorden 20.12.2005, 15.12.2003 en 19.12.2002 en totaal aantal artsen*

	2005		2003		2002	
	Totaal	Weigering	Totaal	Weigering	Totaal	Weigering

ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN + SPECIALISTEN						
Vlaanderen	22.077	3.325	21.451	3.352	21.029	2.933
Brussel	6.091	1.297	6.206	1.379	6.121	1.489
Wallonië	13.834	2.224	13.689	2.378	13.497	2.859
België	42.002	6.846	41.346	7.109	40.647	7.281

ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN						
Vlaanderen	9.567	928	9.454	1.172	9.403	689
Brussel	2.267	524	2.377	558	2.395	627
Wallonië	6.113	979	6.169	1.133	6.107	1.510
België	17.947	2.431	18.000	2.863	17.905	2.826

SPECIALISTEN						
Vlaanderen	12.510	2.397	11.997	2.180	11.626	2.244
Brussel	3.824	773	3.829	821	3.726	862
Wallonië	7.721	1.245	7.520	1.245	7.390	1.349
België	24.055	4.415	23.346	4.246	22.742	4.455

Bron : RIZIV, Doc NCGZ 2006/3

Tabel 12

* Op datum van verrekening van het aantal weigeringen, d.w.z. +/- 35 dagen na de publicatie van het akkoord in het Belgisch Staatsblad.

Tabel 13 geeft de evolutie van het percentage deconventies volgens de specialistische discipline. Ze zijn gerangschikt van het laagste naar het hoogste percentage weigering van het akkoord van 20.12.2005. Over het verloop der jaren dat de gegevens konden worden opgevraagd bij het RIZIV (1993 tot 2006) ziet men weinig wijzigingen in de rangschikking.

De top 5 van de meest geconventioneerde artsen bestaat steeds uit de geneesheer-specialisten in opleiding (GSO's) (gemiddeld 0,55% over de acht in aanmerking genomen conventies), klinisch biologen (gemiddeld 1,98%), de specialisten nucleaire geneeskunde (gemiddeld 4,49%), de radiotherapeuten (gemiddeld 4,62%) en de patholoog anatomen in haasje over met de neurologen (gemiddeld 5,26% respectievelijk 5,22).

De "top drie" van de meest gedeconventioneerde specialismen bestaat onveranderd uit de plastisch chirurgen (gemiddeld 61,69%), de dermatologen (gemiddeld 62,1%) en de oftalmologen (gemiddeld 52,67%).

Tabel 14 geeft voor de akkoorden van 20.12.2005 en 15.12.2003 per specialisme ook aan wat het percentage weigeringen was (% deconventie), hoeveel specialisten zich gedeeltelijk conventioneerden en tenslotte hoeveel volledig verbonden geneesheren er zijn. Op te merken valt dat deze verrekening altijd op een latere datum gebeurt dan de datum van de verrekening van het akkoord zoals die in de wet is voorzien. De kleine afwijkingen tussen de tabellen 11 en 12 worden hierdoor verklaard, want het systeem is een perpetuum mobile, waar continu nieuw erkende artsen bijkomen en gepensioneerde of overleden collegae uit de telling verdwijnen.

EVOLUTIE DECONVENTIEPERCENTAGES 1993-2005 PER DISCIPLINE*										
	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Gemiddelde	
1 Gen. Specialist in opleiding (GSO)	0,27	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,55	
2 Klinische biologie	2,39	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	1,98	
3 Nucleaire geneeskunde	4,06	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,49	
4 Radiotherapie	4,09	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,62	
5 Pathologische anatomie	4,39	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,26	
6 Neurologie	5,12	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,22	
7 Pneumologie	5,64	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,47	
8 Inwendige geneeskunde	6,98	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	8,51	
9 Pediatrie	9,76	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	13,45	
10 Neuropsychiatrie	12,13	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	16,13	
11 Psychiatrie	13,23	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,96	
12 Algemeen geneeskundigen	13,55	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	15,06	
13 Gastro-enterologie	14,97	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	13,98	
14 Anesthesiologie	15,72	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	15,21	
15 Chirurgie	18,08	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	17,58	
16 Reumatologie	19,61	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	19,39	
17 Fysische gen. en Fysiotherapie	19,69	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	19,86	
18 Cardiologie	21,09	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,28	
19 Neurochirurgie	21,89	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,70	
20 Orthopedie	26,69	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	24,28	
21 O.R.L.	27,61	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	27,68	
22 Urologie	27,87	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	25,50	
23 Radiologie	31,69	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	19,14	
24 Stomatologie	33,44	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	35,97	
25 Gynecologie-verloskunde	41,62	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	42,80	
26 Oftalmologie	53,38	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,67	
27 Dermatologie-venerologie	61,19	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	62,10	
28 Plastische chirurgie	64,02	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,69	
Totaal specialisten + GSO	18,35	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	17,84	
ALGEMEEN TOTAAL	16,30	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,62	

Tabel 13

Bron: RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS

* Op datum van verrekening van het aantal weigeringen, d.w.z. 35 dagen na de publicatie van het akkoord in het Belgisch Staatsblad.

Akkoord 20.12.2005 en 15.12.2003 : deconventie, gedeeltelijke en volledige conventie (*)

	Aantal		% deconventie		% gedeeltelijke conventie		% volledige conventie	
	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003
GSO	3.553	3.996	0,08	0,43	0,06	0,00	99,86	99,57
Klinische biologie	709	708	2,68	2,12	0,28	0,56	97,04	97,32
Nucleaire geneeskunde	321	318	4,36	4,09	6,54	7,23	89,10	88,68
Radiotherapie	180	158	3,89	5,70	7,22	7,59	88,89	86,71
Pathologische anatomie	309	279	4,85	4,30	7,12	6,45	88,03	89,25
Neurologie	270	208	4,81	6,73	12,96	10,58	82,23	82,69
Pneumologie	407	347	5,16	6,34	8,11	7,49	86,73	86,17
Inwendige geneeskunde	2.110	2.033	6,92	8,17	5,78	6,15	87,30	85,68
Pediatrie	1.485	1.367	9,70	11,70	8,01	7,10	82,29	81,20
Neuropsychiatrie	459	1.324	12,85	16,77	8,71	10,73	78,43	72,50
Psychiatrie	1.629	665	13,20	9,62	9,82	7,67	76,98	82,71
Algemeen geneeskundigen	18.081	17.728	13,59	16,21	1,21	1,07	85,20	82,72
Gastro-enterologie	499	430	14,83	14,88	14,83	14,42	70,34	70,70
Anesthesie	1.906	1.695	15,27	14,45	4,67	4,37	80,06	81,18
Chirurgie	1.526	1.469	18,28	18,65	9,57	9,46	72,15	71,89
Reumatologie	256	250	19,53	19,20	18,75	19,20	61,72	61,60
Fysische geneeskunde	479	442	20,25	21,95	15,24	13,57	64,51	64,48
Cardiologie	919	836	21,00	23,09	12,19	11,84	66,81	65,07
Neurochirurgie	177	154	22,03	20,78	16,38	16,88	61,58	62,34
Orthopedie	962	907	26,40	26,02	22,35	21,50	51,25	52,48
ORL	625	588	27,84	26,87	20,00	19,39	52,16	53,74
Urologie	373	353	27,08	26,63	18,23	18,13	54,69	55,24
Radiologie	1.554	1.470	30,95	25,58	5,60	5,78	63,45	68,64
Stomatologie	305	302	35,08	39,40	13,77	9,60	51,15	51,00
Gynecologie-verloskunde	1.387	1.322	41,60	43,12	17,95	15,81	40,45	41,07
Oftalmologie	1.037	993	52,84	52,97	10,03	7,85	37,13	39,17
Dermatologie	687	641	61,57	62,87	13,10	12,64	25,33	24,49
Plastische chirurgie	221	197	64,25	64,47	6,79	6,60	28,96	28,93
Totaal spec. + GSO	24.345	23.452	18,43	18,23	8,77	8,08	72,80	73,69
Algemeen totaal	42.426	41.180	16,36	17,36	5,55	5,07	78,09	77,57

Bron : RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS

Tabel 14

* Op een datum later dan de verrekening van het aantal weigeringen, resp. op 12.12.2006 (voor het akkoord 20.12.2005) en 03.06.2004 (voor het akkoord 15.12.2003).

V.2. Budget

Het akkoord van 15.12.2005 voorzag voor 2006 een budget van 5.333,123 miljoen €, waarin ondermeer een niet-lineaire index van 2,26% voor een totaal bedrag van 100,135 miljoen €. De verstrekkers wiens RIZIV-uitgaven in de periode 2000 tot 2004 jaarlijks gemiddeld met meer dan 7,75% waren gestegen, hadden geen recht op de index (¹³⁰). Het betrof de radiotherapie, de plastische chirurgie, de percutane interventionele verstrekkingen, de oftalmologie, de genetische onderzoeken, de neurochirurgie en de fysiotherapie. De op die manier berekende indexinlevering bedroeg 9,303 miljoen euro.

Vóór 15.12.2006 diende de indextoewijzing opnieuw te worden beslist, volgens dezelfde criteria als deze die voorzien zijn voor het jaar 2006. De index 2007 (berekend zoals steeds van juni 2005 tot juli 2006, dus altijd één jaar na de feiten, in tegenstelling met gesalarieerde gezondheidswerkers) bedraagt 1,65% of een indexmassa van 93,668 miljoen €.

De beslissing was gepland tijdens de vergadering van 11.12.2006, maar het Kartel eiste een inlevering van 0,65% van de index (of 36,9 miljoen €) vanwege de medisch-technische

¹³⁰ VBS jaarverslag 2005. De Geneesheer-Specialist 04.02.2006. Punt V.2. "De regering stelt eisen aan de Medico-Mut". Tabel 14.

verstrekkingen ten gunste van de “intellectuele” verstrekkingen die dan een index van 3,17% zouden krijgen terwijl de “technici” tevreden moesten zijn met 1%.

De BVAS kon dit scenario ongedaan maken op 18.12.2006 er van uitgaand dat de index in principe een quasi recht is geworden voor iedereen, en dat het moeilijk te dragen is dat een aantal sectoren twee jaar na elkaar hun index zouden verliezen.

In een informele voorbereidende vergadering dd. 15.12.2006 werd hierover consensus bereikt tussen beide artsensyndicaten en de mutualiteiten. Op 18.12.2006 “vergat” de Kartel-voorzitter, Dr. Philippe VAN DER MEEREN, eventjes zijn aangegane morele verbintenis van 72 uur voordien, en weigerde het voorstel. Profileringsdrang ten opzichte van zijn achterban (vooral de GBO die de vermaledijde technische specialisten wou treffen) zorgde er bijna voor dat 2007 een jaar zonder akkoord, zonder index (93,668 miljoen €) en zonder sociaal statuut werd.

Jo DE COCK, RIZIV-administrateur-generaal, en sinds begin augustus 2006 benoemd tot voorzitter van de Medico-Mut in opvolging van Gabriel PERL, organiseerde een break om de Kartel voorzitter uit te leggen dat een voorstel in een eerste stemronde een $\frac{3}{4}$ meerderheid moet halen, en dat in een twee stemronde over eenzelfde voorstel een gewone meerderheid volstaat.

Er was op 18.12.2006 echter geen tijd meer voor een tweede stemronde “binnen de 14 dagen”. Ofwel kende collega VANDERMEEREN de spelregels na meer dan 20 jaar lid te zijn van de medico-mut niet, ofwel is hij niet sterk in wiskunde. De BVAS heeft 8/12 zetels, het Kartel 4/12. Als het Kartel zou tegenstemmen in de eerste ronde, kreeg het voorstel slechts $\frac{2}{3}$ en geen $\frac{3}{4}$ meerderheid.

Met de staart tussen de benen sluit het Kartel zich na de deskundige uitleg van de voorzitter, aan bij het voorstel dat op de mutualiteitsbank en bij de BVAS al unaniem was aanvaard. Het werd dus uiteindelijk een unanieme verlenging, (¹³¹, ¹³²), maar niet zonder tandengeknars.

Er diende 1,585 miljoen te worden opgeofferd om aan de regeringseis van een niet lineaire index te voldoen. De radiotherapeuten en plastisch chirurgen verloren hun index voor de tweede maal : respectievelijk 1,382 miljoen € (op een voor 2006 geraamde uitgave radiotherapie van 83,72 miljoen €) en 0,204 miljoen € (op een voor 2006 geraamde uitgave van 12,311 miljoen voor de plastisch chirurgen).

In september 2006 hadden de artsenvertegenwoordigers in het Verzekeringscomité hun ongenoegen laten blijken omdat van de 293,64 miljoen minderuitgaven in 2006 die het actuariaat berekend had in vergelijking met de begrotingsdoelstelling 2006, er slechts 42,12 miljoen werd toegekend aan de artsenhonoraria. De BVAS vond het logisch dat hen eenzelfde percentage (30,1%) zou worden toegekend als de verhouding van de artsenhonoraria (5.907,005 miljoen voor 2007) op het geheel van het RIZIV-budget voor de gezondheidszorguitgaven (19.618,653 miljoen € voor 2007). Dat betekent 88,387 miljoen € i.p.v. de 42,12 miljoen € van het voorstel dat werd ingediend door de mutualiteiten.

Ondanks de tegenstemmen van de artsen werd het RIZIV-budget al in de eerste stemronde dd. 25.09.2006 goedgekeurd, wat ongewoon is de laatste jaren (¹³³, ¹³⁴).

Niet alleen de beperktheid van hun aandeel in de bonus zat de artsen dwars, maar vooral ook het feit dat de minister zelf over de toewijzing van dit bedrag van 42,12 miljoen € had beslist zonder enig

¹³¹ “L’indexation linéaire de 1,65% adoptée à reculons par le Cartel”. Journal du Médecin. N) 1803. 22.12.2006..

¹³² « Egalité (index pour tous en 2007) et fraternité (avec les intellectuels) ». Le Généraliste. N° 811. 21.12.2006.

¹³³ “Artsen boos op ziekenfondsen”. De Huisarts. Nr. 799. 28.09.2006

¹³⁴ “Koude douche voor artsen in Verzekeringscomité”. Artsenkrant. Nr. 1780. 29.09.2006.

overleg met de medico-mut. Slechts over 9,5 miljoen van dit bedrag mocht de medico-mut zelf voorstellen doen : 4,5 miljoen € voor de huisartsen en 5 miljoen € voor de specialisten.

In zijn vergadering van 16.10.2006 schaaft de Algemene Raad op zijn beurt nog 0,946 miljoen € af van het door de artsen al te laag bevonden aandeel in de bonus dat voorzien was in het voorstel van en goedgekeurd door het Verzekeringscomité. Het te verdelen extra-bedrag werd dus 41,174 miljoen € (cfr. Tabel 15).

BEGROTING 2007 : beslissing algemene raad (bedragen in miljoen €)

8	Artsenhonoraria	
	Huisartsengeneeskunde	
8,1	Wachtdiensten	1,000
8,2	Statuut stagiaires huisartsengeneeskunde	2,000
8,3	Groepspraktijken	5,000
8,4	Andere maatregelen (artsen-ziekenfondsen)	4,500
	Honoraria geneesheren-specialisten	
8,5	Pediatrie	7,500
8,6	Nomenclatuur geriatrie	5,000
8,7	Transport tussen ziekenhuizen	2,500
8,8	Facoemulsificatie	1,000
8,9	Chronische pijn (en inclusief Baclofen-pomp)	2,000
	Aftoppingsindex	(1,585)
8,10	Intra-articulaire punctie (beperkt tot reumatologen)	0,471
8,12	Herwaardering intellectuele acten (artsen-ziekenfondsen)	5,000
	Globale projecten	
8,11	Zorgtrajecten	5,000
	Subtotaal artsen	39,386
7	Maatregelen toegankelijkheid	
7,1	Remgeld pedopsychiatrie	1,189
7,2	Remgeld palliatieve zorgen	0,599
	Totaal	41,174

Tabel 15

Bron : RIZIV; Nota ARGV 2006/92 dd. 17.10.2006 en Doc. N.C.G.Z. 2006/61 dd. 04.12.2006

In zijn vergadering van 18.12.2006 besliste de medico-mut de 9,5 miljoen als volgt te verdelen : uitbreiding van het beschikbaarheidshonorarium voor de huisartsen ook naar de weekdays (6,0 miljoen €); opwaardering van het consult voor een gehospitaliseerde patiënt tot C26 (2,247 miljoen €), rechtzetting van de elektrofysiologische onderzoeken ten gunste van de fysiotherapeuten (0,516 miljoen €), en opwaardering van de beenmergpunctie (0,507 miljoen €) en botboorbiopsie (0,253 miljoen €), of samen geraamd op 9,523 miljoen € ⁽¹³⁵⁾ (Tabel 16).

Verdeling 9,5 miljoen € naar inzicht Medico-mut (in miljoen €)

Bestemming	Bedrag
Disponibiliteit huisarts weekdays	6,000
Opwaardering ziekenhuisconsult specialist	2,247
Elektrofysiologie voor fysiotherapeuten	0,516
Opwaardering beenmergpunctie	0,507
Opwaardering botboorbiopsie	0,253
TOTAAL	9,523

Tabel 16

¹³⁵ Eigen nota's van de vergadering N.C.G.Z. dd. 18.12.2006.

Om al deze micro-ingrepen te situeren op een hoger niveau, geven we de evolutie weer van de RIZIV-uitgaven gezondheidszorg sinds 1970 (cfr. tabel 17) en de evolutie van de geneesherenhonoraria binnen deze RIZIV-uitgaven in het laatste decennium (tabel 18).

RIZIV-budget Volksgezondheidszorg (in miljoen €)

	Globaal budget	Artsenhonoraria
1970	850,868	340,347
1980	3.341,707	1.169,621
1990	7.070,908	2.944,600
1995	9.938,190	3.349,480
2000	12.820,054	4.128,800
2005	17.332,170	5.222,720
2006*	18.454,063	5.533,120
2007**	19.618,653	5.907,005

Tabel 17

Bron : RIZIV

* Begrotingsdoelstelling 2006

** Begrotingsdoelstelling 2007 (nota CGV 2006/308 dd. 17.10.2006)

- In nominale waarde : 2006/1970
 - globaal budget x 21,7
 - budget artsenhonoraria x 15,7
- Gemiddelde jaarlijkse groei in constante waarde
 - globaal budget : + 4,53 %
 - budget artsenhonoraria : + 3,59 %
- Met indexbasis 1966 is juli 1970 = 114,29 en juli 2006 = 503,22

Evolutie RIZIV-budgetten en honoraria

Jaar	Totale RIZIV-uitgaven (in miljoen €)	Totaal artsenhonoraria	
		Bedrag (in miljoen €)	% totaal RIZIV
1995	9.938,19	3.349,48	33,7
1996	10.957,28	3.683,10	33,6
1997	10.655,69	3.477,47	32,6
1998	11.294,04	3.707,79	32,8
1999	12.029,06	3.905,49	32,5
2000	12.820,05	4.102,33	32,0
2001	13.774,37	4.344,03	31,5
2002	14.162,56	4.291,48	30,3
2003	15.383,68	4.623,62	30,1
2004	16.771,43	5.062,60	30,2
2005	17.250,17	5.240,96	30,4
2006*	18.454,06	5.533,12	30,0

Tabel 18

* Begrotingsdoelstelling

Bron : RIZIV jaarrapporten en nota CGV 2006/267 dd. 28.08.2006 en www.riziv.be

In de jaren 70 tot begin de jaren 90 maakten de artsenhonoraria in België ongeveer 40% uit van het totale budget van de ziekteverzekering (cfr. tabel 17).

Vanaf 1995 daalde het aandeel tot +/- 1/3^{de} en verder tot minder dan 30% in 2006 (cfr. tabel 18). Tussen 1970 en 2006 stegen de totale RIZIV-uitgaven in nominale waarde met factor 21,7 en de artsenhonoraria met factor 15,7.

Eveneens ter situering van het budget artsenhonoraria leggen we deze naast de evolutie van de administratiekosten van de mutualiteiten (cfr. tabel 19).

Uitgaven administratiekosten mutualiteiten versus RIZIV-uitgaven artsenhonoraria (in miljoen €)

	Administratiekosten V.I. *		RIZIV uitgaven-artsenhonoraria**	
	bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar	bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar
1986	445,628	0,00	2.426,7	0,00
1987	460,958	+ 1,17	2.644,4	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,0	-0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,2	+ 6,63
1990	494,002	+ 3,79	2.944,6	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,1	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,0	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,3	-2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,5	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.362,2	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,1	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,8	-5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,0	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,4	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,8	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	744,678	+ 6,86	4.291,5	-1,21
2003	779,678	+ 4,70	4.623,6	+ 7,74
2004	816,479	+ 4,72	5.062,6	+ 9,49
2005	846,688	+ 3,70	5.241,0	+ 3,16
2006	878,015	+3,70	5.533,1	+5,57
2007	910,940	+3,75	5.907,5 ^o	+6,77

Tabel 19

Bronnen : * Belgisch Staatsblad. Laatste gepubliceerde bedragen: Programmawet I, 27.12.2006. (B.S. 28.12.2006)

** Jaarverslagen RIZIV

^o Begrotingsdoelstelling

In tabel 20 wordt in grote lijnen de evolutie geschetst van het percentage van de administratiekosten van de mutualiteiten ten opzichte van de totale RIZIV-uitgaven gezondheidszorg.

% Administratiekosten V.I.'s t.o.v. globaal RIZIV-budget gezondheidszorg

	RIZIV-budget (miljoen €) (1)	V.I.-administratiekosten (miljoen €) (2)	% (2) van (1)
1990	7.070,908	494,002	6,99
1995	9.938,190	585,574	5,89
2000	12.820,054	670,279	5,22
2005	17.250,195	846,688	4,91
2006	18.454,063	878,015	4,76
2007	19.618,653	910,940	4,64

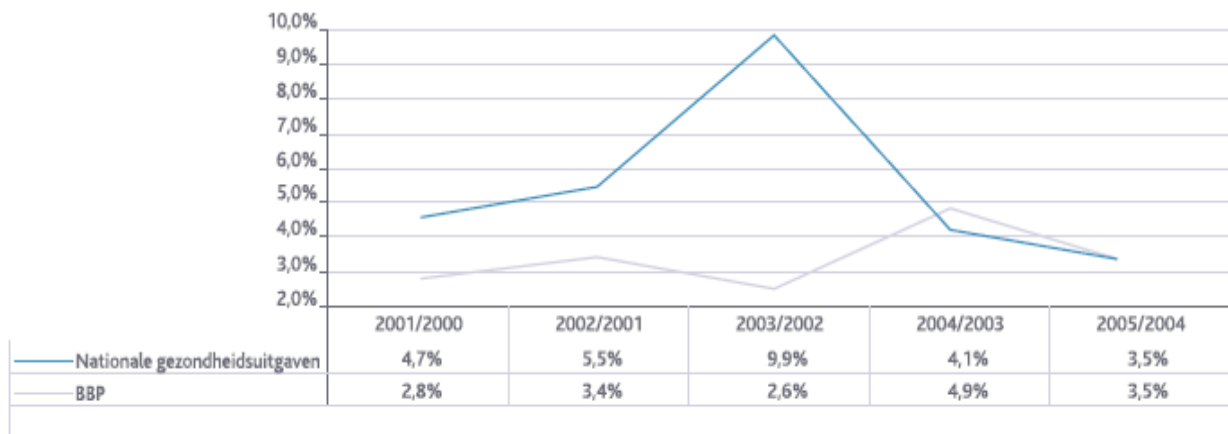
Bron : RIZIV jaarrapporten en Belgisch Staatsblad.

Tabel 20

Voor de vierde maal publiceert Assuralia, de Beroepsvereniging van Belgische verzekeringsondernemingen, in januari een overzicht van de nationale uitgaven voor gezondheidszorg (¹³⁶). Sinds 2003 stelt Assuralia een kentering vast en in 2005 komen de groeilijnen van de gezondheidsuitgaven en het bruto binnenlands product samen (cfr. figuur 3)

¹³⁶ « De nationale uitgaven in de gezondheidszorgsector ». To the point. Januari 2007. Assuralia.

Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en van het BBP ⁽¹⁾ (tegen lopende prijzen)



Bron : Assuralia. To the point. Januari 2007.

Figuur 3

In tabel 21 worden de globale uitgaven van de gezondheidszorg weergegeven, die ruimer zijn dan het RIZIV-budget en ook de privé uitgaven van patiënten, lokale overheden, werkgevers en andere omvatten.

Nationale gezondheidsuitgaven en het BBP

(bedragen in miljoenen euro)	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BBP	251.741	258.884	267.578	274.582	288.089	298.180
Nationale gezondheidsuitgaven	21.267	22.264	23.478	25.794	26.851	27.781
in % van het BBP	8,4%	8,6%	8,8%	9,4%	9,3%	9,3%

Bron : Assuralia. To the point. Januari 2007.

Tabel 21

De artsen hebben er al herhaaldelijk op gewezen dat de huidige groeinorm van 4,5 % nauwelijks volstaat om de bestaande behoeften te dekken. Met onze sterk verouderende bevolking die terecht eisen stelt om kwaliteitssjaren aan hun leven toe te voegen, zullen de gezondheidsuitgaven blijven stijgen. Het is dus ethisch verwerpelijk dat SP.A voorzitter Johan VANDE LANOTTE voorstelt om de groeinorm te reduceren naar 3 %. En als het van hem alleen afhing, pikte hij als goed socialist ook nog graag onze index in.

V.3. Zorgtrajecten

Punt 7 van het akkoord van 20.12.2005 gaf de bestaande werkgroep (WG5) binnen de schoot van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen de opdracht “om tegen 1 april 2006 concrete maatregelen uit te werken waarbij zowel de rol van de huisarts als van de geneesheer-specialist wordt gevaloriseerd en de patiënt wordt aangemoedigd. Deze maatregelen moeten tegen 1 juli 2006 operationeel zijn voor patiënten met diabetes type 2 en voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie”.

Na moeizaam labeur van de werkgroep “complexe patiënt”, stelde de voorzitter van de werkgroep, Dr. Philippe VANDERMEEREN, tevens voorzitter van het Kartel, zijn rapport voor op 24.04.2006 ⁽¹³⁷⁾. Het werd met de grond gelijk gemaakt door de Christelijke Mutualiteiten en door de BVAS omwille van de afgrijselijke reeks administratieve verplichtingen. Zijn voorstel van “sovjet-

¹³⁷ NCGZ. Werkgroep 5. Samenwerking Huisarts-Geneesheer-specialist. Doc. NCGZ 2006/17, 2006/17 Add. 1 en add.2.

geneeskunde” vereiste een papierwinkel in zeven stappen. Dr. Roland LEMYE waarschuwde dat men bezig was een soort “complexe patiënt hoofdstuk IV” te creëren terwijl de mutualiteiten op hetzelfde moment de afbouw van het hoofdstuk IV in het geneesmiddelenvoorschrift nastreefden omwille van een te hoge werklast voor de adviserende geneesheren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn grote voorstanders van zorgtrajecten maar vinden het resultaat van de werkgroep te omslachtig. Na twee schorsingen van de vergadering en tot ergernis van Dr. Philippe VANDERMEEREN, wordt het document afgevoerd. VANDERMEEREN vraagt om zijn taak over te dragen aan drie experts van de administratie. Het voorstel wordt aangenomen en sindsdien werken de Drs. Ri DE RIDDER, directeur-generaal van de Dienst geneeskundige verzorging, Georges VEREECKE, geneesheer-inspecteur-generaal en Jean-Paul DERCO, adviseur-generaal, gesteund door hun medewerkers, een nieuw voorstel uit. Vooral de Christelijke Mutualiteiten blijven erg kritisch, in de eerste plaats omwille van de administratieve complexiteit.

De werkzaamheden vorderen gestaag, zodat het er momenteel naar uitziet dat in de loop van 2007 het systeem van start zou kunnen gaan. Op te merken valt dat in 2006 hiervoor een budget van 7 miljoen € was voorzien (en dus niet gebruikt) terwijl op jaarbasis 25 miljoen € beschikbaar is.

V.4. De kortingsbonnen

Rudy DEMOTTE had van bij zijn aantreden als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid via zijn “Gezondheidsdialogen” aangekondigd dat hij de eerste lijn wou ondersteunen. Het zou een “softe” echelonnering worden. Op 27.02.2006 zond minister DEMOTTE een ontwerp van K.B. aan de Medico-mut, die het op 06.03.2006 in eerste lezing besprak. Het was een dermate onsamenhangend ontwerp dat het bij sommige leden van de Commissie op de lachspieren werkte (¹³⁸). Om de meeruitgaven voor het RIZIV ten gevolge van de remgeldvermindering binnen het voorziene budget van 8 miljoen € te houden, werden allerlei fantaisistisch-hypothetische berekeningen de wereld ingestuurd. Men ging er van uit dat de specialisten veel minder zouden worden geconsulteerd en er “dus” ook veel minder medisch-technische verstrekkingen zouden worden gegenereerd.

Een door de administratie herwerkte versie van het ontwerp K.B. (¹³⁹) werd op 24.04.2006 door de Medico-mut besproken. Zoals op 6 maart verzetten zowel BVAS als de Onafhankelijke Ziekenfondsen zich opnieuw tegen het ontwerp, maar het mocht niet baten.

Voorzitter Gabriel PERL zond het ontwerp met een verdeeld advies door naar minister DEMOTTE, met de vermelding dat BVAS en Onafhankelijke Ziekenfondsen hadden tegengestemd. Zoals deze laatsten verklaarden, werd het ontwerp de Medico-mut “door de strot geduwd” (¹⁴⁰). De BVAS poneerde dat huisartsen door dit systeem gedegradeerd worden tot schrijvelaars van kortingsbonnen en dat het niets bijbrengt om de samenwerking te verbeteren tussen huisartsen en specialisten en dat het systeem geen enkel kwaliteitsverhogend element bevat.

Op 22.05.2006 werd het ontwerp K.B. aan het Verzekeringscomité voorgelegd. De BVAS herhaalde haar identieke argumentatie en ondergetekende eiste een stemming. Ofschoon de vereiste 2/3 meerderheid niet werd bereikt (21 stemmen voor, 12 tegen en 4 onthoudingen) besliste (toenmalig) voorzitter, Dirk SAUER, het ontwerp toch door te sturen naar de minister. Dit is een vormfout want de wet voorziet in dergelijke situatie dat hetzelfde voorstel een tweede maal ter stemming moet worden voorgelegd. Dan volstaat een gewone meerderheid (¹⁴¹).

¹³⁸ Doc NCGZ/CNMM 2006/11

¹³⁹ Doc NCGZ/CNMM 2006/19

¹⁴⁰ « Specialist goedkoper na verwijzing ». De Standaard. 08.03.2006.

¹⁴¹ Artikel 10 § 7 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Ondanks deze vormfout, ondanks de vele onbeantwoorde vragen over de 17 specialisten die worden opgesomd in het verwijdsdocument, over de onmogelijkheid dat bijvoorbeeld een huisarts een geriater van een internist kan onderscheiden, over het verplicht door de huisarts te gebruiken verwijdsdocument, enzovoort, prijkte deze zoveelste administratieve pesterij in het Staatsblad van 15.12.2006 en ging het K.B. in voege op 01.02.2007 (¹⁴²).

Gezien de vele door de BVAS gemaakte opmerkingen vond Dr. Ri DE RIDDER het toch nodig om op 29.01.2007 een woord van toelichting te richten, enerzijds tot de huisartsen, anderzijds tot de specialisten (¹⁴³). De brief aan de specialisten werd in die voormiddag, op aansturen van ondergetekende, nog enigszins aangepast tijdens de vergadering van het RIZIV Verzekeringscomité. De BVAS en de Onafhankelijke ziekenfondsen herhaalden nogmaals hun afkeer tegen het politiek opgedrongen systeem. De Drs. Guido ISTAS (Domus Medica, maar nog steeds zetelend als vertegenwoordiger van het ter ziele gegane Kartel ASGB-GBO-SVH) en Marcel BAUVAL (GBO), vonden het nodig hun tevredenheid te uiten over deze echelonnering. Masochisme kent geen taalgrenzen. Ik heb ze in de vergadering publiek bedankt voor het zoveelste extra verplicht te gebruiken document.

Met de brief van 29.01.2007 stuurt Dr. DE RIDDER ook 50 verwijdsdocumenten mee aan de huisartsen. Kwestie van te kunnen starten. Nadien moeten ze hun plan trekken. Volgend jaar zullen we weten of dit gedrocht succes zal kennen.

V.5. Koude oorlog over de supplementen

Op 10 juli 2006 zond minister DEMOTTE een brief aan alle ziekenhuisbeheerders met de aankondiging dat een K.B. zou worden gepubliceerd over de modaliteiten van de betaling van de positieve inhaalbedragen aan de ziekenhuizen. Om van de betaling van het volledige derde deel van de 100 miljoen euro inhaalbedragen te kunnen genieten, zullen de artsen geen supplementen meer mogen vragen aan patiënten die op twee- of meerpersoonskamers verblijven. Uit besprekingen over de supplementen die we met de BVAS dd. 05.07 en 11.07.2006 hadden met het kabinet DEMOTTE, bleek dat ziekenhuizen waar artsen wel nog supplementen blijven vragen aan patiënten verblijvend op twee of meer persoonskamers, 21/33^{ste} van hun inhaalbedrag niet zouden toegewezen krijgen. De onderdelen A1, B2 van het budget van financiële middelen van die ziekenhuizen zou ongewijzigd (laag) blijven. Net zoals de onderdelen B7 en B8, maar deze onderdelen staan in verband met een beperkt aantal ziekenhuizen (universitaire en hospitalen waar veel sociaal zwakkeren worden opgenomen). De kans is vanzelfsprekend reëel dat de ziekenhuisdirecties het gemiste bedrag in hun budget van financiële middelen aan de artsen zullen doorrekenen.

Het desbetreffend K.B. werd inmiddels uitgevaardigd en gepubliceerd (K.B. 10.11.2006, B.S. 24.11.2006, Ed. 2). Het VBS-bestuurscomité besliste er een verzoekschrift tot nietigverklaring tegen in te dienen (cfr. Punt VI). Dit gebeurde samen met de Syndicale Kamer der geneesheren van de Brusselse agglomeratie. Om praktische redenen kon de BVAS pas op 24.01.2007 daar in volgen.

Tegen deze achtergrond en in de politieke richting die SP.A voorzitter Johan VANDE LANOTTE op de 1-meiviering 2006 had aangekondigd tegen de supplementen (cfr. Punt III.4.) kwam de

¹⁴² K.B. van 26.11.2006 tot uitvoering van art. 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een geneesheer-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige (B.S. 15.12.2006).

¹⁴³ <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/collaboration/grading/pdf/letter01.pdf>

gezondheidswet tot stand (¹⁴⁴). Inclusief zijn hoofdstuk VIII – Ziekenhuis – Afdeling 1 – Beperking van de supplementen ten laste van de patiënt. De lezing - en herlezing – van de artikelen 43 tot en met 47 blijft abracadabra en heeft ondermeer voor fricties gezorgd tussen de top van de FOD Volksgezondheid en de RIZIV-top, omdat er geen overleg zou zijn geweest.

De vermenging van de ziekenhuiswet, in het bijzonder van artikel 138 § 2, met de ZIV-wet leidt tot problemen. Ik had dat ook op 06.12.2006 in het parlement gemeld als knelpunt aan de leden van de Senaatscommissie voor Sociale Aangelegenheden tijdens de vergadering die de Commissie organiseerde over de administratieve vereenvoudiging.

Om toe te laten dat pediaters, zoals alle andere ziekenhuisartsen, voor patiënten opgenomen in een individuele kamer toch een supplement zouden mogen vragen, dient er, ondermeer en conform artikel 47 § 2 van de Gezondheidswet van 13.12.2006, een K.B. te worden getroffen dat een advies heeft gekregen van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

De BVAS blijft van oordeel dat de mogelijkheid tot het vragen van een eigen honorarium – door de politiek vertaald in “supplement” – een hoeksteen is van het akkoordensysteem. Dit laat toe dat de Belgische gezondheidszorg erg toegankelijk is omdat de conventietarieven laag zijn. Het dreigement dat deze mogelijkheid zou verdwijnen, zelfs op eenpersoonskamers, leidde tot de overweging om het akkoord van 20.12.2005 op te zeggen voor het jaar 2007. Als ondertekenende partij diende de BVAS dat te doen vóór 01.12.2006 (¹⁴⁵).

Er werd koortsachtig gezocht naar een oplossing om uit het politiek imbroglio te geraken en op 06.11.2006 vond een topontmoeting plaats met de top van het RIZIV, van het kabinet DEMOTTE en van de BVAS. De moeizaam onderhandelde afspraken en het ontwerp van K.B. over de supplementen dat op 13.11.2006 unaniem werd goedgekeurd door de Medico-mut, werden goedgekeurd door de Raad van bestuur van de BVAS dd. 15.11.2006 en de storm ging luwen (¹⁴⁶).

Razernij stak op toen bleek dat SP.A-minister van begroting Freya VANDEN BOSSCHE, op bevel van haar partijvoorzitter Johan VANDE LANOTTE, haar “Fuck-me-botjes” (¹⁴⁷) voor het voorstel stak. Tijdens een nieuw onderhoud met de top van het RIZIV en het kabinet Sociale Zaken en Volksgezondheid, nu uitgebreid met VBS-lid en kinderarts, Dr. Myriam AZOU, en Renaat SCHROTEN als afgevaardigde van minister VANDEN BOSSCHE, bleek dat de SP.A. binnen de regering een spelletje één tegen allen speelde.

De eindejaarsperiode en de trouwerij van minister VANDEN BOSSCHE in Phuket, Thailand, verdrongen de problemen heel even naar de achtergrond, om daags vóór de ministerraad van 12.01.2007 weer in alle hevigheid los te barsten. Als BVAS-voorzitter bezorgde ik per mail een ultimatum aan premier Guy VERHOFSTADT en zijn vier vice-premiers, Didier REYNERS (MR), Freya VANDEN BOSSCHE (SP.A.), Patrick DEWAELE (VLD) en Laurette ONKELINX (PS), met kopij aan minister Rudy DEMOTTE, dat alle verdere samenwerking binnen de Nationale commissie artsen – ziekenfondsen onmogelijk zou maken. Ook de Vlaamse pediaters oefenden langs alle mogelijke wegen druk uit en haalden met kinderarts en VBS-lid Dr. Philippe ALLIET het TV1 journaal van 19 uur dd. 10.01.2007.

Via collega Yolande AVONTROODT, VLD-volksvertegenwoordiger, werd rechtstreeks druk uitgeoefend bij premier Guy VERHOFSTADT. Tijdens de ministerraad zelf werd, via via via,

¹⁴⁴ Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid (B.S. 22.12.2006. Ed. 2.).

¹⁴⁵ Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2003-2007. Punt 16.2.1. (B.S. 23.01.2006).

¹⁴⁶ « BVAS zegt conventie niet op ». De Huisarts. Nr. 807. 23.11.2006.

¹⁴⁷ Door De Standaard geïntroduceerde term die op de 3^{de} plaats staat als woord van het jaar 2006. De Standaard online eindejaarspoll 2006.

tussengekomen door mezelf en BVAS-ondervoorzitter Dr. Jacques DE TOEUF. VERHOFSTADT en REYNDERS wogen blijkbaar meer dan VANDEN BOSSCHE en ONKELINX, en uiteindelijk werd een politiek akkoord bereikt (¹⁴⁸). De perscommuniqués van 12.01.2007 spraken weliswaar alleen maar over het verstrakken van de supplementenregeling in ziekenhuisverband. Het duurde nog tot de volgende ministerraad dd. 19.01.2007 dat in een nieuw persbericht werd vermeld dat de kinderartsen aan patiënten opgenomen in een individuele kamer en mits een aparte schriftelijke vraag van de begeleidende ouder, toch een eigen honorarium (“supplement”) mogen vragen(¹⁴⁹).

Vergeten we ondertussen niet dat vanaf 01.01.2007 ook het akkoord van 20.12.2005 werd uitgevoerd dat het toezichtshonorarium van de pediaters met 50% opwaardeert. Kostprijs: 7,5 miljoen €.

V.6. Accreditering

In de loop van 2006 besliste de accrediteringsstuurgroep om het Belgisch systeem van accreditering te laten aansluiten bij wat internationaal bestaat. Na grondig overleg werd een overeenkomst afgesloten tussen de RIZIV accrediteringsstuurgroep en de European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME). Dit orgaan werd opgericht in de schoot van de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Het overleg RIZIV-EACCME verliep via de actieve tussenkomsten van UEMS-secretaris-generaal en VBS-penningmeester, Dr. Bernard MAILLET. Het contract werd op 25.11.2006 ondertekend door Dr. Zlatko FRAS, als voorzitter van de UEMS en door ondergetekende, als voorzitter van de accrediteringsstuurgroep van het RIZIV.

Een eerste praktisch gevolg is dat de navorming sinds 01.01.2007 niet meer wordt gewaardeerd in “navormingseenheden (NE)” maar in “credit points (CP)”. Jammer genoeg hebben we moeten vaststellen dat de “learning on distance” via informaticatoepassingen moeilijk op kruissnelheid raakt omdat er bezwaren ontstonden vanuit de wetenschappelijke bank van de huisartsen, ondersteund door de Christelijke Mutualiteiten, tegen de sponsoring door de firma Pfizer van een veel door huisartsen gebruikte toepassing, met name de on-line zelfevaluatie en zelfstudie methode van “excelensis”.

Omdat elkeen beseft dat deze vorm van “op afstand navorming” belangrijke financiële inspanningen vergt, wordt er actief naar aanvaardbare alternatieven gezocht. RIZIV-administrateur-generaal, Jo DE COCK, suggereerde om naar een gemengde vorm van financiering te zoeken waar privé en overheid samen dergelijke initiatieven kunnen ondersteunen. In zijn vergadering van 17.01.2007 leek de stuurgroep deze ontwikkeling wel genegen en er werden al informele contacten gelegd.

Traditiegetrouw geven we ook weer de stand van zaken weer betreffende de graad van accreditering onder de artsen. Tabel 21 rangschikt de specialismen van meest naar minst geaccrediteerden op datum van 1 februari 2007 en vergelijkt met 1 februari 2006. Tabel 22 bekijkt de evolutie van de percentages sinds deze gegevens werden geregistreerd in het systeem dat eind 1993 werd geconcipieerd en dat op 08.03.1994 van start ging.

¹⁴⁸ « Mais si, les suppléments restent possibles ». Le Généraliste. N° 813. 18.01.2007.

¹⁴⁹ « Supplementen : harde onderhandelingen ». Elektronische Artsenkrant. 17.01.2007.

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2006 - 01.02.2007

2007		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden	
		01.02.2006	01.02.2007	01.02.2006	01.02.2007	01.02.2006	01.02.2007
	Artsen 001-002	2.340	2.217	0	0	0,00	0,00
	Huisartsen 003-004	14.162	14.295	9.816	9.912	69,31	69,34
	Huisartsen 005-006	671	554	0	0	0,00	0,00
	Huisartsen 007-009	976	907	0	0	0,00	0,00
	TOTAAL	18.149	17.973	9.816	9.912	54,09	55,15
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	3.635	3.606	0	0	0,00	0,00
1	Dermato-venerologie	676	686	539	546	79,73	79,59
2	Ofthalmologie	1.021	1.034	793	808	77,67	78,14
3	Gastro-enterologie	482	501	359	378	74,48	75,45
4	Pneumologie	392	408	289	304	73,72	74,51
5	Neurologie	256	275	186	201	72,66	73,09
6	Pathologische anatomie	296	310	214	226	72,30	72,90
7	Radiologie	1.523	1.566	1.104	1.121	72,49	71,58
8	Fysische geneeskunde en fysiotherapie	472	483	335	343	70,97	71,01
9	O.R.L.	612	627	432	442	70,59	70,49
10	Urologie	368	373	247	259	67,12	69,44
11	Cardiologie	901	921	606	628	67,26	68,19
12	Radiotherapie	170	182	115	123	67,65	67,58
13	Psychiatrie	1.569	1.628	1.035	1.091	65,97	67,01
14	Gynaecologie-verloskunde	1.350	1.388	868	902	64,30	64,99
15	Reumatologie	255	256	169	166	66,27	64,84
16	Nucleaire geneeskunde	319	320	208	207	65,20	64,69
17	Orthopedie	952	964	589	604	61,87	62,66
18	Inwendige geneeskunde	2.078	2.114	1.276	1.305	61,41	61,73
19	Anesthesie	1.848	1.915	1.142	1.181	61,80	61,67
20	Pediatrie	1.443	1.485	866	892	60,01	60,07
21	Klinische biologie	711	709	417	425	58,65	59,94
22	Chirurgie	1.513	1.526	697	729	46,07	47,77
23	Neurochirurgie	170	178	78	83	45,88	46,63
24	Neuropsychiatrie	477	460	211	212	44,23	46,09
25	Stomatologie	302	305	121	129	40,07	42,30
26	Plastische chirurgie	215	224	86	85	40,00	37,95
	TOTAAL SPECIALISTEN	20.371	20.838	12.982	13.390	63,73	64,26
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	24.006	24.444	12.982	13.390	54,08	54,78
	ALGEMEEN TOTAAL	42.155	42.417	22.798	23.302	54,08	54,94

Bron : RIZIV; Accrediteringsstuurgroep. 01.02.2007

Tabel 21

Evolutie % accreditering

Jaar	Huisartsen (003-004)		Algemeen geneeskundigen (000 t.e.m. 009)		GSO	Specialisten		Totaal	
	A	B	A	B	A*	A	B	A	B
1996	12.294	66,0	16.515	49,1	3.383	16.049	55,6	35.947	47,4
1997	12.548	72,0	16.940	53,4	3.314	16.390	67,8	36.644	55,0
1998	12.776	73,7	17.211	53,0	3.394	16.846	67,3	37.451	54,6
1999	13.025	75,0	17.349	56,3	3.450	17.273	72,3	38.072	58,5
2000	13.252	71,8	17.692	53,8	3.404	17.638	67,1	38.734	55,2
2001	13.477	72,4	17.917	54,5	3.456	18.126	67,4	39.499	55,7
2002	13.640	72,5	18.205	54,3	3.363	18.565	67,7	40.153	55,9
2003	13.781	70,0	18.224	52,9	3.459	19.069	64,8	40.752	54,0
2004	13.953	70,3	18.279	53,6	3.698	19.462	65,0	41.439	54,2
2005	14.040	70,9	18.332	54,3	3.505	19.872	66,0	41.713	55,3
2006	14.162	69,3	18.149	54,1	3.635	20.371	63,7	42.155	54,1
2007	14.295	69,3	17.973	55,1	3.606	20.838	64,3	42.417	54,9

1996 – 1997 : stand op 1 januari; vanaf 1998 stand op 1 februari

Tabel 22

A = absoluut aantal

B = % geaccrediteerd

A* = geneesheer-specialisten in opleiding kunnen in principe niet geaccrediteerd zijn

Bron: RIZIV; VBS-jaarverslagen Dr. M. MOENS

VI. JURIDISCHE PROCEDURES

Hieronder wordt een beknopte samenvatting gegeven van de verschillende uitspraken die het gevolg zijn van een vordering tot nietigverklaring die werd ingeleid of medegefinancierd door het VBS. In praktijk moeten we vaststellen dat, niettegenstaande een positieve uitspraak, dit in praktijk maar weinig gevolgen heeft voor de geneesheren op het terrein. Enerzijds verlopen er altijd meerdere jaren tussen het inleiden van de vordering en de uitspraak. De geneesheren hebben ondertussen moeten leren leven en werken met de opgedrongen nieuwe situatie. Anderzijds kan de nietigverklaring van de gehekelde bepaling in de praktijk zelden of nooit omgezet worden in een vordering voor de burgerlijke rechtbanken om een vergoeding te bekomen voor de geleden (financiële) schade.

Gezien de financiële middelen van het VBS beperkt zijn dient, vooraleer beslist wordt een vordering tot nietigverklaring in te leiden bij het bevoegde rechtscollege, nog meer dan voorheen, grondig nagedacht te worden over de opportuniteit op midden- en lange termijn van een dergelijke vordering. Een positieve uitspraak, vele jaren na de feiten, die dode letter blijft omdat de geneesheren op het terrein de zaak om praktische redenen niet meer kunnen rechtzetten, heeft, behalve om principiële redenen, geen enkel nut. Een aanfluiting van de rechtstaat, waar de doorsnee Belg blijkbaar heeft (moeten) leren mee leven.

VI.1. Vorderingen door het VBS ingeleid in 2006.

VI.1.1. De medische oncologie

Het bestuurscomité heeft beslist om zowel een vordering tot opschorting en tot nietigverklaring in te dienen tegen het K.B.⁽¹⁵⁰⁾ waarbij de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie toegevoegd wordt aan de lijst van bijzondere beroepstitels als tegen het MB⁽¹⁵¹⁾ waarbij de criteria bepaald worden waaraan de geneesheren drager van deze titel moeten beantwoorden. Meer commentaar hierover vindt U onder punt (cfr. VIII.4.3.).

VI.1.2. Het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Het KB van 10 november 2006⁽¹⁵²⁾ tot wijziging van het KB van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen bevat een aantal bepalingen waarbij voorwaarden worden gesteld aan de toekenning van de derde schijf van 100 miljoen euro die tot doel heeft de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen weg te werken. Deze financiële middelen worden voorbehouden aan de ziekenhuizen die geen ereloon-supplementen aanrekenen in twee- of meerpersoonskamers. Indien niet geconventioneerde geneesheren ereloon-supplementen blijven aanrekenen voor deze gehospitaliseerde patiënten zal het ziekenhuis 21/33 sten van dit inhaalbedrag verliezen. De praktijk heeft aangetoond dat de beheerders van de ziekenhuizen al vlug de berekening gemaakt hebben van de misgelopen financiering en de rekening aanbieden aan de Medische Raad met het verzoek dit bij te passen. Welke zin heeft het nog voor de geneesheren om zich in de toekomst te deconventioneren? Door de financiering van de ziekenhuizen te bepalen in functie van het al dan niet vragen van supplementen

¹⁵⁰ K.B. van 24.05.2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde. (B.S. 14.06.2006)

¹⁵¹ M.B. van 29.05.2006 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie, evenals van stagemeesters en stagediensten voor deze disciplines (B. S. van 14.06 2006)

¹⁵² B. S. van 24.11.2006

in twee- of meerpersoonskamers wordt de contractuele vrijheid in het kader van het akkoordensysteem herleid tot een lege doos.

VI.2. Uitspraken of afstand van geding.

VI.2.1 “en in de geriatrie”

Ingevolge een al dan niet gewilde onnauwkeurigheid werd de bijzondere beroepstitel “en in de geriatrie” geschrapt uit de lijst van de bijzondere beroepstitels ⁽¹⁵³⁾. Dit had tot gevolg dat de geneesheren houders van deze bijzondere beroepstitel deze bijkomende competentie verloren. Dank zij een actieve lobbying van het VBS en de BVAS en mede namens de druk uitgeoefend via het indienen van een vordering tot nietigverklaring van dit KB, werd bekomen dat deze fout zonder verder verwijl werd rechtgezet. Bij KB van 8 maart 2006 verschenen in het Belgisch Staatsblad van 3 april 2006 werd deze bijzondere beroepstitel opnieuw ingevoegd in de lijst van de bijzondere beroepstitels. Na publicatie van dit KB deed het VBS afstand van de vordering ingeleid bij de Raad van State.

VI.2.2. Besparingen in de fysische geneeskunde.

Eind 2000 werden door de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Frank VANDENBROUCKE, een aantal besparingsmaatregelen uitgevaardigd niettegenstaande een negatief advies van de TGR ⁽¹⁵⁴⁾ ten einde de uitgaven voor de gezondheidszorgen binnen de budgettaire perken te houden. Een van de maatregelen bestond in de schrapping van de prestaties 558854-865 (drie- dimensionele studie van de wervelkolom) en 558714-725 (therapeutische golven met elektromagnetische energie – korte golven) ⁽¹⁵⁵⁾. De terugbetaling van deze prestaties werd geschrapt in hoofde van de geneesheren-specialisten fysische geneeskunde maar werd, begrijpe wie kan, behouden in hoofde van de kinesitherapeuten. De Raad van State besliste tot de vernietiging van de schrapping van deze prestaties gezien deze schrapping op onvoldoende wijze gemotiveerd werd ⁽¹⁵⁶⁾.

VI.2.3. Kerngeneeskunde – jaarlijks heffing door het FANC ⁽¹⁵⁷⁾ ten laste van de laboratoria in vivo

In 2003 heeft het VBS haar financiële steun verleend aan de Belgische beroepsvereniging van geneesheren - specialisten in de Kerngeneeskunde in het kader van een vordering tot nietigverklaring ingeleid bij de Raad van State tegen een heffing voor de behandeling van kernafval in het kader van de uitbating van een laboratorium in vivo. De Raad van State in haar arrest nr. 164.522 van 8 november 2006 heeft de artikelen 2 en 7 van het aangevochten besluit vernietigd in de mate dat de jaarlijkse heffing aan hoger vermelde laboratoria niet de vergoeding betreft van een door de FANC verstrekte dienst aan desbetreffende laboratoria.

VI.2.4. De ergospirometrie

Om de uitgaven van de ziekteverzekering binnen de perken te houden, nam Minister Frank VANDENBROUCKE in 2002 een reeks besparingsmaatregelen. In de cardiologie werden o.m. de

153 K.B. van 10.08.2005 tot wijziging van het K.B. van 25.11.1991 houdende de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde met inbegrip van de tandheelkunde. - B.S. 05.09.2005

¹⁵⁴ Technisch Geneeskundige Raad.

155 KB van 8.12.2000 houdende wijziging van het 14 december 1994 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 16.01.2001)

156 Arrest van de Raad van State nr. 154.359 van 31.01.2006

157 Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle

terugbetaling van de ergospirometrie aan heel strikte voorwaarde onderworpen (¹⁵⁸). Het gevolg was dat het voor de pneumologen, quasi onmogelijk werd om de ergospirometrie nog verder te attesteren, terwijl deze prestatie noodzakelijk is voor de diagnose van een aantal longpathologieën en terwijl ze behoort tot de nomenclatuur pneumologie. De Raad van State heeft deze bepaling vernietigd omwille van het gebrek aan motivatie (¹⁵⁹). Bij KB van 26.03.2003 (¹⁶⁰) werd deze verstrekking opnieuw toegankelijk gemaakt voor de pneumologen, maar onder bepaalde voorwaarden. Voor de cardiologen werd de toegankelijkheid niet verruimd. Dit besluit werd op zijn beurt vernietigd door de Raad van State (¹⁶¹) omwille van een gebrek aan motivatie van de hoogdringendheid die het mogelijk moet maken om af te wijken van de geëigende procedure om een ontwerp voor advies voor te leggen aan de Sectie wetgeving van de Raad van State. Eind goed al goed. De beschrijving van de ergospirometrie is met andere woorden in zijn oorspronkelijk versie hersteld.

VI.2.5. De transthoracale mono- en bidimensionele echografie (460412-460423) (¹⁶²)

Naar aanleiding van een vordering ingeleid door de Beroepsvereniging van Cardiologen heeft de Raad van State de schrapping van de transthoracale mono en bidimensionele echografie in art. 17§1 en 17bis §1 van de nomenclatuur vernietigd (¹⁶³). De overheid had nagelaten deze schrapping op een afdoende wijze te rechtvaardigen. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat ondertussen de nomenclatuur in verband met de medische beeldvorming grondig gewijzigd werd in 2003. Alleen artikel 17ter en 17 quater zijn toegankelijk voor niet-radiologen. De schrapping van de prestatie werd dus ongedaan gemaakt voor de radiologen die geen vragende partij waren bij deze vordering. Voor de cardiologen die wel vragende partij waren bij deze vordering is deze gunstige uitspraak van de Raad van State een maat voor niets gezien zij door de nomenclatuurwijziging van 2003, geen toegang hebben tot art. 17 §1 en 17bis (¹⁶⁴).

VII. NUMERUS CLAUSUS

Op 14.09.2006 kreeg de Planningscommissie medisch aanbod Dr. Karel VERMEYEN als nieuwe voorzitter in opvolging van Dr. Jean-Paul DERCQ (¹⁶⁵). Onder druk van de Franstaligen had de Commissie op 30.06.2006 beslist om minister DEMOTTE voor te stellen het quotum artsen dat jaarlijks toegang kan krijgen tot de geneeskundige verzorging binnen het kader van het RIZIV te verhogen van 833 voor het jaar 2012 naar 1025 voor het jaar 2013. De ministerraad van 20.07.2006 beperkte de toename voor 2013 echter tot 975. Ook qua differentiatie van het toegelaten aantal

¹⁵⁸ KB van 10 juni 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 29.06.2002)

¹⁵⁹ Arrest van de Raad van State nr 160273 van 19.06.2006

¹⁶⁰ K.B. van 23.03.2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 31.03.2003)

¹⁶¹ Arrest van de Raad van State nr 159.179 dd 23.05.2006

¹⁶² KB van 10.06.2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen – (B.S. 29.06.2002)

¹⁶³ Arrest nr. 160.274 van de Raad van State dd 19.06.2006

¹⁶⁴ Koninklijk besluit van 26 maart 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. In voege 01.04.2003 (B.S. 31.03.2003)

¹⁶⁵ K.B. van 01.09.2006 tot wijziging van het K.B. van 31.07.2004 houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie Medisch aanbod (B.S. 14.09.2006).

specialisten wijkt het K.B. dienaangaande (¹⁶⁶) enigszins af van de voorstellen van de Planningscommissie. De samenvatting van de verschillende koninklijke besluiten sinds het begin van de regelgeving wordt voor de globale cijfers weergegeven in tabel 23 en de uitsplitsing over de verschillende specialismen in tabel 24.

K.B. van 08.12.2006 tot wijziging van het K.B. van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 22.12.2006. Ed.2)

	Aantal artsen			Huisartsen			Specialisten		
	Totaal	N	F	Totaal	N	F	Totaal	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2012	833	500	333	358	215	143	475	285	190
2013*	975	585	390	419	251	168	556	334	222

Tabel 23

* beslissing ministerraad 20.07.2006. De Planningscommissie had op 30.06.2006 een verhoging tot 1.025 voorgesteld.

K.B. 08.12.2006 tot wijziging van het K.B. van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 22.12.2006. Ed. 2)

(minimum aantal kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding tot 2012)

Geneesheer-specialist in	Totaal	N	F
Anesthesie-reanimatie	45	24	21
Chirurgie, orthopedie, urologie, plastische heilkunde	41	24	17
Neurochirurgie	3	2	1
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynaecologie-verloskunde	15	8	7
Oftalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Inwendige geneeskunde, cardiologie, reumatologie, gastro-enterologie, pneumologie, waarvan minstens (...) kandidaten inwendige geneeskunde	76 (20)	44 (12)	32 (8)
Geriatric	10	6	4
Pediatrie	22	12	10
Physiotherapie	6	3	3
Klinische biologie	11	8	3
Röntgendiagnose	22	12	10
Radiotherapie	5	3	2
Nucleaire geneeskunde	4	2	2
Pathologische anatomie	4	2	2
Acute geneeskunde	10	6	4
Urgentiegeneeskunde	5	3	2
Totaal	361	213	148

Tabel 24

¹⁶⁶ K.B. van 08.12.2006 tot wijziging van het K.B. van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod.

Op 21.02.2006 had een VBS-BVAS delegatie een ontmoeting met het College van decanen van de faculteiten geneeskunde van de Franstalige Gemeenschap van België.

Zonder tot concrete afspraken te komen, werden wel een aantal hete hangijzers besproken. De import van ziekenhuisgeneesheren vanuit het buitenland en in het bijzonder de interesse vanuit Roemenië voor de Belgische specialistische geneeskunde en de beroepsuitoefening door algemeen geneeskundigen met RIZIV-code 000 en 009 en door huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis stelden de grootste problemen (¹⁶⁷).

Mijn pleidooi om voor de “instellingsartsen” – een groep die volgens RIZIV-ramingen ruim 2500 collegae telt die noch specialist noch huisarts zijn – een eigen statuut uit te werken werd door de Franstalige decanen afgewezen. De reden was vermoedelijk dat ik deze nieuwe groep artsen binnen het bij K.B. vastgelegd contingent wil houden. Struisvogelpolitiek mag mijn inziens in deze niet langer worden getolereerd. We zien her en der advertenties in medische bladen waar ziekenhuizen huisartsen rekruteren om de opnames te doen en zaaltoezicht te houden. Dit is geen gezonde situatie: als een specialist zo gehyperspecialiseerd is geworden dat een huisarts hem moet bijstaan om nog enige holistische kijk op de opgenomen patiënt te krijgen, dan is het duidelijk dat de specialistische opleiding van de artsen haar doel is voorbij geschoten.

Bovendien is het onaanvaardbaar dat, op een moment dat sommige regio's stilaan leeglopen qua huisartsen, ziekenhuizen als huisarts erkende collegae lokken die zich om allerlei redenen graag terugtrekken in een verzorgingsinrichting. Als er niet wordt ingegrepen zal dit fenomeen verstrekkende gevolgen kennen vanaf +/- 2015, het moment dat de huisartsen van de babyboomgeneratie met honderden tegelijk met pensioen zullen willen gaan.

VIII. IN VOGELVLUCHT

VIII.1. Pediatrie

Sinds 2003 is er ononderbroken beroering geweest onder de pediaters, met als eerste orgelpunt de betoging van 7 mei 2004 tegen de onderfinanciering, de te zware werkdruk in de ziekenhuizen en ontwerp van het zorgprogramma pediatrie dat de politiek had gedistilleerd uit de studie van de professoren Paul CASAER en Luc CANNOODT. Het werd bijna “KAN NOOIT”.

De VBS-beroepsvereniging, samen met de Academie voor kindergeneeskunde en de Vereniging van locoregionale ziekenhuiskinderartsen met zijn voorzitter Dr. Armando BARILLARI, gedragen door het voltallig BVAS-bestuur, in het bijzonder door de voorzitter van de Kamer van Oost-en West-Vlaanderen, Dr. Yves LOUIS, zelf pediater, hebben sindsdien onverdroten geijverd om hun rechtmatige eisen te realiseren.

Dit is grotendeels gelukt (cfr. Punt V.5.) omdat de druk continu op de ketel werd gehouden en acties werden gevoerd zoals de goed opgevolgde staking van 16.06.2006. De onrealistische eisen van het zorgprogramma pediatrie werden voor een belangrijk deel gereduceerd, ondermeer wat de continue aanwezigheid van een pediater in het ziekenhuis betreft.

¹⁶⁷ “Instellingsartsen bevinden zich in juridisch vacuüm”. Artsenkrant. Nr. 1736. 24.02.2006.

Toch blijft nog een donkere wolk hangen boven een aantal, vooral Vlaamse, ziekenhuizen met een kinderafdeling. De aandacht voor de follow-up van het K.B. over het zorgprogramma pediatrie (¹⁶⁸) mag niet verzwakken.

Trouwens, om de eigen honoraria (“supplementen”) veilig te stellen, moet het K.B. waarover sprake in artikel 47 van de gezondheidswet van 13.12.2006 nog bekrachtigd worden bij wet en dit binnen de 18 maanden (¹⁶⁹).

In 2006 kreeg de Belgische pediatrie een verdiende opsteker. Prof. Em. Dr. Paul CASAER (KUL) en Prof. Dr. Jose RAMET (VUB), beiden trouwe VBS-leden, werden tijdens de lentemeeting van de “Royal College of Paediatrics and Child Health” in het Britse York benoemd tot “Honorary fellow” of the Royal College of Paediatrics and Child Health. Paul CASAER en Jose RAMET zijn de eerste Belgen die deze eer te beurt valt (¹⁷⁰).

VIII.2. Psychiatrie

Het ganse jaar 2006 stond de psychiatrie om meerdere redenen in de belangstelling. Er was een mini-rel tussen minister van Justitie Laurette ONKELINX en de Vlaamse minister van Volksgezondheid Inge VERVOTTE over de opvang van geïnterneerden (¹⁷¹). De Vlaamse regering maakte de federale regering diets dat in Franstalig België de geïnterneerden gevangenen zijn, maar in Vlaanderen patiënten.

Het fenomeen depressie kreeg grote aandacht in de media, vooral in de Vlaamse (¹⁷²).

En de strijd om de psychoanalyse woedde heviger dan ooit. Niet alleen tussen echte en vermeende psychologen, maar ook tussen de psychologenlobby en de psychiaters. VBS en BVAS gingen daarover tweemaal samen discuten op het kabinet DEMOTTE, en deden belangrijke wijzigingen aanbrengen aan het wetsontwerp over de psychotherapie. Een delegatie van BVAS nam deel aan het door minister DEMOTTE georchestreerd symposium “Geestelijke gezondheidszorg: een basissector die erkend moet worden” (¹⁷³).

Dr. Geert DOM, die namens de beroepsbeoefenaars - psychiaters – en als enige psychiater tegenover een dozijn andere sprekers, -logen en -peuten van allerhande slag – even het woord kreeg stond tegenover een vijandig auditorium.

Op de persconferentie van 31.01.2007 (¹⁷⁴) speelde het overkoepelende “Plate-forme” van (vooral Franstalige) organisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg op veilig. Psychiaters werden er niet aan het woord gelaten en zelfs niet uitgenodigd. Minister DEMOTTE kwam er wel zijn sympathie betuigen.

¹⁶⁸ K.B. van 13.07.2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het K.B. van 25.11.1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie “chirurgische daghospitalisatie” moet voldoen om te worden erkend (B.S. 16.08.2006).

¹⁶⁹ Art. 46 van de Wet van 13.12.2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid stelt : *“De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, na advies van de Nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de draagwijdte van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen wijzigen. De besluiten genomen krachtens dit artikel, houden op uitwerking te hebben 18 maanden na hun publicatie, tenzij ze voor die dag bij wet zijn bekrachtigd”*. (B.S. 22.12.2006 Ed. 2)

¹⁷⁰ Persbericht 13.04.2006. U.Z. Leuven. Nieuws en evenementen. <http://www.uzleuven/nieuws/index.cfm>.

¹⁷¹ « Een geïnterneerde is geen gevangene. » Inge Vervotte. *Opinie*. De Standaard. 07.02.2006.

¹⁷² O.a. artikelenreeks “Anders omgaan met stress en depressie”. De Standaard 11, 12 en 13.04.2006.

¹⁷³ “De geestelijke gezondheidszorg. Een sector die erkend moet worden. Albert Hall Complex, 1040 Brussel. 26.04.2006.

¹⁷⁴ Persconferentie: « De geestelijke gezondheidszorg binnen een wettelijke regeling ? ». 31.01.2007. VUB. Trefcentrum. Y. Pleinlaan, Etterbeek.

Uit de informatie die we indirect verkregen blijkt de discussie nog altijd om een nauwelijks gewijzigde variant van hetzelfde wetsontwerp van begin 2006 te gaan (¹⁷⁵).

Namens VBS en BVAS bezorgden we op 09.01.2006 een analyse van het ontwerp aan de voorzitter van de Commissie Sociale Zaken van de Senaat, Mevrouw Annemie VAN DE CASTEELE. Het leitmotiv daarbij was dat aan het millennium oude basisprincipe “Mens sana in corpore sano” niet kan geraakt worden. Als lichaam en geest worden gescheiden, zoals nogal wat psychologen nastreven, kan dit alleen ten kwade keren van de patiënt. Onder het mom de patiënt te willen beschermen tegen allerlei pseudo-peuten, wil een groep psychologen de artsen gewoon uit de geestelijke gezondheidszorg weren. Het is onbegrijpelijk dat minister DEMOTTE deze groep ter wille wil zijn. Hij schenkt klaarblijkelijk meer aandacht aan deze Franstalige lobbygroep dan aan vragen van parlementariërs. Op 24.10.2006 slaagde DEMOTTE er in om te antwoorden met het door zijn medewerkers voorbereid antwoord op een andere vraag van SPIRIT-kamerlid Annemie POPPE (¹⁷⁶). Zij stelde een vraag over het stijgend aantal gedwongen opnames in de psychiatrie, terwijl de minister antwoordde op de situatie van de allochtonen in de psychiatrie. Dit bracht Mevr. POPPE er toe zich boos te maken over de houding van DEMOTTE: “Psychiatrie interesseert DEMOTTE niet” debiteerde ze in de media. Psychologen en psychotherapie door niet artsen blijkbaar des te meer (¹⁷⁷).

In de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen werd het advies over de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg in het kader van het wetsontwerp op de lange baan geschoven.

De sector van de kinderpsychiatrie blijft het moeilijk hebben en wordt overbevraagd (¹⁷⁸). In het RIZV kreeg de sector heel wat aandacht, ondermeer wat de geplande daling van het remgeld betreft. Een reeks verstrekkingen werden gerealiseerd binnen de nieuwe liaison kinder- en jeugdpsychiatrie voor rechthebbenden opgenomen op de dienst pediatrie E/230 en een code voor de psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere beneden de 18 jaar werd ingevoegd in de nomenclatuur (¹⁷⁹). Deze nomenclatuur ging op 01.07.2006 in voege.

VIII.3. Ophtalmologie

De Dienst voor geneeskunde evaluatie en controle (DGEC) onderzoekt bepaalde ingrepen. Vóór hen ontvingen de orthopedisten al een waarschuwing als ze teveel gecompliceerde “carpal tunnels” opereerden en de urologen als er eigenaardigheden te merken waren bij de totale prostaatsecties.

In maart 2006 ontvingen honderden ophtalmologen een brief betreffende een “Evaluatieproject in verband met endotheelceltelling (ECT)” (nomenclatuurcodenummer 248953-248964). De DGEC besloot dat de ECT te frequent werd aangerekend bij cataractoperaties. De Belgische Beroepsvereniging van Oogheelkundigen weerlegde deze bemerking die door de DGEC wordt rondgestuurd als preventieve en instructieve maatregel.

Na jaren wachten, en na het uitlokken van een incident met minister Freya VANDEN BOSSCHE door een klachtenbrief van ondergetekende als BVAS-voorzitter aan premier Guy VERHOFSTADT over het slecht functioneren van het kabinet van Begroting bij de behandeling

¹⁷⁵ Voorontwerp van wet ter invoeging van een Hoofdstuk III in het K.B. van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, betreffende de reglementering van de uitoefening van geestelijke gezondheidsberoepen.

¹⁷⁶ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. Integraal verslag. Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. 24.10.2006. Voormiddag. CRIV/51 COM 1070 blz. 1 en 2.

¹⁷⁷ « Psychiatrie interesseert Demotte niet ». De Huisarts. Nr. 804. 02.11.2006.

¹⁷⁸ “Dubbel zoveel kinderpsychiaters nodig”. Het Volk. 04.10.2006.

¹⁷⁹ Koninklijk besluit van 10.06.2006 tot wijziging van de bepalingen van de artikelen 2 en 25, §§ 1 en 2, d, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 19.06.2006);

van nomenclatuurdossiers (¹⁸⁰, ¹⁸¹), werd in 2006 eindelijk het dossier strabisme gepubliceerd dat al sinds 2004 stof lag te vergaren bij Freya VANDEN BOSSCHE (¹⁸²). Het ging op 01.12.2006 in voege.

Zal in 2007 de Budgetcontrolecommissie eindelijk het licht op groen zetten voor de faco-emulsificatie (het bijkomend budget van 1 miljoen € werd goedgekeurd) en de extra-muros cataract operaties? De inspanningen worden verdergezet, ook wat de voorstellen tot vernieuwing van de nomenclatuur betreft die onder leiding van Dr. Christa VAN DEN NESTE al in 2004 werd uitgewerkt (¹⁸³).

VIII.4. Andere dossiers

Vele andere dossiers worden door het Uitvoerend Comité en het Bestuurscomité opgevolgd. Te veel om er in extenso te kunnen blijven bij stilstaan. In turbo-stijl sommen we er enkele op.

VIII.4.1. De ontwikkelingen in de urgentie- en acute geneeskunde, en de opvolging van het dossier over het brevet acute geneeskunde dat – tegen het advies in van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen – blijft toegekend worden aan huisartsen, terwijl specialisten worden uitgesloten (¹⁸⁴).

VIII.4.2. De saga van de erkenning van de B1 B2 en B3 centra in de cardiologie, die menige frontpagina van de kranten haalde. Het wellicht goed bedoeld origineel K.B. van DEMOTTE werd, om een lokale Gentse situatie in een bepaalde richting te duwen, door minister Freya VANDEN BOSSCHE omgetoverd in een systeem waar Vlaanderen van Ieper tot diep in de Kempen, een B3 centrum of een veelvoud van B3 centra per stad kan verwerven. En dat op een ogenblik dat wereldwijd het aantal cardiochirurgische ingrepen drastisch daalt ten gevolge van de snel groeiende mogelijkheden van de interventionele vasculaire interventie door cardiologen.

Volgens de Amerikaanse publieke opinie blijft het te bereiken doel blijkbaar er snel genoeg bij te zijn om een infarct te behandelen (¹⁸⁵). USA Today baseerde zich op een artikel in de “New England Journal of Medecine” (14.11.2006 maar elektronisch gereleased op 12.11.2006). De boodschap daar was dat balloon angioplastie de beste weg is om een hartaanval te behandelen.

VIII.4.3. Door de komst als raadgever op het kabinet van minister DEMOTTE van Prof. Dr. Dominique DE VALERIOLA, dochter van cardioloog en oud-burgemeester van Seneffe, Dr. Yvon DE VALERIOLA, en medisch directeur van het Brusselse Bordetinstituut, moest alles wat de voorbije 10 jaar moeizaam werd opgebouwd in de oncologie er aan geloven. De lobby van Prof. Dr. Simon VAN BELLE, werkzaam in het UZ Gent als door zichzelf erkend medisch oncoloog, schafte de bijkomende beroepstitel “en in de oncologie” af en creëerde de basisberoepstitel “medisch oncoloog” (¹⁸⁶). Terwijl de meeste internisten-oncologen en de “orgaanspecialisten-oncologen”

¹⁸⁰ « Freya Vanden Bossche botst met artsen ». De Standaard. 17.03.2006.

¹⁸¹ « Dossiers bloqués.. Lettre ouverte de l'ABSyM au premier ministre Guy Verhofstadt ». Le Généraliste. N° 775. 16.03.2006.

¹⁸² K.B. van 28.09.2006 tot wijziging van de artikelen 14, h), § 1,I, 6° en § 2, en 25, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 11.10.2006).

¹⁸³ « Oogartsen luiden alarmklok. » De overheid moet dringend werk maken van nieuwe en moderne preventieve en curatieve oogzorg, zoniet zal dat op termijn leiden tot meer en ernstiger pathologie ». Artsenkrant. Nr. 1652. 18.02.2005.

¹⁸⁴ VBS-jaarverslag 2005 . Hoofdstuk VII.7. De Geneesheer-Specialist. Speciaalnummer. Maart 2006.

¹⁸⁵ “Hospitals drop ball on heart attacks. Study finds only 35% react quickly enough”. USA Today. N° 4629. Monday, November 13, 2006.

¹⁸⁶ « De oncologie puzzel ». Dr. Marc Moens. De Geneesheer-Specialist. Nr. 4. Juli 2006.

graag en constructief willen samenwerken is er een harde kern die voor grote problemen blijft zorgen.

Als het ego gestreeld is en het geprivilegieerde voorschrift van de meeste cytostatica voor die vooral academische lobby van medisch oncologen is veilig gesteld, is alles in orde. K.B.'s en wetten worden via de bevriende club wel aangepast. Dat daardoor de werking van goed functionerende zorgprogramma's oncologie in gevaar komt, is voor hen bijkomstig.

Prof. VAN BELLE heeft zijn voorzitterschap van het College van oncologie misbruikt om een advies aan minister DEMOTTE te geven over het oprichten van "borstklinieken". Hij beroept zich daarbij op een artikel uit het K.B. over het zorgprogramma oncologie (¹⁸⁷) dat stelt dat voor uitzonderlijke tumoren aparte centra moeten worden opgericht. Een tumor die 1/10 Belgische vrouwen treft hoort daar ons inziens niet bij.

Over oncologie werd in 2006 in allerlei officiële en minder officiële organen gedebatteerd en geruzied. Er moet dringend "iets" gebeuren om uit het door onco-lobbyisten gecreëerde vacuüm te geraken.

In de marge ontspon zich een publiek debat over de kostprijs van de anti-kankermedicijnen en over de zin en/of onzin van kankerscreening. De steeds kritische arts-epidemioloog Dr. Luc BONNEUX, ex-medewerker van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, zwengelt hier bij graag de discussie aan (¹⁸⁸, ¹⁸⁹).

Het is trouwens opvallend dat Cochrane studies die (zeer) negatief uitvallen voor vb. borstkankerscreening, overal doodgezwegen worden, niet alleen in de algemene pers maar zelfs in instituten die er van overtuigd zijn dat ze de objectieve wijsheid in pacht hebben (¹⁹⁰). Tegen politieke haren in strijken durven blijkbaar noch journalisten noch wetenschappers.

IX. BESLUIT

Een klacht van alle Belgen is dat onze maatschappij juridisch-technisch en administratief dermate ingewikkeld is geworden dat men er in verloren loopt. Het is niet alleen meer de "haves" tegen de "haves not", maar steeds meer de "knows" tegen de "don't knows". Zelfs een ijverige staatssecretaris voor administratieve vereenvoudiging kan daar blijkbaar niet tegen op. Zeker niet in de gezondheidszorg.

De politisering dringt als maar dieper door in onze beroepsuitoefening. Zorg moet koel en berekend gemanaged worden alsof het een textiel- of automobielbedrijf ware. Van de artsen wordt echter algehele inzet verwacht en een deskundigheid en vakbekwaamheid die onbegrensd en onberispelijk is, op straffe van boetes waarvan de artsen de soorten en de hoegrootheden niet meer kunnen bijhouden.

¹⁸⁷ K.B. van 21.03.2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend. (B.S. 25.04.2003).

¹⁸⁸ « Het kankerdilemma. Niemand kan snappen dat prullen worden terugbetaald maar een werkzaam medicijn voor een doodzieke patiënt niet ». De Morgen. 29.12.2006.

¹⁸⁹ « Van gezondheidszorg naar verwezenzorg ». De Standaard. 29.12.2006.

¹⁹⁰ « Screening for breast cancer with mammography ». P.C. Gotzsche and M. Nielsen. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006 Issue 4. 18.10.2006.

En dat allemaal voor een prijsje en met een reglementitis tot de dood er op volgt. Van de patiënt of van het artseneroep?

Als de Overheid de groeinorm verlaagt van 4,5 naar 3.0 % (zoals sommigen plannen) en onze index niet garandeert, kunnen wij en willen wij onze kwaliteitsvolle zorg niet verder verlenen.
We laten ons niet kisten! Samen zijn we sterk!

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal
Brussel
03.02.2007

Hoorzitting Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Vlaams Parlement, 28.03.2006
Tekst Dr. Marc MOENS, voorgesteld door Dr.Jur. Ingrid DREEZEN

Kritische punten

- 1) De encryptering wordt slechts gebruikt voor informatieverzending via Internet. In bepaalde omstandigheden worden de gegevens ontsleuteld.
- 2) De gegevens van het intermediair bestand worden overgemaakt aan “de administratie”.
- 3) De Vlaamse Regering controleert de systemen van anonimisering, encryptering, codering zonder inbreng van de betrokken beroepsgroep.
- 4) Er worden automatisch gegevens onttrokken vanuit het verplicht gezondheidsinformatiesysteem.
- 5) De patiënt wordt geacht stilzwijgend in te stemmen met de verwerking van zijn gegevens.
- 6) Weigering door de patiënt tot opname van zijn gegevens is zeer moeilijk en wordt bestraft.
- 7) Zorgverleners worden verplicht tot “loyale” medewerking waardoor het medisch geheim wordt gereduceerd tot een lege schelp.

Algemeen besluit

Het valt op dat de Vlaamse Regering meer met zichzelf bezig is geweest in dit ontwerp van Decreet dan met de gezondheidszorg van de Vlaamse burger. FlaHealth voert als het ware opbod tegen BeHealth.

Uit de besprekingen in de groep Visie van BeHealth blijkt duidelijk dat er geen enkel overleg is tussen de federale groep rondom BeHealth en de Vlaamse groep die zich bezighoudt met het gezondheidsinformatiesysteem. Sinds de adviezen van 29.08.2003 en van 10.05.2004 van de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer aan de vorige Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen blijkt er geen enkel gestructureerd overleg meer te zijn geweest.

In het Vlaams ontwerp van Decreet wordt de autonomie van de burger/patiënt miskend. De patiënt wordt er niet gezonder van en hij verkrijgt niet gemakkelijker toegang tot zorg, wel integendeel. De zorgverlener wordt verpletterd door bijkomende administratieve verplichtingen, bovenop en naast de federale.

Sommige artikelen zoals 48 en 49 getuigen van een totalitaire visie van de of van sommige stellers van dit ontwerp van decreet ten opzichte van de burger/patiënt en burger/arts of burger/andere zorgverlener. De ongelooflijk ingewikkelde regelgeving die een “werkbare” verhouding zou moeten opleveren tussen de federale Kruispuntbank met zijn eigen toezichtcomité, de federale Commissie tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de federale sectorale comités en de organen die zullen ontstaan in de meanders van het Vlaams gezondheidsinformatiesysteem zullen een vette kluiif vormen voor de Raad van state en eventueel voor het Grondwettelijk Hof. De vis wordt zeer deskundig verdronken.

Voor de verstreckers zit er alleen maar overlast in, en voor de patiënt vooral meer risico op schending van zijn privacy. Het boekje van Karin Spaink “Medische geheimen. Risico’s van het elektronisch patiëntendossier”¹⁹¹ zou verplichte lectuur moeten zijn vooraleer men zich aan de redactie van Be- of FlaHealth waagt.

¹⁹¹ Nijgh & Van Ditmar // XS4ALL internet; 2005.

Het is het volste recht van de Vlaamse regering om de splitsing van de gezondheidszorg na te streven. Uit de arresten van het Arbitragehof blijkt trouwens dat dit hoogste Belgische rechtsorgaan steeds meer en meer ingaat op gerechtvaardigde eisen van de Vlaamse regering¹⁹²

Maar het is onaanvaardbaar dat de Vlaamse regering zijn desiderata wil afdwingen door zijn zorgverleners en burgers overbodige en contraproductieve administratieve verplichtingen in competitie met de federale overheid op te leggen.

De zorg dreigt te imploderen omdat de gezondheidszorgverstrekkers er binnenkort de brui zullen aan geven. Dit ontwerp van Decreet is de manier bij uitstek om kandidaat zorgverleners af te schrikken om in een gezondheidszorgberoep te stappen, niet in het minst wat de huisartsgeneeskunde en de verpleegkunde betreft.

Dr. Marc MOENS
25.03.2006.

¹⁹² Cfr. ondermeer het arrest 147/2005 van 28.09.2005 dat het verzoekschrift tot nietigverklaring heeft verworpen dat werd ingediend door BVAS en VBS tegen het Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 03.03.2004 betreffende de eerste lijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders.