

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 7 / OKTOBER 2002**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## TOEKOMST VAN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE ANNO 2002

*Deze tekst vormt de basis van een uiteenzetting die Dr. Marc MOENS gaf tijdens het Jubileum Symposium d.d. 14.9.2002 in de St. Jozef Kliniek te Bornem.*

Geachte Dames en Heren,  
Geachte Collegae,

### I. INLEIDING

Vooraf wens ik het bestuur, de medische staf en de collegae van de huisartsenvereniging Klein-Brabant te feliciteren ter gelegenheid van de viering van het vijftigjarig bestaan van de Sint-Jozefkliniek te Bornem en de organisatoren te danken voor de vriendelijke uitnodiging om als spreker deel te nemen aan Uw symposium.

Bij de aanvang van een nieuw millennium de toekomst van de specialistische geneeskunde schetsen, is voorwaar geen gemakkelijke opdracht. Ik waag me dus niet aan een wetenschappelijke kristallen bol, die ik dan best discipline per discipline zou raadplegen. Dus geen high-tech vooruitzichten, geen genetic engineering, noch moleculaire diagnostische bespiegelingen. Ik zal me beperken tot een aantal feitelijke gegevens die rechtstreeks impact hebben op de toekomstige beroeps- en sociale situatie van de artsen (-specialisten). Enerzijds het aantal artsen dat binnen de klassieke structuur van het RIZIV zal kunnen (mogen) werken en de budgettaire situatie. En anderzijds de nieuwe verantwoordelijkheden die de artsen worden opgelegd ten gevolge van de stapsgewijze uitvoering van de op 11 september 2001 door minister Frank VANDENBROUCKE en toenmalig minister Magda AELVOET aangekondigde "Agenda 2002 voor verandering in de gezondheidszorg".

### II. PLANNING VAN HET AANTAL ARTSEN

Met 42.978 artsen voor 10.279.000 Belgen kent België, op Italië na, de hoogste artsensiteit in de Westerse wereld : 42 artsen per 10.000 inwoners of 1 arts per 238 Belgen (tabel 1).

	TOTAAL (1)	MET KLINISCHE PRAKTIJK (2)	ZONDER KLINISCHE PRAKTIJK (1)
Huisartsen	19.493	13.365 (3)	6.128
Specialisten	20.056	18.008	2.048
Geneesheer-specialisten in opleiding	3.429	3.429	0
	42.978	34.802	8.176

Tabel 1

(1) Worden beschouwd als zonder klinische praktijk :

- alle geneesheren ouder dan 75 jaar
- arbeidsgeneesheren
- geneesheren die niet erkend zijn door het RIZIV

(2) Worden beschouwd als met klinische praktijk :

- alle andere geneesheren

(3) Waarvan 9.883 geaccrediteerden : zij verrichten 97 % van de door het RIZIV geregistreerde huisartsenprestaties

Bron : (1) (2) Dienst Geneeskundepraktijk, Ministerie van Volksgezondheid; aantallen d.d. 31.12.2001

(3) Accrediteringsstuurgroep, RIZIV

Niet alle artsen werken binnen de klassieke RIZIV-structuur. Het Ministerie van Volksgezondheid klasseert deze groep onder de noemer “zonder klinische praktijk”. Het betreft arbitrair alle 75-plussers, de erkende arbeidsgeneesheren en de niet door het RIZIV erkende artsen.

6.128 huisartsen op 19.493 of 34 % vallen onder deze categorie tegenover 2.048 specialisten op 20.056 of 10 %. Van de 13.365 huisartsen met praktijk zijn er een kleine 10.000 geaccrediteerd. Zij presteren +/- 97 % van de door het RIZIV getarifeerde huisartsenprestaties.

Zoals steeds moeten cijfers dus met de nodige voorzichtigheid worden benaderd, zeker wanneer men wil voorspellen wat de toekomstige noden aan de verschillende disciplines zullen zijn.

Een fenomeen dat hierbij ook steeds naar voor wordt geschoven is de vervrouwelijking van het medisch beroep (tabel 2).

	Totaal aantal	mannen		vrouwen	
		absoluut	%	absoluut	%
1950	8.685	-	-	-	-
1960	11.730	-	-	-	-
1970	14.887	13.585	91,3	1.294	8,7
1980	24.536	20.733	84,5	3.803	15,5
1990	34.275	26.484	77,3	7.791	22,7
2001	42.978	29.454	68,5	13.524	31,5

Bron : Dienst Geneeskundepraktijk, ministerie van Volksgezondheid

Tabel 2

Tot 1970 was minder dan 10 % der artsen vrouw. In 2001 is bijna één op drie artsen van het vrouwelijk geslacht.

Toevallig is 31,5 % ook het percentage vrouwelijke huisartsen : 6.135 op 19.493.

Het aantal erkende vrouwelijke specialisten ligt wat lager : 5.760 op 20.056 of gemiddeld 28,7 % (tabel 3). Uitgesplitst per discipline varieert het aandeel van de dames van 57,5 % in de dermato-venerologie tot 5,4 % in de orthopedie. Tot de top vijf horen eveneens de psychiaters (55,4 %), patholoog-anatomen (52,0 %), oftalmologen (48,1) en pediaters (46,7). De vijf minst vrouwelijke specialismen zijn, naast de orthopedie, de urologie (6,0 %), de neurochirurgie (9,0), de chirurgie (10 %) en – merkwaardig, ook een interne discipline – de cardiologie (14,7).

Rangschikking feminisering	Specialisme	Totaal aantal	% vrouwen
1	Dermato-venerologie	631	57,5
2	Psychiatrie	529	55,4
3	Pathologische anatomie	250	52,0
4	Oftalmologie	1.001	48,1
5	Pediatrie	1.413	46,7
6	Neurologie	176	44,3
7	Arbeidsgeneeskunde	768	43,0
8	Radiotherapie	230	37,8
9	Nucleaire geneeskunde	130	36,9
10	Klinische biologie	773	35,7
11	Fysische geneeskunde	440	34,8
12	Anesthesiologie	1.609	33,0
13	Gynecologie-verloskunde	1.303	31,2
14	Reumatologie	246	30,9
15	ORL	590	28,1
16	Neuropsychiatrie	1.395	24,6
17	Pneumologie	313	21,1
18	Inwendige Geneeskunde	2.190	20,8
19	Radiodiagnose	1.504	20,4
20	Gastro-enterologie	387	19,4
21	Plastische chirurgie	168	18,5
22	Stomatologie	327	16,5
23	Cardiologie	797	14,7
24	Chirurgie	1.536	10,0
25	Neurochirurgie	133	9,0
26	Urologie	348	6,0
27	Orthopedie	869	5,4
	Totaal	20.056	28,7

Bron : Dienst geneeskundepraktijk, ministerie van Volksgezondheid

Tabel 3

Bij de geneesheer-specialisten in opleiding (tabel 4) bengelen dezelfde specialisaties aan de staart qua keuze door jonge vrouwelijke artsen, weliswaar met beduidend hogere participatiegraad en in een andere volgorde : urologie (11,1 %), neurochirurgie (15,6 %), orthopedie (17,1 %), cardiologie (26,1 %) en chirurgie (27,7 %).

De opvallendste nieuwkomer in de top vijf zijn ongetwijfeld de G.S.O.'s in de gynecologie-verloskunde : 114 van de 167 kandidaat-specialisten of 68,3 %.

Rangschikking feminisering	Specialisme	Totaal aantal	% vrouwen
1	Reumatologie	11	81,8
2	Dermato-venerologie	69	79,7
3	Pediatrie	257	74,3
4	Gynecologie-verloskunde	167	68,3
5	Oftalmologie	85	67,1
6	Radiotherapie	40	65,0
7	Arbeidsgeneeskunde	31	64,5
8	Klinische biologie	69	63,8
9	Pathologische anatomie	40	62,5
10	Fysische geneeskunde	72	61,1

11	Psychiatrie	281	60,1
12	Pneumologie	42	57,1
13	Nucleaire geneeskunde	23	56,5
14	Stomatologie	23	52,2
15	ORL	84	51,2
16	Neurologie	88	47,7
17	Inwendige Geneeskunde	624	46,0
18	Anesthesiologie	514	42,8
19	Radiodiagnose	186	40,9
20	Gastro-enterologie	40	37,5
21	Plastische chirurgie	33	30,3
22	Chirurgie	350	27,7
23	Cardiologie	88	26,1
24	Orthopedie	164	17,1
25	Neurochirurgie	45	15,6
26	Urologie	63	11,1
	Totaal	3.489	47,5

Bron : Dienst geneeskundepraktijk, ministerie van Volksgezondheid

Tabel 4

Bijna de helft (47,5) van de specialisten in opleiding zijn dames. Het wordt dus hoog tijd dat de terminologie wordt veranderd naar arts-specialist.

In het Belgisch Staatsblad van 14 juni 2002 werd via het K.B. van 30.05.2002 de planning van het medisch aanbod vastgelegd (tabel 5). Tot 2011 werd het totaal aantal artsen dat binnen de RIZIV-structuur kan functioneren vastgelegd op een jaarlijks quotum van 700, taakkundig verdeeld in 420 Vlamingen en 280 Franstaligen. De cijfers voor 2005 en 2006 werden opgetrokken tot 700. Het K.B. legde de opsplitsing tussen huisartsen (300) en specialisten (400) slechts vast tot 2006 uit voorzichtigheidsoverwegingen. Als er een tekort zou ontstaan, zou het zich eerst manifesteren in de huisartsenpopulatie.

Jaar	Aantal Artsen			Huisartsen			Specialisten		
	Totaal	N	F	Totaal	N	F	Totaal	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	<b>700</b>	<b>420</b>	<b>280</b>	300	180	120	<b>400</b>	<b>240</b>	<b>160</b>
2006	<b>700</b>	<b>420</b>	<b>280</b>	300	180	120	<b>400</b>	<b>240</b>	<b>160</b>
2007	700	420	280	(300)	(180)	(120)	(400)	(240)	(160)
2008	700	420	280	(300)	(180)	(120)	(400)	(240)	(160)
2009	700	420	280	(300)	(180)	(120)	(400)	(240)	(160)
2010	700	420	280	(300)	(180)	(120)	(400)	(240)	(160)
2011	700	420	280	(300)	(180)	(120)	(400)	(240)	(160)

Tabel 5

(...) cijfers beslist door de planningscommissie van 21.12.2001, maar niet weerhouden in het K.B.

De cijfers in vetjes zijn een verhoging t.o.v. het oorspronkelijk K.B. van 07.11.2000 (B.S. 08.12.2000)

Bron : Belgisch Staatsblad 14.06.2002

Het K.B. van 30 mei 2002 heeft ook quota vastgelegd voor de verschillende specialistische disciplines en uitgesplitst per taalrol (tabel 6). Hierbij werd niet systematisch de verdeelsleutel 60 % Nederlands- en 40 % Franstaligen gehanteerd. Er werd, discipline per discipline, rekening gehouden met de bestaande situaties en noden en met de feminisatie. Het gebruikte wiskundig model hanteert de sleutel dat vrouwelijke collegae gemiddeld 20 % minder presteren dan de gemiddelde mannelijke collegae. Opmerkelijk is dat voor sommige "kleinere" specialismen er minder kandidaten zullen worden toegelaten dan er universitaire opleidingsmogelijkheden zijn (stomatologie, fysiotherapie, radiotherapie,

nucleaire geneeskunde en pathologische anatomie). Zeventig plaatsen van de 400 werden niet toegewezen om toekomstige noden en discussies op te vangen.

Disciplines die geen RIZIV-uitgaven genereren, zoals de specialisten in het beheer van de gezondheidsgegevens, in de medisch-gerechtelijke en in de arbeidsgeneeskunde, vallen buiten het contingent.

	Totaal	N	F
Geneesheer-specialist in			
Anesthesie-reanimatie	45	24	21
Chirurgie, orthopedie, neurochirurgie, urologie, plastische heelkunde	44	26	18
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynecologie-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	70	40	30
Pediatrie	22	12	10
Fysiotherapie	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
<b>TOTAAL</b>	<b>330</b>	<b>194</b>	<b>136</b>

Tabel 6

P.S. 1. Vallen buiten de ZIV-quota : de geneesheer-specialist in :

- het beheer van de gezondheidsgegevens
- de medisch-gerechtelijke geneeskunde
- de arbeidsgeneeskunde

2. De 70 niet toegewezen specialisaties op de jaarlijkse 400 vormen een reserve om toekomstige noden op te vangen.

Bron : Belgisch Staatsblad 14.06.2002

De invoering in 1997 van het toegangsexamen in Vlaanderen vóór het eerste jaar geneeskunde, heeft het aantal generatiestudenten in de geneeskundestudies drastisch doen dalen. Van 1.160 in 1996 naar 692 in 1997 en 377 in 1998 (tabel 7).

In 1997 werd, na protest, slechts de helft van het examen in aanmerking genomen, met name alleen het gedeelte i.v.m. de attitude ("vermogen tot het verwerven en verwerken van informatie"). Vanaf 1998 telde ook de wetenschappelijke helft mee ("kennis en inzicht in de wetenschappen"). Sindsdien ligt het aantal beginners in Vlaanderen lager dan het aantal van 420 dat na 2004 binnen het RIZIV aan de slag kan.

Academiejaar	Vlaanderen (1)	Franstalig België (2)	Totaal (3)	% vrouwen (4)
50-51	-	-	1.192	10,8
60-61	-	-	1.349	14,2
70-71	-	-	3.182	25,0
80-81	-	-	2.548	38,2
90-91	-	-	2.193	55,8
91-92	-	-	2.183	55,2

92-93	1.144	974	2.118	55,9
93-94	1.034	994	2.028	56,6
94-95	1.185	693	1.878	56,0
95-96	1.171	957	2.128	56,1
96-97	1.160	892	2.052	59,8
97-98	692	889	1.581	60,7
98-99	377	858	1.235	62,3
99-00	345	870	1.215	-
00-01	361	817	1.178	-

Tabel 7

Bronnen : (1) <http://www.vlir.be>  
(2) <http://www.cref.be>  
(3) Universitaire Stichting  
(4) BIGE, compendium gezondheidsstatistiek 2001

Behalve een dip in 1994, wijzigde het aantal beginnende Franstalige studenten zich nauwelijks in diezelfde periode. Er werd ook niets georganiseerd om de instroom te beperken zodat er nu honderden kandidaat-geneeskundestudenten zijn die in een zeer betreurenswaardige situatie zijn terecht gekomen. Want ook de beloofde "passerelles" naar andere of nieuwe studierichtingen werden onvoldoende uitgebouwd.

### III. BUDGETTAIRE SITUATIE

Voor de Vlaamse VLD-voorzitter, Karel DE GUCHT, munt uit in het stigmatiseren van artsen in verband met de stijgende gezondheidsuitgaven. Dat hij de schuld dan vooral bij de Franstalige artsen en ziekenhuizen legt is voor de Vlaamse collegae maar een schrale troost. De kostenexplosie is vooral buiten de artsenhonoraria en buiten de verpleegdagprijs te zoeken. Van de 100 miljard BEF budgettoename in 2000 en 2001 ging er slechts 1,5 miljard BEF echt naar de artsenhonoraria.

Van 1990 tot 2000 stegen de totale uitgaven voor de geneeskundige verzorging jaarlijks gemiddeld met 5,92 % (tabel 8). Een aantal financieel zwaar doorwegende sectoren zit daar sterk boven, zoals vb. de farmaceutische verstrekkingen (7,58 %), de RVT/ROB en Dagcentra (13,51 %), de implantaten (10,33 %), de daghospitalisatie (13,09 %).

Omschrijving (item-nummer)	Gem. Jaarl. Procent. toename	Uitgaven 1990	Uitgaven 2000
		(in miljoen BEF)	
1. Geestelijke gezondheidszorg (16)	190,30	4,7	2.927,0
2. Bijzonder fonds (19)	87,67	0,3	162,6
3. Militair hospitaal –all in prijs (12)	29,28	11,6	162,9
4. Logopedie (20)	26,64	111,6	1.184,2
5. Menselijke weefsels (31)	19,17	11,7	67,6
6. Revalidatie en herscholing (18)	17,31	1.822,6	8.994,5
7. RVT/ROB/Dagcentra (15)	13,51	9.531,4	33.846,1
8. Daghospitalisatie algemene ziekenhuizen (13)	13,09	2.606,4	9.025,0
9. Andere plaatsing- en reiskosten (22)	10,38	101,8	273,5
10. Implantaten (7)	10,33	3.621,1	9.675,9
11. Hon. verpleegkundigen (thuisverzorging) (4)	8,96	9.951,0	21.535,8
12. Verzorging bandagisten, orthopedisten (6)	8,54	1.978,9	4.490,9
13. Farmaceutische verstrekkingen (3)	7,58	46.419,3	96.348,0
14. Verzorging door audiciens (9)	7,47	290,4	596,8
15. Dialyse (14)	6,08	787,4	1.420,4
<b>TOTAAL GENEESKUNDIGE VERZORGING</b>	<b>5,92</b>	<b>285.239,6</b>	<b>507.028,8</b>

<b>16. Honoraria van tandheekkundigen (2)</b>	<b>5,65</b>	<b>9.278,4</b>	<b>16.082,6</b>
<b>17. Regularisaties en herfacturatie (23)</b>	<b>5,52</b>	<b>-1.114,6</b>	<b>-1.906,9</b>
<b>18. Verpleegdagprijs (11)</b>	<b>5,34</b>	<b>69.598,0</b>	<b>117038,2</b>
<b>19. Medisch-psychiatrische centra (21)</b>	<b>5,32</b>	<b>306,3</b>	<b>514,1</b>
<b>20. Verzorging door kinesitherapeuten (5)</b>	<b>3,99</b>	<b>10.515,5</b>	<b>15.555,0</b>
<b>21. Honoraria van geneesheren (1)</b>	<b>3,44</b>	<b>118.783,1</b>	<b>166.557,0</b>
<b>22. Verlossingen door vroedvrouwen (10)</b>	<b>1,88</b>	<b>186,9</b>	<b>225,2</b>
<b>23. Verzorging door opticiens (8)</b>	<b>1,35</b>	<b>265,2</b>	<b>303,1</b>

Bron : RIZIV, berekeningen Dr. M. MOENS

Tabel 8

De honoraria der geneesheren – in absolute cijfers de zwaarste post – staat slechts op de 21<sup>ste</sup> plaats met een bescheiden jaarlijks gemiddeld groeipercentage van 3,44 %.

Hierin zitten zowel de toenemende behoeften, de toegestane wettelijke groeinorm, de index, het stijgend aantal artsen verstrekkers en de groeiende cohorte personeelsleden die vanuit deze honoraria worden betaald.

Geen enkele van de medische subsectoren komt boven het gemiddelde groeipercentage van de totale geneeskundige verzorging uit (tabel 9). De “sterkste” stijger is de heelkunde (5,68 %). De zogenaamd intellectuele acten scoren zeer magertjes en de klinische biologie lijkt statu quo te blijven. Als men ook rekening houdt met de factor inflatie (index der consumptieprijzen 12/1990 : 108,08 en 12/2000 : 131,59), dan stegen de uitgaven nauwelijks in reële termen en voor de klinische biologie zakten ze met +/- 20 % over deze periode van 11 jaar.

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

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. MOENS

	Gemiddelde jaarlijkse procentuele toename	1990	2000
<b>TOTAAL AANTAL ARTSEN</b>	2,06	34.275	42.036

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

Tabel 9

Sinds het aantreden van minister VANDENBROUCKE werd er zeer sterk bespaard op de medische honoraria, via allerlei technieken. Verminderingen van verstrekkingen van de nomenclatuur (tabel 10.1), quasi exclusief in de specialistische geneeskunde; inleveringen

via recuperatiemechanismen in de medische beeldvorming en de klinische biologie (tabel 10.2), het knipperlichtensysteem en tenslotte indexinhoudingen (tabel 10.3).

Bedragen in miljoen BEF	2001	2002	2003
<b>1. Besparingen via de nomenclatuur</b>			
• « Eénmalige » besparing klinische biologie 2000 (akkoord NCGZ 01.12.1999) unilateraal bestendigd door F. VANDENBROUCKE	1.200	1.200	1.200
• K.B. 08.12.2000 (B.S. 16.01.2001) (o.a. cardio, speciale verstrekkingen)			
- in voege 01.03.2001	542	650	650
- in voege 01.09.2001	203	609	609
• K.B. 30.05.2001 (B.S. 01.06.2001 (o.a. radiologie, dringende verstrekkingen) : in voege 01.06.2001	651	1.116	1.116
• (Nog) niet-uitgevoerde punten van het akkoord NCGZ van 18.12.2000 :			
- pediatrie (voorzien budget 160)	121	0	0
- oftalmologie (voorzien budget 165)	124	0	0
- multidisciplinair oncologisch consult (voorzien budget 200)	200	150	0
- huisartsen * wachtdienst			
(voorzien budget : 2001 : 60	60	0	0
2002 : 100	0	50	0
* multipel bezoek (voorzien budget 65)	65	16	0
• Nieuwe besparingen NCGZ 17.12.2001 : algemene nomenclatuur : deels in voege 01.03.2002 en deels 01.09.2002	0	1.095	1.667
• Uitvoering regeringsbeslissing 2001 : extra besparing			
- radiologie : NCGZ 17.12.2001, in voege 01.03.2002	0	540	648
- klinische biologie via forfaitaire honoraria : NCGZ 21.01.2002	0	514	0
• Overheveling budget klinische biologie naar B7	0	107	?
<b>SUBTOTAAL</b>	<b>3.166</b>	<b>6.047</b>	<b>5.890</b>

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. MOENS

Tabel 10.1

	2001	2002	2003
<b>2. Besparingen via terugvorderingen</b>			
* Klinische biologie (art. 59 G.V.U.-wet)			
. 50% recuperatie overschrijding 1999 + 2000	883	883	0
. 50% recuperatie overschrijding 2001	0	1.353	1.353
. 50% recuperatie overschrijding 2002	0	0	927
* Radiologie (art. 69 G.V.U.-wet)			
. 100% recuperatie overschrijding 1999 + 2000	1.521	0	0
. 50% recuperatie overschrijding 2001	0	1.328	1.328
. 50% recuperatie overschrijding 2002	0	0	338
<b>SUBTOTAAL</b>	<b>2.404</b>	<b>3.564</b>	<b>3.946</b>

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. MOENS

Tabel 10.2

<b>3. Besparingen via « Knipperlichten »-K.B. 05.10.1999 (B.S. 09.11.1999) in uitvoering art. 51 G.V.U.-wet</b>			
* Dialyse-honoraria : nefrologen	203	0 (?)	0 (?)
<b>4. Indexinlevering 01.01. tot 30.06.2002 (K.B. 12.12.2001; B.S. 28.12.2001) of alternatief</b>			
2,82 % index slechts over 6 maand (of alternatief)	0	2.500	0

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. MOENS

Tabel 10.3

Het knipperlichtensysteem bestaat er in dat, indien het budget dreigt overschreden te worden, de Overheid ambtshalve een tariefvermindering kan opleggen. Zo werd de nierdialyse van 01.09 tot 31.12.2001 bedacht met een inlevering van 15 %. Dankzij een stakingsactie van de specialisten in de ziekenhuizen en ondanks knipperende lichten in andere geneesherensectoren, werd geen bijkomende besparing opgelegd via dit systeem aan de artsen. Uiteraard hield de minister de andere – door hem zelf in de wet uitgewerkte – besparingsmaatregelen achter de hand.

Voor 2001 kennen we het bedrag aan besparingen inmiddels : 5.773 miljoen BEF (tabel 10.4). Voor 2002 wordt de inlevering door artsen geraamd op 12,1 miljard BEF. En voor 2003 ligt nu al een besparing vast van een kleine 10 miljard BEF. Vermits dit in het nieuwe jargon “maar” een kwart miljard euro is, zal de minister van begroting dit allicht maar een detail vinden .



	2001	2002	2003
Bedragen in miljoen BEF			
1. Via de nomenclatuur	3.166	6.047	5.890
2. Via terugvorderingen	2.404	3.564	3.946
3. Via "knipperlichten"	203	?	?
4. Via index	0	2.500	?
TOTAAL	5.773	12.111	9.836

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. MOENS

Tabel 10.4

Bij de start van de discussie omtrent de begroting gezondheidszorgen 2003, gaat men er van uit dat in 2002 het politiek vastgelegd budget van 580,1 miljard BEF met 7,2 miljard BEF zal worden overschreden, vermits de technische ramingen uitkomen op 587,3 miljard (tabel 11).

I. GLOBAAL (bedragen in miljard BEF)	
<b>2002</b>	
Begrotingsdoelstelling (politiek) :	580,1
Technische raming (behoeften) :	587,3
Overschrijding :	7,2
<b>2003</b>	
Normbedrag (artikel 40 G.V.U.-wet):	600,3
Technische raming (behoeften) :	620,1 (*)
Verschil :	19,8 (*)

\* Buiten index; in prijzen 2002

Bron : RIZIV; nota C.G.V. nr. 2002/221 d.d. 2.9.2002

Tabel 11

De zorgverstrekkers hadden in het najaar 2001 een budget van 600 miljard BEF gevraagd voor het begrotingsjaar 2002. Dit was een realistische inschatting : als men de actuele technische raming 2002 (587,3) samentelt met de besparingen in de sector medische honoraria (12,1) vindt men een bedrag in die grootte-orde. Een andere zeer belangrijke inlevering werd gezocht bij de kinesitherapeuten.

Sectoren waar vooral werknemers tewerkgesteld zijn, bleven als bij wonder quasi vrijgesteld van belangrijke besparingen.

Om aan de behoeften 2003 te kunnen voldoen volgens de RIZIV technische ramingen, zou bijna 20 miljard BEF moeten worden toegevoegd aan het wettelijk vastgestelde normbedrag, index niet meegerekend (à 1,37 % is dit 8,2 miljard BEF) en evenmin rekening houdend met nieuwe initiatieven in 2003 en de verdere uitvoering van de in 2002 opgestarte initiatieven (samen geraamd op 20 miljard BEF) of een algemeen totaal van ± 648,5 miljard BEF.

Voor de artsenhonoraria (tabel 12) wordt een toename van de behoeften met 8,6 miljard BEF verwacht. Ten opzichte van de begrotingsdoelstelling 2002 is dit 11,8 miljard BEF meer, buiten index.

II. ARTSENHONORARIA (bedragen in miljard BEF)	
<b>2002</b>	
Begrotingsdoelstelling (politiek) :	180,1
Technische raming (behoeften) :	183,3
Overschrijding :	3,2
(waarvan +/- 1,8 klinische biologie	
+/- 0,7 medische beeldvorming	
+/- 0,7 speciale vertrekkingen en heelkunde)	
<b>2003</b>	
Technische raming (behoeften) :	191,9 (*)
Verschil :	8,6 (**)

\* Buiten index; in prijzen 2002

\*\* zonder nieuwe initiatieven

Bron : RIZIV; nota C.G.V. nr. 2002/221 d.d. 2.9.2002

Tabel 12

De ziekenhuisfinanciering kampt met een structurele onderfinanciering, geraamd op 17 miljard BEF. Wat niet uit de verpleegdagprijs kan worden betaald, verhaalt de ziekenhuisbeheerder op de artsenhonoraria. Een daling van de honoraria en een gelijkblijvende afdracht aan het ziekenhuis betekent dus een exponentiële inlevering door de artsen.

De nieuwe financieringstechniek voor de ziekenhuizen vanaf 1 juli 2002 brengt vele onzekerheden mee voor de ziekenhuisdirecties. Sommige ziekenhuizen zullen er op vooruitgaan, anderen gaan inleveren.

De drastische bezuinigingen in de medisch-technische disciplines maken de eventuele boni ongedaan die de ziekenhuizen daaruit tot nog toe putten om andere verlieslatende diensten of functies in stand te houden.

Budgettair zullen er dus nog harde noten te kraken vallen.

#### **IV. VERANTWOORDELIJKHEDEN**

Momenteel wordt er gesleuteld aan een ontwerp van wet die de individuele responsabilisering van de verstrekkers aanscherpt. In se gaat het om alle soorten van verstrekkers, maar in eerste instantie viseert men de artsen, zowel huisartsen als specialisten.

Merkwaardig genoeg blijven in de huidige ontwerp teksten de ziekenhuisbeheerders buiten schot. In de beste der werelden zal het niet voorkomen dat ziekenhuisbeheerder, direct of indirect, de artsen tot hogere consumptie van medisch-technische verstrekkingen aansporen. Ook artsen zullen in deze ideale wereld nooit niet adequate onderzoeken verrichten. Jammer genoeg leven we niet in een ideale wereld, maar wel in een gejuridiseerde maatschappij, waar alles dermate overgereguleerd is, dat willekeur om de hoek loert.

Als de wetgever meent dat een crescendo nodig is in de monitoring, bewaking en bestraffing van artsen, menen de artsen dat dezelfde maatregelen zich opdringen t.o.v. de ziekenhuisbeheerders. In de huidige versie van het ontwerp beperkt de wettelijke responsabilisering zich tot de enge betekenis van "terugbetalen door de artsen wat onverantwoord door de ZIV werd uitgekeerd".

In de context van het geneesmiddelenverbruik worden besprekingen gevoerd om de terugbetaling van de geneesmiddelen uit hoofdstuk IV (de Bf-categorie), niet langer op strikt economische basis te schoeien, maar op medisch verantwoorde criteria. De initieel voorziene terugvordering van de bedragen voor eventueel niet conform voorgeschreven medicatie verdween uit het ontwerp en werd vervangen door andere maatregelen. De steekproefsgewijze a posteriori controles zullen worden vervangen door gericht onderzoek van "outliers" in het voorschrijfgedrag van specifieke medicatie, waarvoor geen verantwoording kan worden gegeven.

Deze wijzigingen kwamen slechts tot stand dankzij vastberaden verzet vanuit onze groep tegen de oorspronkelijke ideeën, die aanleiding konden geven tot blinde terreur. De debatten zijn nog niet gesloten. Er moet ondermeer nog werk worden gemaakt van de bescherming van de privacy van patiënten en artsen.

Deze week (10.09.2002) verscheen de 'Wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg'. Ook hier worden verantwoordelijkheden aangescherpt, vb. in

het hoofdstuk III van de Wet, door de invoering van de referentiebedragen voor 14 chirurgische en 12 internistische verstrekkingen of diagnoses. Men gebruikt hiervoor het All Patients Refined Diagnosis Related Groups- of APR-DRG-systeem.

#### CHIRURGISCHE APR-DRG's : nr en omschrijving

73	Behandeling van staar
97	Wegname van keelamandelen en neuspoliepen
179	Behandeling van spataders
225	Wegname van appendix
228	Liesbreukoperatie
263	Wegname van galblaas via sleutelgatchirurgie
302	Knie- en heupprothese
313	Chirurgie van meniscus
318	Wegname van fixatiemateriaal voor behandeling van breuken
482	Wegname van prostaat via urinebuis
513	Wegname van baarmoeder
516	Sterilisatie via kijkbuisoperatie
540	Keizersnede
560	Bevalling langs vaginale weg

#### APR-DRG's INTERNE GENEESKUNDE : nr en omschrijving

45	CVA met herseninfarct
46	Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct
47	Transient ischemia
134	Longembolie
136	Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel
139	Gewone pneumonie
190	Circulatoire aandoeningen met AMI
202	Angina pectoris
204	Syncope en collaps
244	Diverticulitis en diverticulosis
464	Urinaire stenen met lithotripsie via ultrasonen
465	Urinaire stenen zonder lithotripsie via ultrasonen

Indien meer wordt uitgegeven dan het bedrag van de referentienorm zal het ziekenhuis moeten terugbetalen. Het betreft grosso modo alle kosten die een chirurgische ingreep meebrengen. Het bedrag van de verpleegdagprijsvergoeding en het forfaitair deel van de honoraria klinische biologie en medische beeldvorming zijn hiervan uitgesloten. Indien de overschrijding van de referentienorm optreedt bij internistische diagnosestelling, zal het ziekenhuis "slechts" publiek aan de schandpaal worden genageld.

De verrekening van de terugbetaling bij overschrijding van het referentiebedrag belooft een delicate en moeizame klus te worden, zowel tussen de directie en de medische raad als tussen de verschillende specialismen onderling.

Indien de medische raad geen akkoord zou bereiken met de beheerder, dan is de beheerder gemachtigd, volgens het aangevulde artikel 137 van de ziekenhuiswet, om 75 % van het bedrag te recupereren bij de artsen.

Dit kan tot bijzonder onbillijke situaties leiden : indien vb. een arts 25 % van het honorarium behoudt en 75 % afdraagt aan het ziekenhuis, kan theoretisch het ziekenhuis toch 75 % van de overschrijding ten laste van de arts leggen. Het uitgangspunt van de ziekenhuizen was dat de artsen altijd 100 % van het bedrag dienden terug te betalen, want, stelden de beheerders, zij induceren de onderzoeken en ingrepen en de bijhorende personeelskosten.

Het is duidelijk dat de Overheid een afschrikkingseffect beoogt met dit draconisch systeem. De Vlaamse ziekenhuizen gaan er misschien vanuit dat alleen Waalse en Brusselse ziekenhuizen geplaagd zullen worden door deze recuperaties. De toekomst zal het uitwijzen, maar het staat vast dat degenen die een perfecte en maximaal aanvaardbare registratie in het APR-DRG-systeem realiseren, minder in aanmerking zullen komen voor eventuele recuperaties. Alles staat of valt met een goede registratie door de ziekenhuizen, en door een correcte controle hierop door de Overheid.

Een minuscuul artikeltje 48 in deze wet maakt het vanaf 22 februari 2004 onmogelijk dat ziekenhuisartsen nog honorariumsupplementen zouden vragen. Tenzij de ziekenhuisbeheerder het initiatief neemt om hierover met de Medische Raad een regeling uit te werken. De toegelaten maximum tarieven die mogen worden aangerekend en die in deze regeling moeten worden opgenomen, dienen te worden meegedeeld aan de bevoegde instanties, met name aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en aan de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen van het Ministerie van Volksgezondheid.

## **V. BESLUIT**

De toekomst roept vooral vragen op.

De medische technologie is onbegrensd, zowel in de inwendige ziekten, met vooral het accent op de toekomstige implicaties van de genetica, als in de chirurgische disciplines, met toepassingen van de robotica, implantologie, toegepaste biomechanica, etcetera.

We moeten er over waken dat de super- of hyperspecialist geen supertechnicus wordt. Een brede medische basis blijft noodzakelijk en een menselijke, holistische arts-patiënt relatie blijft het uitgangspunt.

Niet alles moet in detail wettelijk worden geregeld, maar de maatschappij moet via het parlementair debat en vooral na ruime inspraak met alle betrokkenen, ethische krijtlijnen uittekenen.

Als de wetgever budgettaire beperkingen wil opleggen, kan ze de verantwoordelijkheid niet afschuiven naar de artsen. Het is de plicht van elke arts de schaarse middelen zo adequaat mogelijk aan te wenden. Het ongedaan maken van eventuele bestaande misbruiken, zal nooit voldoende middelen opbrengen om de groeiende mogelijkheden en behoeften te financieren.

De huisarts opzadelen met een poortwachtersfunctie en degraderen tot opsteller en notaris van patiëntenwachlijsten is voor ons onaanvaardbaar.

Het is aan de politieke wereld om dan vast te stellen wat ze meent dat de maatschappij wil en kan financieren. Jammer genoeg zetelen vooral gezonde medeburgers in het Parlement, en zijn er altijd wel andere prioriteiten. En dus dreigen gemakkelijksoplossingen zoals vb. het opleggen van leeftijdsgrenzen waarboven geen bepaalde behandelingen of onderzoeken meer mogen worden (in-)gesteld. Binnen de Europese Unie bestaan hiervan tal van voorbeelden. Voorlopig bleef de Belgische burger hiervan gespaard.

Wereldwijd in de geïndustrialiseerde wereld zoeken de gezondheidseconomen naar betere en efficiëntere financieringssystemen voor de gezondheidszorg. Bibliotheken vol wordt er over gepubliceerd. Geen enkel systeem is perfect, maar anders is niet per definitie beter.

Meer en meer, vooral jongere, artsenstemmen gaan op om gesalarieerd te worden. Voor de jongste generatie specialisten heeft het Koninklijk Besluit "COLLA" van 30/04/1999 (B.S. 29/05/1999) hen de weg gewezen.

Berekeningen van de BVAS toonden aan dat het budget aan artsenhonoraria hierdoor met minstens 70 % diende te stijgen. De toenmalige socialistische minister van Sociale Zaken, mevrouw Magda DE GALAN, bedankte feestelijk.

Ondanks al deze moeilijkheden, zie ik toch vooral uitdagingen en mogelijkheden. Frustraties en demotivering zijn prominent aanwezig, en worden bovendien uitvergroot in de pers. Velen reageren als navelstaarders, trekken zich terug in hun eigen wereldje en denken dat het hun tijd nog wel zal duren.

We mogen niet in de val trappen die sommigen graag opzetten en die huisartsen tegen specialisten opzet, en onder de specialisten diegenen uitspeelt die vooral "intellectuele acten" verstrekken tegen hen die het "gemakkelijke geld" verdienen via medisch-technische prestaties.

Laat ons samenwerken aan het verbeteren van ons niet ideaal, maar toch behoorlijk systeem, dat de 10.280.000 Belgen een gezondheidszorg verschaft die de internationale toets kan doorstaan, en die de 285.000 mensen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn, en er 6,5 % van de actieve Belgische bevolking uitmaken, ieders volgens zijn opleiding, inspanningen en verantwoordelijkheden correct honoreert.

Voor alle artsen primeert hierbij de opwaardering van de intellectuele prestaties, zonder de technische acten te ontwaarden of onmogelijk te maken.

Ik dank U voor Uw aandacht.

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

---

**OPMERKINGEN BIJ DE TUSSENKOMST IN DE SENAATSCOMMISSIE  
"TEKORT AAN BEPAALDE GENEESHEREN-SPECIALISTEN"  
VAN MEVR. MIA DE SCHAMPHELAERE (CD&V) (zitting d.d. 4.7.2002)**

*Vraag aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu  
over «het tekort aan bepaalde geneesheren-specialisten» (nr. 2-830)*

*Mevrouw Mia De Schampheleere (CD&V). - Behoeftenstudies van de Planningscommissie tonen aan dat voor de periode 2000-2020 de vraag naar geneesheren-specialisten met 12,5 procent zal toenemen. Dat kan worden verklaard door de bevolkingsaan groei, de toename van nieuwe pathologieën en technologieën alsook de stijging van het aantal ziekenhuisopnames. In de periode 1980-1998 bedroeg die stijging 35%. Voorts verminderen de arbeidsduur en de werkkraft ingevolge de vervrouwelijking van het artsenberoep, de mentaliteitsveranderingen bij de jonge artsen en de vergrijzing van het artsenkorps. Het aantal kandidaat-specialisten zal dus moeten toenemen om blijvend aan de groeiende medische zorgverlening te kunnen voldoen.*

*Bovendien is er de slechte nomenclatuurregeling voor specialisatierichtingen met hoofdzakelijk intellectuele prestaties, zoals raadplegingen, bezoeken, adviezen aan andere afdelingen, toezicht en medische wachtdiensten, en weinig technische handelingen, zoals klinische biologie, radiologie, interventies. Bij veel kandidaat-specialisten groeit dan ook stilaan een trend om niet langer spontaan voor die takken te kiezen. Specifiek in die sectoren dreigt dan ook een schaarste. Dat geldt vooral voor de richtingen pediatrie, psychiatrie, reumatologie en geriatrie.*

*Ook Kind en Gezin vreest binnenkort met een artsentekort te worden geconfronteerd. Momenteel beschikt die organisatie over 330 vaste artsen, die samen voor 471.000 raadplegingen per jaar instaan. Onlangs verklaarde de administrateur-generaal van Kind en Gezin in de pers: "Maar nu gebeurt het soms al dat een consultatiebureau naar twintig artsen moet bellen vóór er een invaller beschikbaar is". In Wallonië is de toestand nu al uit de hand gelopen en werd er voor 1 juli een stakingsaanzegging ingediend. Als we zulke toestanden in Vlaanderen willen vermijden, zijn er maatregelen nodig.*

*Overweegt de regering in de toekomst een aanpassing naar boven van de contingentering van het aantal artsen? Overweegt de regering een specifiek gedifferentieerde contingentering? Ook het moment waarop de contingentering afgesproken is belangrijk. Als vandaag het aantal artsen wordt bepaald voor 2011, dan heeft dat rechtstreekse gevolgen voor de toelatingsproef van volgend jaar. Is die periode niet te lang om soepel te kunnen inspelen op eventuele tekorten?*

Tijdens de zitting van de Senaatscommissie heeft collega Jan REMANS (VLD) uitvoerig onze standpunten toegelicht en verdedigd (cfr. pagina 15). Alhoewel de Minister van Volksgezondheid, Mevr. M. AELVOET de aldus uiteengezette onderliggende problematiek verder ontweek, gaf ze uitdrukkelijk toe dat ons land geenszins te kampen heeft met een tekort aan artsen, zeker niet met een tekort aan specialisten. Hierna nemen we de tussenkomst van de toenmalige Minister over:

*Mevrouw Magda Aelvoet, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. - Aangezien de vragen van de heer Remans niet aangekondigd waren, kan ik hem geen gedocumenteerd antwoord geven.*

*Mevrouw De Schamphelaere vroeg of de regering ook in de toekomst de contingentering als richtlijn zal aanhouden. De regering heeft niet op een blinde manier getallen vastgelegd; eerst was er een daling, nu stijgt het aantal weer.*

*Het koninklijk besluit dat op 14 juni 2002 in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd, stipuleert dat het aantal artsen dat tot de verdere opleiding tot specialist of tot de huisartsgeneeskunde wordt toegelaten voor het hele land wordt vastgelegd op 700, te weten 420 voor de Vlaamse en 280 voor de Franse Gemeenschap. De aantallen werden vastgelegd tot en met het jaar 2011.*

*De verdere opdeling van deze aantallen voor de onderscheidene specialismen en huisartsen werd vastgelegd voor de jaren 2004, 2005 en 2006. Voor de daaropvolgende jaren werd nog geen verdeelsleutel vastgelegd, ook al omdat we rekening willen houden met de evolutie op het terrein.*

*Deze vastlegging is gebaseerd op basis van het advies van de planningscommissie, die over uitgebreide documentatie beschikt inzake behoeftestudies en gerealiseerde gebruikscijfers, waarnaar mevrouw De Schamphelaere verwees. Ze weet echter zeer goed dat er veel discussies zijn over de interpretaties van bepaalde behoeftestudies. Bovendien is het voorbarig om de toename van het aantal ziekenhuisopnames naar de toekomst te extrapoleren op basis van cijfers uit het verleden.*

*Een eventuele schaarste in een bepaalde deelsector kan geen voldoende signaal zijn om de contingentering aan te passen. Dit zou getuigen van een enorme naïviteit. Het zou immers kunnen leiden tot een versterking van de qua arbeidsklimaat of financiën meest aantrekkelijke disciplines, waarvan we er nu reeds teveel hebben.*

*Binnen de artsenberoepen zijn bepaalde disciplines inderdaad minder aantrekkelijk geworden, onder meer door de gebrekkige honorering van de zogenaamde 'intellectuele acte'. Ik heb dit probleem reeds herhaalde malen samen met collega Frank Vandenbroucke aangekaart en recentelijk werd in de medico-mut een aantal belangrijke corrigerende maatregelen genomen om deze scheeftrekking te herstellen.*

*Verleden jaar hebben we de wettelijke basis gecreëerd om bepaalde disciplines waar manifeste schaarste heerst, buiten de contingentering te plaatsen. Zodoende wordt in bovenvermeld koninklijk besluit een uitzondering gemaakt voor de kinder- en jeugdpsychiatrie a rato van 20 opleidingsplaatsen per jaar en dit tot en met het jaar 2010. We hebben vastgesteld dat daar nu reeds een tekort is. Deze maatregel moet volstaan om de dreigende tekorten in deze subsector op te vangen. Ook de gerechtelijke geneeskunde, de arbeidsgeneeskunde en de datamanager vallen buiten de contingenteringsaantallen.*

*Het antwoord op de vraag of de regering overweegt een specifiek gedifferentieerde contingentering uit te werken voor richtingen waar het aanbod effectief problematisch wordt, is ronduit positief indien op dat vlak problemen bestaan. We hebben dat reeds gedaan door de kinder- en jeugdpsychiatrie buiten het contingent te plaatsen.*

*Toch wil ik wijzen op een addertje onder het gras. Deze afwijkingen, of noem het bijstellingen, moeten tot een minimum worden beperkt, zo niet zullen er niet voldoende kandidaten meer zijn om mogelijke substantiële laattijdige wijzigingen op te vangen.*

*Ik wil toch even blijven stilstaan bij de onderliggende deregulerende mechanismen. Mevrouw De Schamphelaere haalt zelf aan dat bepaalde disciplines achtergesteld of minder attractief zijn door de werking van de financieringsmechanismen in de nomenclatuur. We moeten ons afvragen of de tijd niet stilaan rijp is om complementaire financieringsmechanismen te creëren, die deze nomenclatuurwijze benadering corrigeren. Een multidisciplinaire aanpak, praktijkorganisatie, georganiseerde beschikbaarheid, overleg en peer review winnen aan belang. Daartegenover moet honorering staan. Financiële incentives en verloningsystemen die de druk alleen op de prestatiegeneeskunde leggen, zullen tot verdere ontsporing*

leiden. Bijkomende financieringsmechanismen komen vooral ten goede aan de jonge artsen die meer levenskwaliteit, deeltijds werk en dergelijke verwachten.

In die zin is de contingentering voorlopig een goed instrument. We houden het soepel door telkens in blokken van drie jaar te werken.

Bovendien hebben we eindelijk een kadaster van de gezondheidsberoepen. Daartegen hebben bepaalde artsensyndicaten zich lange tijd verzet. Ze interpreteerden dat als een controle op hun inkomsten, hoewel we alleen in kaart willen brengen wie hoeveel van zijn tijd besteedt aan geneeskundige zorgen en dergelijke, zodat dit mee kan worden verrekend in de verfijning van de planning, die dagelijks wordt opgevolgd.

Ik ben het eens met de heer Remans dat ons land in vergelijking met andere landen niet kampt met een tekort aan artsen, zeker niet met een tekort aan specialisten. Uiteraard bestaat er een verschil tussen de gebieden, wat trouwens in het mechanisme van de contingentering opgenomen is. De contingentering is een geleidelijke correctie naar een gelijk aantal artsen voor hetzelfde bevolkingsaantal. We willen geen crisissituatie veroorzaken door op korte termijn maatregelen te nemen voor bepaalde gebieden. Daardoor worden de opleidingssystemen immers op de helling gezet. Vandaar deze langzame bocht.

Het is juist dat we uiterst voorzichtig moeten zijn en dat we moeten bijsturen. Ik ben het er evenwel ook mee eens dat we moeten weten waarmee we bezig zijn. Zonder meer bijproduceren zonder tegelijkertijd de andere problemen aan te pakken leidt immers nergens toe.

---

Reactie van Dr. M. MOENS d.d. 3.7.2002

De in de nota gevolgde redenering leidt rechtstreeks naar een aantal tegenstrijdigheden die aanleiding geven tot volgende vaststellingen en bemerkingen:

#### 1. Lineaire binding van behoefte inzake artsen-specialisten en bevolkingsaan-groei, toename nieuwe pathologieën en technologieën.

Er bestaat geen twijfel over dat de lineaire binding tussen de behoefte aan artsen specialisten en de bevolkingsaan-groei, met de ermee gepaard gaande toename van pathologieën, niet specifiek opgaat voor België alleen. Dezelfde fenomenen doen zich voor in gans de West-Europese wereld. Maar ons land kent wel een aanzienlijk hogere specialistische bestaffing. Nederland beschikt, voor een bevolking die 1,6 maal hoger is, over een specialistische bestaffing die ruim tweemaal kleiner is dan de onze. Nederland kent 0,91 specialisten per duizend inwoners (1998), België heeft er 2,17 per duizend inwoners (2001) Nochtans wordt ook Nederland geconfronteerd met toename van nieuwe pathologieën en technologieën. Zelfs als Nederland zijn specialistische bestaffing verdubbelt staat die nog bijna een derde lager dan de onze terwijl onze bevolking slechts een kleine twee derden vertegenwoordigt van de Nederlandse.

Het lijkt niet erg logisch de toename van nieuwe pathologieën en vooral de ontwikkeling van de medische technologie als argument aan te voeren om de aantallen te verhogen van specialisatierichtingen met hoofdzakelijk "intellectuele prestaties".

Op 31.12.2000 telde België voor zijn 10.279.000 inwoners 23.485 specialisten, waarvan 21.437 actief binnen de RIZIV- structuur, en 19.493 huisartsen, waarvan 9.883 werkelijk als huisarts actief zijn, d.w.z. de geaccrediteerde huisartsen die ruim 97 % van alle door het RIZIV geregistreerde huisartsenprestaties doen. België telt dus 2,2 maal zoveel beroepsactieve specialisten als huisartsen. In Nederland zijn er 14.362 specialisten en 6.997 huisartsen (1998) voor 16.025.000 (2000) inwoners, of een verhouding van 2,05 specialisten per huisarts, maar in een totaal cijfer dat veel lager ligt pro capita dan in België.

Elders in Europa ligt het aantal specialisten in verhouding met het aantal huisartsen lager. Zo telt men vb. in Frankrijk 102.017 specialisten voor 86.527 huisartsen (verhouding 1,86), in het Verenigd Koninkrijk 51.031 specialisten voor 35.611 huisartsen (verhouding 1,43) en in Duitsland 156.901 specialisten voor 84.436 huisartsen (verhouding 1,86). Zou men zich dan niet eerder moeten afvragen of er in de toekomst niet eerder een schaarste aan huisartsen zal ontstaan alvorens men zich zorgen gaat maken over een vermeende schaarste aan specialisten.

In deze context dient ook vermeld dat de Planningscommissie bij het vaststellen van het contingent artsen wel degelijk rekening hield met de feminisering: enerzijds met een hoger aantal part-time jobs, en anderzijds met het gegeven dat vrouwelijke artsen gemiddeld 80% van het werkvolume presteren van dat van hun mannelijke collega's.

## 2. Sectorale problemen?

Mevrouw De Schamphelaere spitst zich verder toe op enkele vermeende specifieke sectorale problemen. Deze bemerkingen houden geenszins verband met een reële schaarste van de betrokken specialismen. Ze staan wel rechtstreeks in relatie met de onaantrekkelijkheid van de betrokken sectoren als activiteitsveld. Door het aantal artsen - specialisten in die categorieën nog te doen toenemen, dreigt de olievlek van ontevredenheid en gebrek aan motivatie zich nog verder uit te breiden binnen deze sectoren. En door het hoger aantal specialisten in zijn geheel (dus meer uitgaven en nog lagere honorering) dreigt het ongenoegen zich zelfs buiten de reeds aangetaste sectoren te verspreiden.

Het potentieel aantal Belgische kinderartsen is groot genoeg om een voldoende bestaffing te verzekeren voor zowel het Franstalige "ONE" als voor het Vlaamse "Kind en Gezin". In 1998 waren er in België 1.221 pediaters en in Nederland 958, of in België 0,12 kinderartsen per 1.000 inwoners tegenover 0.059 in Nederland. Het probleem van het "ONE" en "Kind en Gezin" is dat nog slechts weinigen bereid zijn hun medewerking te verlenen aan deze organisaties die een specialist met 12 jaar universitaire opleiding "honoreren" met 3,50 euro per patiëntencontact en een huisarts met 9 jaar universitaire opleiding, met 2,70 euro per patiëntencontact. Dit alles als zelfstandige, met bijgevolg nog afdracht van sociale bijdragen, belastingen en allerhande andere kosten. Kortom voor een netto uurloon waar je letterlijk niemand meer voor aan het werk krijgt. Gelijkaardige problemen van gebrek aan motivering nemen in ruime mate toe in verscheidene andere sectoren. Ze zijn eenduidig toe te schrijven aan een chronisch gebrek aan financiering van een aantal bestaande activiteiten, o.m. deze die een aantal jaren geleden naar de gemeenschappen werden overgeheveld. De overheid verwacht ten onrechte dat een aantal medische taken gratis worden ingevuld. Bovendien is er nauwelijks nog waardering voor de medische beroepsbeoefenaars vanwege de patiënten en loert de beroepsaansprakelijkheid in het bijzonder wanneer het de zorg om kinderen en zwangeren betreft.

## 3. De ziekenhuisproblematiek.

Ook het federale gezondheidsbeleid is gericht op dit soort contradicties. Ondanks de toename van het aantal ziekenhuisopnames, en het feit dat de ziekenhuizen quasi continu volledig bezet zijn, wordt de financiering gestoeld op systemen die op middellange termijn de afbouw van verscheidene instellingen tot gevolg zullen hebben.

In de vooropgestelde periode 2000 en 2020 kan men verwachten dat met ongewijzigd beleid het aantal ziekenhuizen nog met minstens één derde zelfs met de helft zal verminderen onder invloed van het budgettaire economisch darwinisme eigen aan de huidige ziekenhuisfinanciering. Vele specialisten zullen in de komende jaren voor voldongen feiten worden geplaatst en automatisch wegvloeien uit de ziekenhuissector. De medische bestaffing in de Vlaamse ziekenhuizen is gedurende het voorbije decennium quasi verdubbeld, doch het financieringstekort van de ziekenhuizen (dat de overheid laat dekken door de afdrachten uit de honoraria) en de spiraal van inleveringen in de eigen medische begrotingen, zullen tot gevolg hebben, samen met de groeiende overheidsbetutteling en het verlies aan autonomie in de specialistische beroepsuitoefening, dat het beroep alsmaar meer aan aantrekkingskracht inboet.

De vastgestelde symptomen waarover de nota het heeft, zoals in de pediatrie, de psychiatrie, de reumatologie... zijn de eerste voortekenen die tot uiting komen bij de financieel zwakste groep. Kinderartsen zijn al sedert jaren de minst betaalde specialisten in het ziekenhuis. Ondanks het, in vergelijking met de buurlanden, ruim voldoende aantal kinderartsen is er vandaag schaarste aan kinderartsen die een ziekenhuisactiviteit met al haar verplichtingen en verantwoordelijkheden willen opnemen. Vooral de zware beschikbaarheidsvereisten inzake neonatologie en pediatrie spoedgevallen zorg baren vele ziekenhuizen quasi onoverkoombare problemen.





« 103051 -

Consult van de geneesheer-specialist, schriftelijk geroepen door de behandelende erkende huisarts of door de behandelende algemeen geneeskundige met verworven rechten bij een zieke verblijvend in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis, zoals gedefinieerd in de hoofding voorafgaand aan de verstrekkingen 103913 en 104112, met schriftelijk verslag van de geneesheer specialist. De aanwezigheid van beide geneesheren samen is slechts vereist in de gevallen waarin dit gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag . . . . N 20

103073 -

Consult van de geneesheer-specialist, schriftelijk geroepen door de behandelende arts bij een zieke verblijvend in een instelling waar gehandicapten tijdelijk of definitief verblijven, met schriftelijk verslag van de bijgeroepen geneesheer specialist. De aanwezigheid van beide geneesheren samen is slechts vereist in de gevallen waarin dit gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag . . . . N 20

Voor de verstrekkingen 103014, 103051 en 103073 moet de identificatie van de aanvragende arts (Naam, voornaam en RIZIV-nummer) op het getuigschrift voor verstrekte hulp van de geneesheer-specialist vermeld worden. »

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking de eerste dag <sup>(\*)</sup> van de tweede maand na die waarin het in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt.

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

Gegeven te Brussel, 15 april 2002.

---

## OPLEIDINGSDUUR PNEUMOLOGIE GEWIJZIGD

**22 APRIL 2002. - Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 9 maart 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en de stagediensten voor de specialiteiten van inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, cardiologie en reumatologie (B.S. d.d. 25.7.2002)**

[...]

**Artikel 1.** In de bijlage bij het ministerieel besluit van 9 maart 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten voor de specialiteiten van inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, cardiologie en reumatologie wordt het punt 2 van het hoofdstuk II, A , vervangen door de volgende bepaling : "De kandidaat-specialist moet een opleiding hebben gevolgd die overeenstemt met een voltijdse opleiding van ten minste zes jaar, bestaande uit een basisopleiding in de inwendige geneeskunde, die overeenstemt met een voltijdse opleiding van ten minste drie jaar, en een hogere opleiding in de pneumologie, die overeenstemt met een voltijdse opleiding van ten minste drie jaar."

**Art. 2.** Artikel 1 van dit besluit heeft enkel uitwerking voor de kandidaten die aan hun opleiding beginnen na de inwerkingtreding van dit besluit.

Brussel, 22 april 2002.

---

## WET BETREFFENDE DE EUTHANASIE

**28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie (1) (B.S. d.d. 22.6.2002)**

*Belangrijk: de nieuwe wet op de euthanasie is in werking getreden op 22 september jl. Dat wil zeggen dat vanaf die datum elke arts die geconfronteerd wordt met een euthanasievraag vanwege een patiënt zorgvuldig overeenkomstig de bepalingen van deze wet moet handelen, zowel wanneer hij aan het verzoek gevolg geeft als wanneer hij dat weigert (art 14). Inmiddels werden bij*

---

<sup>(\*)</sup> 1.9.2002

*KB van 02.08.2002 (B.S. van 10.09.2002) de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie benoemd. Het is bij deze laatste dat de aangifte van elke toepassing van euthanasie moet gebeuren door middel van een volledig ingevuld geëigend registratiedocument, en wel binnen de vier werkdagen. Dat registratiedocument werd uitgewerkt door de Commissie op 24.9.2002, maar was nog niet ter beschikking bij het ter perse gaan van dit nummer. Aangezien de aangifte niet kan gebeuren zonder deze formele vereiste, is een euthanasieprocedure op dit ogenblik nog niet mogelijk. Voor nadere inlichtingen gelieve u zich te wenden tot onze juridische dienst.*

De volledige tekst van de wet met de verschillende vereisten waaraan een euthanasieprocedure moet voldoen, staat vermeld op de website [www.vb-gbs.org](http://www.vb-gbs.org). Een gedrukte versie is verkrijgbaar op eenvoudige aanvraag bij ons secretariaat.

## **PSYCHOMOTORISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN**

### **RIZIV – Aanwijzingen en standaarden – Nomenclatuur (B.S. d.d. 29.6.2002)**

Op voorstel van de Technische Raad voor Kinesithérapie van 7 juni 2002 en in uitvoering van artikel 7, § 14, 7<sup>e</sup> lid van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen gepubliceerd in bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984, zoals tot op heden gewijzigd, na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen van 12 juni 2002, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 17 juni 2002 de hiernagaaende aanwijzingen en standaarden vastgesteld :

Aanwijzingen en standaarden betreffende de verstrekkingen van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

Aanwijzingen en standaarden

Art. 7, § 14, laatste lid g) Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen.

1. bij kinderen onder de 16 jaar, na specialistisch (neuro)pediatrisch advies en behandelingsvoorstel, en met een significant zwakkere score op een genormeerde gestandaardiseerde test.

a) het voorschrift

Het voorschrift mag opgesteld worden door de behandelende arts, al dan niet een (neuro)pediater, na specialistisch (neuro)pediatrisch advies en behandelingsvoorstel. Dit specialistisch advies moet gegeven worden door hetzij een pediater hetzij een neuropediater.

b) de tests

De tests mogen uitgevoerd worden door de (neuro)pediater of door de kinesitherapeut.

Indien de (neuro)pediater zelf de test uitvoert, dient hij in zijn gemotiveerd advies te schrijven dat de score op de test significant pathologisch is. Hij doet ook een behandelingsvoorstel.

Indien de kinesitherapeut de test zelf uitvoert moet hij de testresultaten aan de (neuro)pediater doorgeven. Deze laatste moet erop toezien deze resultaten in perspectief te plaatsen, rekening houdende met de algemene klinische situatie van de patiënt, die hij persoonlijk heeft onderzocht. Indien de (neuro)pediater in zijn gemotiveerd advies schrijft dat de score significant pathologisch is en een behandelingsvoorstel doet, kan de kinesitherapeut de behandeling aanvatten (een voorschrift blijft natuurlijk nodig).

(Wat een significant zwakkere score, d.w.z. significant pathologisch is, is test-specifiek overeen te komen in functie van de wijze waarop de score uitgedrukt wordt. In het kader waarin de testen hier zullen gebruikt worden kan men voor de percentiel- of standardscore aannemen dat «  $\leq 15^{\text{e}}$  percentile » of «  $\leq 1$  standaardafwijking onder het gemiddelde » als significant zwakkere score beschouwd wordt. Dit stemt overeen met staninescore 1, 2 of 3 en met een ontwikkelingsquotiënt van  $\leq 85$ .)

De afname van de test kan worden aangerekend als "Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt". Een voorschrift is nodig voor dit onderzoek.

De beslissing of de patiënt aan de criteria voldoet ligt dus bij de (neuro)pediater.

Wat moet de kinesitherapeut bijhouden in het dossier ?

- het scoreblad van de uitgevoerde test,
- een kopie van het voorschrift,
- het medisch verslag (gemotiveerd advies van de (neuro)pediater met betrekking tot de beoordeling van het (cijfermatige) test-resultaat, de opportuniteit van de kinesitherapiebehandeling en het behandelingsvoorstel).

2. bij kinderen tot en met 18 maanden met klinisch duidelijke ontwikkelingsstoornissen vastgelegd door middel van evaluatie in een gespecialiseerde multidisciplinaire equipe.

Een pediater of een neuropediater moet deel uitmaken van de gespecialiseerde multidisciplinaire equipe. Het voorschrift mag opgesteld worden door de behandelende arts.

Wat moet de kinesitherapeut bijhouden in het dossier ?

- een kopie van het voorschrift (met doelstelling van de behandeling);
- een medisch verslag van de (neuro)pediater die deel uitmaakt van de multidisciplinaire equipe.

De voornoemde aanwijzingen en standaarden zijn van toepassing vanaf 1 juli 2002.

De Leidend ambtenaar,

Fr. PRAET.

De Voorzitter,

D. BROECKX.

---

## IN HET STAATSBLAD

Hieronder vermelde documenten staan op de website [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) en zijn verkrijgbaar in gedrukte vorm op eenvoudige aanvraag.

### **1. Gerechtelijke geneeskunde :**

Ministerieel besluit van 27 februari 2002 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten voor de specialiteit van gerechtelijke geneeskunde (B.S. d.d. 11.7.2002)

### **2. Katheters :**

Koninklijk besluit van 18 juli 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. d.d. 30.7.2002) – herinvoering (codenummers 613992 - 614003 en 614014 - 614025 in artikel 28 van de nomenclatuur vanaf 1.4.2002 )

### **3. Functie « mobiele urgentiegroep » :**

Koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 april 1995 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie « mobiele urgentiegroep » (B.S. d.d. 13.8.2002)

#### 4. M.U.G. :

Koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « mobiele urgentiegroep » (MUG) moet voldoen om te worden erkend (B.S. d.d. 13.8.2002)

#### 5. Spoedgevallen en M.U.G. :

Koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen (B.S. d.d. 13.8.2002)

#### 6. Verstrekking 318253 - kosten voor inschrijving bij Eurotransplant :

Koninklijk besluit van 3 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. d.d. 29.6.2002)

### DERDE “GEZONDHEIDSWET”

#### WET VAN 22 AUGUSTUS 2002 HOUDENDE MAATREGELEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG (B.S.10.09.2002)

De onlangs in het Staatsblad gepubliceerde derde gezondheidswet bevestigt in lichtjes verbeterde vorm, doch nog steeds in een zo goed als getrouwe weergave, de ontwerp teksten die wij reeds eerder uitvoerig hebben toegelicht. Belangrijk is dat het ontwerp betreffende de zgn. individuele responsabilisering van de zorgverleners en de reorganisatie (lees: taakuitbreiding en verzwaring) van de geneeskundige controle, verschoven werd naar het najaar.

Het is hoogst waarschijnlijk dat ook deze “gezondheidswet” aanleiding zal geven tot een VBS- en/of BVAS-offensief bij het Arbitragehof.

In vogelvlucht overlopen we een aantal belangrijke bepalingen:

-art. 2: voortaan kunnen bijzondere meerderheden voorzien worden voor de beslissingen in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen; voor bepaalde materies kan de helft van de stemgerechtigde huisartsen of specialisten vereist zijn. Een gelijkaardige maatregel (art. 7) wordt voorzien voor de beslissingen van de Technisch Geneeskundige Raad.

-art. 4: juridische basis voor beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen in wachtdiensten

-art. 5: juridische basis voor een financiële tussenkomst van de overheid in telematica voor artsen (oorspronkelijk alleen huisartsen).

-art. 11: **invoering van de maatregelen inzake de zgn. “referentiebedragen”**. De jaarlijkse referentiebedragen per opname worden voor de eerste maal vastgesteld voor 2003 en worden berekend op basis van de gegevens m.b.t. de **opnames die na 1 oktober 2002 en vóór 31.12.2003 worden beëindigd**. Wanneer de werkelijke uitgaven de berekende referentieuitgaven met minstens 10% overschrijden, wordt, voor wat de chirurgische activiteiten betreft, het verschil teruggevorderd. Overschrijding van het normbedrag voor internistische verstrekkingen, geeft aanleiding tot het publiek maken van de namen van de betrokken ziekenhuizen.

Een detailweergave van de bepalingen, de verstrekkingen en de APR-DRG's die bij de berekening worden betrokken, vindt u op de website [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org). (gedrukte versie op eenvoudige aanvraag bij ons secretariaat) (cfr. ook toespraak Dr. M. MOENS, pagina 11).

Art. 11 zegt uitdrukkelijk dat de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren een **gedeelde verantwoordelijkheid** hebben overeenkomstig het **inningsreglement** (art 135 en 136 van de ziekenhuiswet). Art 47 van de gezondheidswet (luik ziekenhuizen) zegt echter dat zolang hiervoor geen regeling in voormeld reglement is opgenomen, de toewijzing aan de geneesheren geschiedt in functie van hun relatief aandeel in de honorariummassa, waarbij het te verrekenen bedrag van de betrokken groep van ziekenhuisartsen wordt vastgesteld op basis van het relatief aandeel in de vastgestelde overschrijving. De tekst mist merklijk duidelijkheid. Bij de berekening wordt rekening gehouden met de kostenafhouding, "voor zover de dekking van de kosten wordt uitgedrukt op basis van bewezen en reële kosten in akkoord met de medische raad"; zoniet geschiedt de verrekening ten belope van 75% ten laste van de ziekenhuisgeneesheer en van 25% ten laste van de beheerder. De beheerder mag blijkbaar een behoorlijke winst op de overconsumptie behouden. We zullen deze bepalingen uiteraard aanvechten langs juridische weg.

-art. 13: legt een administratieve boete op de voor de verbonden arts die de conventietarieven niet naleeft (3 maal de overschrijving, met een minimum van 125 EUR per overtreding).

-art. 17: voorziet dat bij KB zal bepaald worden op welke wijze de terugbetaling van ten onrechte uitbetaalde prestaties die betrekking hebben op het ziekenhuisbudget wordt geregeld.

-art. 32 voorziet een persoonlijke tussenkomst van de patiënt die zich aanmeldt op de spoedgevallendienst. Art. 44 zegt verder dat deze enkel kan gevorderd worden door het ziekenhuis. Bij KB wordt het bedrag bepaald.

-art. 41: voorziet in de oprichting van een Commissie voor controle van de registratie van MKG-registratie. Onjuiste gegevensregistratie wordt ambtshalve gecorrigeerd (art 43). Voor het toezicht van de MKG-registratie kunnen de ambtenaren zich laten bijstaan door adviserend geneesheren van de ziekenfondsen, aangewezen bij KB op voorstel van het Intermutualistisch College.

-art. 46 : voert een Financiële Commissie in de ziekenhuizen in, samengesteld uit vertegenwoordigers van het beheer en van de Medische Raad, tenzij er reeds een Permanent Overlegcomité (P.O.C.) in het ziekenhuis bestaat. Een belangrijke aanwinst (na ijverig aandringen) is dat de ziekenhuisartsen aangewezen door de Medische Raad zich kunnen laten bijstaan door een **financieel deskundige**. De leden van de Financiële Commissie beschikken over alle gegevens bepaald in art 128bis van de ziekenhuiswet. De Financiële Commissie bespreekt tenminste de jaarlijkse begrotingsramingen, de jaarrekening, het verslag van de bedrijfsrevisor (art. 82 en 84 ziekenhuiswet), en de aard van de aangerekende kosten.

De wijze van werking is dezelfde als deze voorzien voor het P.O.C.; alleen de Medische Raad beslist. Alle gegevens kunnen (uiteraard) ook medegedeeld worden aan de Medische Raad.

-art. 50 t.e.m. 59: De ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken kunnen het advies inwinnen van de "**Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid**" (MPS),

voordien “Overlegstructuur” genaamd en voortaan bestaande uit telkens 6 (i.p.v. 8) vertegenwoordigers van de artsen, van de ziekenfondsen en van de ziekenhuizen, naast een voorzitter en een ondervoorzitter, vijf experten, één vertegenwoordiger van de Federale Overheidsdiensten en één van het RIZIV. Alle leden worden bij KB benoemd.

De bevoegdheid van dit orgaan is zeer uitgebreid:

1° elke reglementering inzake het gebruik en het verspreiden van de gegevens m.b.t. de ziekenhuisactiviteit;

2° de registratie, de verzameling, de verwerking en het gebruik van statistische gegevens i.v.m. de medische activiteiten;

3° de maatregelen om de betrouwbaarheid en vertrouwelijkheid van de gegevens te waarborgen;

4° het aanbod, de erkenningsnormen en de financiering m.b.t. de ziekenhuisactiviteiten;

5° het instellen van financiële reglementeringen en stimuli tot bevordering van de doelmatigheid van de activiteiten van het ziekenhuis en van de ziekenhuisartsen.

Als voor de punten 4° en 5° het advies wordt goedgekeurd door elk van de vertegenwoordigde groepen (cfr supra), dan kan afgeweken worden van alle andere adviesverplichtingen uit de ziekenhuiswet.

De MPS heeft een opdracht tot evaluatie van en informatie over de medische praktijk in de ziekenhuizen, voor zover deze verband houdt met het genereren van de uitgaven. Ze evalueert de regeling inzake referentiebedragen en kan overgaan tot een informatie- en sensibiliseringsactie. Daarbij kan zij opdrachten toevertrouwen aan de “Colleges van Geneesheren” (KB van 15.02. 1999 in uitvoering van art 15, §2 van de ziekenhuiswet).

- art.53 bepaalt meer in detail een reeks additionele adviesbevoegdheden:

1°het instellen of wijzigen van reglementeringen die gelijktijdig aanleiding geven tot een financiering via het ziekenhuisbudget en via de nomenclatuur;

2°het bepalen van regelen m.b.t. het vaststellen van referentiebedragen bij standaardizingrepen;

3°de vergoeding van geneesmiddelenverbruik m.b.t. de gehospitaliseerde patiënt;

4°de algemene regelen m.b.t. de financiering van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal;

5° de methodologie voor de evaluatie van het opnamebeleid.

Wat de samenstelling van de artsenvertegenwoordiging (geneesheren-specialisten) betreft, schakelt de minister elk democratisch effect van de artsenverkiezingen gewoon uit, door te stellen dat de tweederden ook lid moeten zijn van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen (die hij zelf benoemt) of van de medicomut (die wel verkozen zijn). De RIZIV –adviesorganen zelf blijven anderzijds onaangeroerd in hun bevoegdheden. Wel ontstaat nu de mogelijkheid van rivaliserende adviezen. Daar tegenover staat dan weer dat de manoeuvreerruimte van de minister geringer wordt bij eensluitende adviezen van de MPS en de RIZIV-organen.

In de marge van deze gepubliceerde gezondheidswet is het belangrijk te vermelden dat in het ONTWERP van wet dat nu op stapel staat over de individuele responsabilisering van de zorgverleners, de profielencommissies definitief zullen worden afgeschaft.

## AANPASSING RAADPLEGINGEN

Aan Dhr F. VANDENBROUCKE  
Minister van Sociale Zaken  
Wetstraat 62  
1040 Brussel

Cc: Aan Dhr J. TAVERNIER  
Minister van Volksgezondheid

20 september 2002

Mijnheer de Minister,

Betreft: beslissing Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen dd.22 april 2002;  
verhoging van de raadplegingen –in voege treding per 1 september 2002.

Tijdens de voltallige bestuursvergadering van het V.B.S.op donderdag 19 september jl. werd voormelde problematiek uitvoerig besproken. Uit de talloze en heftige reacties blijkt dat het ongenoegen van de geneesheren-specialisten zeer groot is t.g.v. de zeer arbitraire maatregel waarbij slechts enkele disciplines een aanpassing hebben verkregen voor hun intellectuele verstrekkingen, dit wegens de zeer beperkte budgettaire ruimte die daarvoor door U voorzien werd.

Het gaat niet op

- een systematisch besparings- en besnoeiingsbeleid te voeren voor de technische verstrekkingen (waardoor trouwens verscheidene sectoren van technische-specialistische zorgverlening hic et nunc in zware moeilijkheden geraken),
- of drastische maatregelen te treffen om de zgn. overconsumptie te bestrijden (de zopas verschenen bepalingen inzake de “referentiebedragen” en uw ontwerp m.b.t. de individuele responsabilisering via een zwaar repressief beleid),

zonder tegelijkertijd positieve impulsen te voorzien voor de louter intellectuele verstrekkingen (raadplegingen en toezichthonoraria). Het onderscheid dat u trouwens veelvuldig maakt tussen intellectuele en technische verstrekkingen (alsof dat “niet-intellectuele” verstrekkingen zouden zijn), berust op een mythe doch is volkomen artificieel. Het probleem is dat de aanhoudende besparingsmaatregelen samen met de tekorten van de ziekenhuisfinanciering ervoor zorgen dat de meeste medisch-technische activiteiten verlieslatend zijn geworden of het onvermijdelijk op korte termijn zullen worden. De Belgische nomenclatuurtarieven zijn trouwens belachelijk in vergelijking tot buurlanden zoals Duitsland en Frankrijk. Op Europese bijeenkomsten, zoals onlangs op de European Society of Cardiology meeting te Berlijn (01.09.2002), steekt men de draak met de Belgische tarieven.

De “honoraria” van de louter intellectuele verstrekkingen (ook deze die zopas opgewaarderd werden) staan ver beneden het peil dat nog enige maatschappelijke vergelijking doorstaat, zelfs met vergoedingen van veel lager geschoolde beroepen.

Wij herinneren U eraan dat de BVAS voor de louter intellectuele verstrekkingen (consultaties en toezicht) van alle artsen een aanpassing had gevraagd met minstens 30%, te realiseren in 3 fasen gespreid over drie jaar.

Wij vernemen dat de groep van de huisartsen vandaag meteen 40% verhoging eist. Het intellectueel werk van de specialist is minstens evenwaardig met dat van de huisarts.



Om terug te komen tot de maatregel die in voege is getreden op 01.09.2002: het is duidelijk dat deze een discriminatie inhoudt die in feite alle aspecten van de hierboven geschetste problematiek accentueert. De artsen die erkend zijn als geneesheer-specialist in inwendige geneeskunde werden terecht met de 7,5% verhoging bedacht. De cardiologen (die een ganse reeks medisch-technische inleveringen moesten ervaren), de gastro-enterologen (aan wie de beloofde vergoeding voor de zware sterilisatiekost nog steeds wordt geweigerd), en de pneumologen vielen uit te boot. Dit is niet meer redelijk. De intellectuele act van die drie disciplines kan niet minderwaardig zijn t.o.v. deze van de als internist erkende specialist. Deze heeft trouwens toegang tot dezelfde nomenclatuur van medisch-technische verstrekkingen. Waar is de logica?

De realiteit is dat de diensten voor cardiologie, gastro-enterologie en pneumologie voor een groot deel in de rode cijfers staan. De technische verstrekkingen compenseren geenszins het het belachelijk lage niveau van de intellectuele prestatie. De economische druk wordt bijzonder groot voor de specialisten erkend als cardioloog, gastro-enteroloog of pneumoloog, (opleidingsduur: 6 jaar) om eerder het specialisme inwendige geneeskunde (5 jaar opleiding) te kiezen. Immers hun collegae internist-cardiologen, internist-gastro-enterologen of internist-pneumologen genieten vanaf 1 september jl. de absolute voorkeur van hun ziekenhuisbeheerder. De keerzijde van uw ontoereikende maatregel zal dan tot gevolg hebben dat de nieuwe opleidingen in deze drie specialismen gewoon zullen opdrogen, en dat deze disciplines op korte termijn volledig zullen verlaten worden.

Vanuit de betrokken beroepsverenigingen gaat met aandrang een stem op om naar de Raad van State te trekken tegen deze maatregel van 1 september jl.. Uit een kort juridisch nazicht blijkt dat de middelen daartoe geenszins ontbreken. U zelf hebt in een brief dd. 23.07.2002 aan Dr Y. Avontroodt verklaard dat u inderdaad geen onderscheid kunt maken tussen internisten die cardiologie beoefenen enerzijds en cardiologen anderzijds. Het is bovendien een voldoende gekend gegeven dat meer dan de helft van de als cardiologisch bestemde nomenclatuuruitgaven niet aan de cardiologen (internist-cardiologen inclusief) kan toegeschreven worden, doch aan een zeer brede waaier van disciplines, huisartsen inbegrepen.

Wel is het zo dat alléén de echte cardiologen of internist-cardiologen, de echte gastro-enterologen of internist-gastro-enterologen, en de echte pneumologen of internist-pneumologen, ook de échte specifieke cardiologische, gastro-enterologische of pneumologische raadplegingen leveren. Uiteindelijk gaat het erom dat de patiënt het echte klinisch onderzoek krijgt dat hij of zijn verwijzende arts verwacht.

Wij menen daarom dat het aangewezen is, zoals uzelf verklaarde, geen onderscheid te maken, en dit door een eenvoudige maatregel die erin bestaat het honorariumtarief van de raadplegingen van deze inwendige disciplines op hetzelfde niveau brengen als deze van de specialisten in inwendige geneeskunde.

Inmiddels danken wij u bij voorbaat voor uw aandacht, en groeten u, met de meeste hoogachting,

Namens het voltallig Bestuurscomité

Prof. Dr J.GRUWEZ  
Voorzitter

## Vervolg brief aan Dhr F. VANDENBROUCKE - 20.09.2002

PS: In uw brief dd. 23.07.2002 aan Dr Y. AVONTROODT, stelde u tevens dat echocardiografie regelmatig door niet-artsen (technici, verpleegkundigen) uitgevoerd wordt en dat zulks, volgens uw literatuurreferenties met een goede kwaliteit van onderzoek gebeurt. Mogen wij van u vernemen waar precies en in welke omstandigheden deze onderzoeken aldus worden uitgevoerd? Graag vernemen we ook de exacte referenties betreffende voormelde literatuurgegevens. Met dank bij voorbaat voor uw spoedig antwoord.

### PERMANENTE VORMING 2002-2003 VAN HET CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP

#### CHRONOLOGISCHE ACTIVITEITENKALENDER

##### OKTOBER 2002

Di. 15 Pijnbestrijding bij ouderen (avondseminarie)

##### NOVEMBER 2002

Do. 7 De nieuwe ziekenhuisfinanciering: goede zorg en goed beheer beloond? (studiedag) ♦ Di. 19 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Projectmanagement (opleiding) ♦ Vr. 22-za.23 Wat we samen doen, doen we beter (residentiële cursus) ♦ Di. 26 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Projectmanagement (opleiding)

##### DECEMBER 2002

Di. 3 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Projectmanagement (opleiding) ♦ Wo.4-do.5 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (residentieel gedeelte) – Kwadrant. Basisopleiding in woon- en zorgcentra en kleinschalige voorzieningen (residentiële opleiding) ♦ Di. 17 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Projectmanagement (opleiding)

##### JANUARI 2003

Di. 14-wo.15 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (residentieel gedeelte) – Kwadrant. Basisopleiding in algemene en psychiatrische ziekenhuizen (residentiële opleiding) ♦ Do.16-vr.17 Geïntegreerde zorg op maat (residentieel symposium leerstoel D & T) ♦ Do. 23 Methoden wetenschappelijk onderzoek (opleiding) ♦ Di. 28 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Kwaliteit van zorg (opleiding) ♦ Do.30 GGZ voor kinderen en jongeren: zorgcircuits in wording (studiedag)

##### FEBRUARI 2003

Di.4 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Kwaliteit van zorg (opleiding) ♦ Do.6 Methoden wetenschappelijk onderzoek (opleiding) ♦ Di.11 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) – Kwaliteit van zorg (opleiding) ♦ Vr.14-za.15 De fusie voorbij (residentiële cursus) ♦ Do.20 Methoden wetenschappelijk onderzoek (opleiding) ♦ Vr.21 Clinical leadership: noodzakelijke investering in de verpleegkunde? (studiedag) ♦ Di.25-wo.26 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (residentieel gedeelte) ♦ Do.27 Methoden wetenschappelijk onderzoek (opleiding)

##### MAART 2003

Di.11 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) ♦ Vr.14 Viering 40 jaar permanente vorming (concert-receptie) ♦ Wo.19 Geïntegreerde zorg op maat (workshop Leerstoel D & T) ♦ Di.25-wo.26 Kwadrant: implementeren, sturen, verbeteren (residentiële opleiding) ♦ Do.27 Methoden wetenschappelijk onderzoek (opleiding) ♦ Vr.28-za.29 Beheerscontrole en budgettering in ziekenhuizen (residentiële cursus)

##### APRIL 2003

Di. 1 Universitair getuigschrift kwaliteitsdeskundige (opleiding) ♦ Do.24 Methoden wetenschappelijk onderzoek (opleiding) ♦ Vr.25-za.26 De ouderenzorg verzekerd (residentiële cursus)

##### MEI 2003

Vr.9-za.10 Missen is menselijk. Bouwen aan veilige zorg (residentiële cursus) ♦ Do.22 Dementie: pleidooi voor vroegtijdige interventie (studiedag)

##### JUNI 2003

Di.10-za.21 Studiereis naar de Verenigde Staten

## ACCREDITING

Voor de deelnemers-artsen wordt erkenning tot accreditering aangevraagd onder de rubriek 'Ethiek en Economie'.

**Voor meer informatie** kan u terecht op het secretariaat van de Permanente Vorming:

mevr. M. Veuchelen & mevr. C. Thys

Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap Kapucijnenvoer 35, 3000 Leuven

tel. 016/33 69 72 & 016/33 69 71 fax 016/33 69 70

mia.veuchelen@med.kuleuven.ac.be – caroline.thys@med.kuleuven.ac.be

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

### **Conference "Augmenting Health Economic Evaluations – Additional criteria and policy demands?" Monday October 21, 2002 – ANTWERPEN**

For further information : Sandra Verheij, UFSIA – tel: 03-220.40.32 – fax: 03-220.40.26 – e-mail:  
sandra.verheij@ua.ac.be

---

### **International College of Surgeons Belgian Section 20th annual symposium Jodoigne, Ferme de la Ramée December 13, 2002**

-----  
FROM ANATOMY TO VIRTUAL  
THE TECHNOLOGIES OF THE THIRD MILLENIUM  
A REAL PROGRESS FOR THE PATIENT ? AT WHAT COST ?  
-----

- Better imaging for better treatment ?
- Has treatment been improved ?
- Hopes for better treatment by new techniques ?
- Can we deprive patients from new technologies ?

Secretariat :

Dr. M. TIMMERMANS  
24A, avenue Abbé Huyberegts  
B-1340 OTTIGNIES  
Tel.: 010/41.38.84

---

### **International Consensus Conference (ICC) on "Challenges in End-of-Life Care in the Intensive Care Unit " Brussels - 24-25 April 2003 (Experts presentations) and 26-27 April 2003 (Jurors deliberations)**

**OBJECTIVES** : The purpose of a Consensus Conference is to produce an informed debate on a limited subject presented in the form of 5 main questions, with the aim of evaluating available scientific information and to advance understanding of the issue in question. It consists of a two-day conference, during which experts from different disciplines and/or from different schools make short presentations, aimed at answering the 5 questions previously defined by the Scientific Advisors. Prior to the conference, the jury, made up of 11 non experts in the field, is provided with background documentation about the presentations to be made by the experts. After attending the Conference, the jury meets up over two days, in order to prepare a Consensus statement on the issues raised.

The Consensus text may then be published by the 5 organising societies (ATS AMERICAN THORACIC SOCIETY – ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY – ESICM EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE – SCCM SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE – SRLF SOCIETE DE REANIMATION DE LANGUE FRANÇAISE).

## THE QUESTIONS TO BE ANSWERED

- 1 Is there a problem with End-of-Life care in the ICU?
- 2 What is the "epidemiology" of death in the ICU?
- 3 Who takes the decision to limit life sustaining treatments in the ICU?
- 4 What explains the differences between countries and cultures regarding End-of-Life care in the ICU?
- 5 What is the optimal care for patients dying in the ICU?

For any further information : ESICM – Av Joseph Wybran 40 1070 Brussels – Tel: + 32 (0)2 559 03 50 Fax: + 32 (0)2 527 00 62 – E-mail [public@esicm.org](mailto:public@esicm.org) – Internet <http://www.esicm.org>

---

### **GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY : XX<sup>ist</sup> EUROPEAN WORKSHOP** **Brussels Exhibition Centre (Heyssel) – Monday, June 16 to Wednesday, June 18, 2003**

This course is designed for endoscopists, gastroenterologists, physicians in training as well as for GI nurses. It will include live video demonstrations permitting interchanges between faculty and registrants during procedures, using interactive personal computer assistance, lectures and quizzes. The procedures will be performed by expert endoscopists in collaboration with radiologists, pathologists and surgeons of the Brussels Faculty.

The aim of these demonstrations is not only to show the new devices and tricks for succeeding in each type of therapeutic procedures, but above all to explain clearly how to avoid the complications related to therapeutic endoscopy and to offer attractive and interactive discussion on practical case management.

OFFICIAL LANGUAGE: ENGLISH (no simultaneous translation)

For any further information :

Administrative Secretariat, Mrs Nancy BEAUPREZ

Gastroenterology Department, Erasme Hospital, Route de Lennik 808, B-1070 BRUSSELS

TEL : + 32(0)2 555 49 00 - FAX: + 32 (0)2 555 49 01 - E-mail: [beauprez@ulb.ac.be](mailto:beauprez@ulb.ac.be)

---

## AANKONDIGING

02058 **ANESTHESIST** met cardio-opleiding zoekt betrekking. Contact redactie.

---

## Inhoudstafel

• Toekomst van de specialistische geneeskunde anno 2002.....	1
• Opmerkingen bij de tussenkomst in de Senaatscommissie "Tekort aan bepaalde geneesheren-specialisten" van Mevr. Mia De Schamphelaere (CD&V) .....	13
• Consult van de geneesheer-specialist bij een zieke thuis of op zijn verblijfplaats .....	17
• Opleidingsduur pneumologie gewijzigd .....	18
• Wet betreffende de euthanasie .....	18
• Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen - RIZIV – Aanwijzingen en standaarden – Nomenclatuur (B.S. d.d. 29.6.2002).....	19
• In het Staatsblad.....	20
• Derde "Gezondheidswet" – Wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (B.S.10.09.2002) .....	21
• Aanpassing raadplegingen .....	24
• Permanente vorming 2002-2003 van het Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap .....	26
• Wetenschappelijke vergaderingen .....	27
• Aankondiging .....	28