
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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 4 / APRIL 2004

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

**STANDPUNT VAN HET VERBOND VAN BELGISCHE GENEESHEREN
SPECIALISTEN (VBS) BETREFFENDE DE GENERISCHE GENEESMIDDELEN,
HET SUBSTITUTIERECHT, HET VOORSCHRIFT OP STOFNAAM
EN HET BEDELEN VAN MEDISCHE MONSTERS**

Het **Verbond van Belgische Geneesheren Specialisten** staat grotendeels positief ten aanzien van generische geneesmiddelen als kostenbesparend element in de gezondheidszorg. Voorwaarde hiertoe is evenwel dat de kwaliteit, kwantiteit en bio-equivalentie van deze producten gegarandeerd zijn. Deze moeten niet alleen bij de registratie van het product conform zijn, doch ook over het verdere verloop van de beschikbaarheid, wat regelmatige controle impliceert opgelegd vanwege de overheid en uitgevoerd door de bevoegde diensten. Het is immers niet uitgesloten dat bepaalde generische producenten op een bepaald moment beslissen elders hun producten aan te kopen zonder dat de bio-equivalentie en andere elementen van degelijkheid gecontroleerd zijn.

Voor generische producten in vloeibare vorm pro inhalatione of pro injectione is er terughoudendheid gezien geen nazicht op pyrogeniciteit opgelegd is.

Het Verbond van Belgische Geneesheren-specialisten acht het ook absoluut noodzakelijk dat de informatie over de volledige samenstelling van het generisch product, inclusief de hulpstoffen, op gelijke wijze zou toegankelijk zijn als de merkproducten door vermelding in het boek en de CD-rom van de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (Pharma.be) ofwel beschikbaar zou zijn via het Belgisch Centrum voor Farmaco-therapeutische Informatie (<http://www.bcfi.be>). Deze informatie is immers cruciaal voor patiënten met overgevoelighedsreacties en allergieën. Om deze reden verzet het Verbond van Belgische Geneesheren-specialisten zich ook ten stelligste tegen het invoeren van een substitutierecht door de apotheker. Daartegenover staat dat er geen bezwaar is dat de arts op stofnaam zou voorschrijven, wat dan impliceert dat geoordeeld is geworden dat de betrokken patiënt geen overgevoelighedsreactie of allergie vertoont, in welk geval substitutie dan wellicht ook geen problemen zou scheppen en zou kunnen doorgevoerd worden.

Wat betreft de beperkingen op de toelevering van medische stalen stelt het VBS vast dat inzonderheid voor medicaties vallende onder hoofdstuk IV (Bf) er problemen rijzen : een aanvraag tot toelating tot terugbetaling dient reeds opgesteld alvorens geweten is of patiënt deze medicatie verdraagt of ermee geholpen is wat een nodeloze administratie met zich meebrengt;

Andere, zeer dure medicaties, bv. bij de ziekte van Alzheimer, dienen soms twee à drie maanden door patiënt eerst bekostigd alvorens de toelating tot terugbetaling bekomen is geworden wat ernstige sociale en financiële problemen kan veroorzaken en leiden tot de onmogelijkheid de behandeling op te starten. Dit kan er ook toe leiden dat, omwille van bezuinigingen, een behandeling in het ziekenhuis niet zal worden opgestart, terwijl tot nog toe de behandeling werd gestart met monsters.

In het ziekenhuis treffen de beperkingen ook bijzonder de beschikbaarheid van medische stalen voor artsen en assistent-artsen door het feit dat er geen gezamenlijke voorraad stalen kan aangelegd worden door de individualisatie van de staalbedeling. Een oplossing zou erin bestaan een forfaitair aantal stalen aan de verschillende diensten van de ziekenhuizen te laten worden zodat het sociale en financiële voordeel (voor patiënt doch ook voor de verzekeringsorganismen en RIZIV) kan herwonnen worden.

NUMERUS CLAUSUS
ANTWOORD VAN DR. JEAN-LUC DEMEERE, VOORZITTER VAN HET VBS

(Artikel gepubliceerd in de rubriek "Opinion – Médecine" in "La Libre Belgique" d.d. 19.03.2004 in antwoord op het artikel "Numerus Clausus . Quousque tandem ?" van Pr. Martin Buyschaert, gepubliceerd in dezelfde rubriek d.d. 12.03.2004)

WE MOGEN ONS NIET BLIND STAREN OP DE NUMERUS CLAUSUS

De numerus clausus stelt op zich geen enkel probleem. Het is de toepassing ervan die ter discussie staat evenals de incoherente politieke beslissingen van de Franse Gemeenschap.

DR. JEAN-LUC DEMEERE

Voorzitter van het Verbond van Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten

Wij delen de mening van Professor Buyschaert die aan het begin van het artikel stelt dat een regulering van de artsenstroom geoorloofd en rationeel is. Dit zinnetje toont aan dat ook het academisch milieu zich bewust is van de nood aan regulering, in casu van het aanbod van geneesheren. Uitgaande van deze hypothese verzet hij zich evenwel tegen de numerus clausus. Hij relateert de objectiviteit van de planningscommissie (waarvan Prof. Deliège deel uitmaakt), en benadrukt de belangrijke rol die de beroepsorganisaties hierbij spelen die "akkoord gaan met een rigoristische toepassing van de numerus clausus waar ze soms zelfs de herauten van zijn".

Het artsenkadaster is zijn inziens niet correct. Het zou geen rekening houden met de vervrouwelijking, pensionering, werklast ... In de berekeningen van het ministerie zou een vrouwelijk equivalent voltijds geraamd worden op 80 % van het mannelijk equivalent voltijds. De studies van Dr. Dercq zijn gebaseerd op de evolutie van de huidige artsenbevolking, op de evolutie in de schoot van elke medische specialiteit en bijgevolg op de afvloeit wegens pensionering. Het aantal geaccrediteerde geneesheren is gekend en deze geneesheren zijn bijgevolg beroepsactief met een voldoende aantal patiëntencontacten, zoniet zouden ze niet geaccrediteerd kunnen worden.

IN BRUSSEL IS ER EEN GENEESHEER VOOR 154 INWONERS, IN VLAANDEREN EEN VOOR 272 EN IN WALLONIE EEN VOOR 238. DIT IS NAGENOEG EEN EUROPEES RECORD.

Het probleem schuilt in de omschrijving van het artsenplethora. In Brussel is er één geneesheer voor 154 inwoners, in Vlaanderen één voor 272 en in Wallonië één voor 238. Dit is nagenoeg een Europees record. Er is wel degelijk een plethora en universitaire studies hebben aangetoond dat het buitensporig aantal artsen (die per acte worden betaald) een stijging van het aantal acten en van de kosten voor gezondheidszorg inhoudt maar geen kwaliteitsverhoging van onze "voorbeeldige" geneeskunst. Als bewijs uit het ongerijmde haalt de professor het voorbeeld aan van de Engelse of Nederlandse patiënten die door de echelonnering (die Rudy Demotte ook wil doorvoeren in België), de forfaitarisering (idem) en 20 jaar rantsoenering van de zorgverlening (nog steeds idem) zich in België laten verzorgen en opereren. Als er geen plethora zou zijn in België, zouden de instellingen elkaar niet beconcurreren om deze, zowel voor de geneesheren als voor de instellingen, zeer interessante contracten binnen te halen. Ik denk niet dat hij deze geneesheren bedoelt wanneer hij het heeft over "overbelaste" geneesheren met "wachtlijsten" "die geen versterking vinden". Laten we deze toestanden in de buurlanden, die door de politiek en de novo werden gecreëerd, voor wat ze zijn en laten we vooral de structurele problemen inzake medische omkadering (die nochtans makkelijk kunnen worden opgelost) waarmee de academische ziekenhuizen kampen, niet verwarren met de plethora die heerst in de ganse gezondheidssector.

Laten we duidelijk zijn. Het werkelijk probleem schuilt niet in het bestaan van de numerus clausus maar in de absurde, onmenselijke en onaanvaardbare uitvoering ervan door de Franse Gemeenschap. Het echt probleem ligt bij het decreet van Mevrouw de Minister Dupuis dat de selectieprocedure afschaft. Tegen het advies van de meeste decanen in, vond er geen selectie plaats bij aanvang van de studies geneeskunde noch op het einde van het eerste jaar. Zodat men, zoals de professor aanhaalt, in het geval van de UCL, enerzijds studenten heeft die geslaagd zijn in de (afgeschafte) selectie en anderzijds studenten die de "toestemming om (hun studies) normaal verder te zetten" bekwamen bij arrest van de Raad van State. En daar ligt het werkelijk probleem. De selectie aan het einde van de derde kandidatuur is voor deze hogere rechtbank onaanvaardbaar. De enige oplossing die de politiek biedt, is de afschaffing van de selectieprocedure. Elkeen kent het decreet van Mevr. Dupuis van 27 februari 2003 waarbij de selectie voor

de postgraduaatopleiding van 2004 tot 2007 rekening moet houden met de resultaten van de zogenaamde "Visa". Politieke incoherentie ?

We moeten de beroepsorganisaties niks verwijten, maar vragen stellen bij de financieringswijzen van de Franstalige universiteiten. Per capita ? Welke gevolgen heeft de numerus clausus voor de werking van onze academische of opleidingsziekenhuizen ? Een chirurg van de ULB is erin geslaagd een werkgroep in het ministerie in het leven te roepen voor het creëren van nieuwe functies zoals "gezondheidstechnici" of sommige paramedische opleidingen ter vervanging (u zegt wel "niet ten koste van een verkwanselde geneeskunde !") van de stagiaires of de geneesheren assistenten in opleiding wier aantal door de toepassing van de numerus clausus zal verminderen.

Het debat moet ook gezien worden in het licht van de polemiek omtrent de echelonnering en het verzoek van de minister om de extramurale geneesheren terug naar de ziekenhuizen te halen. Zijn er nog zoveel functies vacant in ons ziekenhuizenet dat voortdurend krimpt ? Wij kunnen aantonen in welke mate ons opleidingsbeleid heeft bijgedragen tot het artsenplethora waarmee we nu verveeld zitten. Een bijkomend probleem is de opdeling binnen het beroep. Er zijn te veel huisartsen en te veel geneesheren-specialisten. Daarenboven worden de extramurale geneesheren voortaan politiek aanzien als overtoellig. Men wil ertoe komen dat de enen (de huisartsen) bepalen wat de anderen (de specialisten) nog mogen doen. Allen worden verantwoordelijk gesteld (en voortdurend van nabij gecontroleerd) voor de toekenning en de aanwending van de financiële middelen.

De kostprijs hiervoor moet door de gemeenschap (met hoofdletter als morgen de gezondheidszorg wordt gedefederaliseerd) worden gefinancierd. Dit brengt ons tot de kern van de discussie. De Vlaamse gemeenschap heeft de toegang tot de geneeskundestudies gereguleerd en ondanks de jaarlijkse fluctuaties, zowel in positieve als negatieve zin, moeten de quota globaal genomen worden nageleefd. In Wallonië is er een juridisch vacuüm en bijgevolg is er geen regulering mogelijk. Laten we ons op de kern van het debat concentreren en de publieke opinie niet fixeren op de waarde van het numerus clausussysteem om de incoherentie van de politieke beslissingen in de Franse Gemeenschap te verdoezelen. Ter herinnering : in haar decreet van 2003 vraagt Mevr. Dupuis de federale beslissingen na te leven. Hoe kunnen we dat ? Het voorgesteld moratorium met de Franstalige decanen van de geneeskundefaculteiten biedt misschien een oplossing. Het probleem ligt op federaal niveau (ministerie van volksgezondheid) waar de Vlamingen zich bekocht voelen en spreken van een splitsing Noord-Zuid. De 3700 vermelde handtekeningen, en niet de minste, die de zuivere en harde toepassing van de numerus clausus eisen, tonen in welke mate het debat gecommunautariseerd is. We mogen ook de verkiezingen van 13 juni niet vergeten. Wij kunnen begrijpen dat een politieke en federale beslissing die in het Zuiden van het land niet wordt nageleefd, vijandelijke reacties van het Noorden uitlokt.

Aan het Latijns citaat waarmee het artikel opent "Numerus clausus, quousque tandem" zullen de Vlamingen ongetwijfeld onmiddellijk de rest van het citaat toevoegen "abutere patientia nostra". De beroepsverenigingen willen een menselijke oplossing vinden voor deze geneesheren van de juni-lichting die buiten de numerus clausus vielen. Denkt u dat de Franstalige politici deze visie, die getuigt van humanisme en burgerzin, delen ? Ondanks alle voorbije absurditeiten, durf ik nog te hopen van wel.

DE « SOFTE » AANPAK VOLGENS MINISTER DEMOTTE OF "IK BEOOG GEENSZINS EEN ECHELONNERING..."

De Minister-President van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering, Dhr Jacques SIMONET, heeft ons recentelijk (op 10.03.2004) de verklaringen bezorgd van de federale Minister van Volksgezondheid en Sociale zaken over de manier waarop hij de burger de echelonnering van de gezondheidszorg wil doen slikken. Hij vroeg ons onze mening daarover. Hierna geven we de vertaling van het verhaal van Minister Rudy DEMOTTE :

"Ik beoog geenszins een echelonnering van de zorgverlening, maar een optimaal parcours van de patiënten en een betere organisatie van de gezondheidszorg in ambulant milieu. Een betere organisatie moet de globale ten lasteneming van de niet-gehospitaliseerde patiënten verbeteren. In een bepaald aantal gevallen moet de patiënt tot het gezondheidszorgsysteem toetreden via zijn huisarts, die op de hoogte is van zijn voorgeschiedenis, zijn sociale, familiale en economische toestand en die hem actief kan bijstaan in het netwerk van gespecialiseerde zorgverlening.

Sommigen aanzien de eerstelijnszorg als een eis van ontgoochelde verstrekkers die pleiten voor de "terugkeer" naar een minder technische geneeskunde.

Anderen zien hierin de economische en politieke wil tot rantsoenering van de zorgverlening, gekoppeld aan het verlies van de vrije keuze van de verstrekker en aan een financieringswijze die afwijkt van het heilig huisje van de betaling per prestatie.

Nochtans gaan verschillende landen die, soms al jarenlang, een dergelijke organisatie van het gezondheidssysteem hebben bestudeerd, over tot acties : Canada, Frankrijk. Internationale organisaties hebben hierover plannen en aanbevelingen uitgewerkt. Het aantal onderzoeken en bibliografische bronnen hierover is ontelbaar.

De hierna volgende beschouwingen over de eerstelijnszorg vloeien voort uit verschillende vaststellingen en opgemerkte noden, die hieronder omschreven worden. Zij trachten bovendien rekening te houden met de diepgaande demografische, sociale mutatie en met de behoeften aan zorgverlening in de westerse landen op dit ogenblik en in de toekomst.

Ik zal u in de loop van de volgende weken een gedetailleerde technische nota bezorgen over de elementen die ik in de eerstelijnszorg wil ontwikkelen. "

Hierna volgt het antwoord dat wij op 17 maart 2004 aan Minister-Voorzitter SIMONET hebben bezorgd :

"Mijnheer de Minister-Voorzitter,
Wij danken u voor het ons overmaken van de reactie van Minister Rudy DEMOTTE ...

Deze brief maakte in fine gewag van "hierna volgende verschillende vaststellingen en opgemerkte noden », waarvan wij nochtans geen verdere vermelding hebben teruggevonden, noch onderaan de brief, noch in een bijlage.

In de tweede alinea komt hij tot de kern van de zaak. Wij kunnen ons niet van de indruk ontdoen dat de Heer Demotte, zich klaarblijkelijk wel bewust van de negatieve connotatie, het woord "echelonnering" liever uit zijn woordenschat weert. De voornaamste gevolgen van dergelijk zorgsysteem met name het verlies van autonomie van de patiënt en het verlies van kwaliteit van de zorgverlening, schildert hij af als een absolute meerwaarde ("een optimaal parcours van de patiënt"). Een typisch voorbeeld van het modern politiek taalgebruik : beweren dat men niet doet waarmee men bezig is en de mensen op de koop toe doen geloven dat het voor hun bestwil is. Men omringt zijn verhaal met absurde en ongefundeerde argumenten, zoals bvb. stellen dat de "globale ten laste neming" eigen is aan de huisarts, terwijl dit precies de basis vormt voor elke medische benadering van een patiënt. Men verzorgt immers steeds een patiënt, en niet een orgaan.

De daarna volgende zinnen kunnen het dogmatisch karakter van de politieke keuze niet verbergen :

- « In een bepaald aantal gevallen » (NB : zonder verdere verduidelijkingen)
- "moet de patiënt (Fr. "doit" N.B. : Petit Robert; verbe "devoir": obligation)
- "...toetreden tot het gezondheidssysteem via zijn huisarts " (N.B. : "ceci n'est pas une pipe!", zou surrealist Magritte zeggen),
- omdat de huisarts "...op de hoogte is van zijn voorgeschiedenis, zijn sociale, familiale en economische toestand » " (N.B. : de patiënt zelf is de beste informatiebron; nochtans zou alleen de huisarts – niettegenstaande het feit dat elke andere geneesheer dit doet – gemachtigd zijn om hieruit de pertinente gegevens te distilleren voor de medische benadering van zijn gezondheidstoestand).

Objectief gezien is de vrijheid van de patiënt de beste kwaliteitswaarborg bij zijn toegang tot het gezondheidssysteem. Als hij daarbij een begeleider nodig acht, laat hem dan de vrije keuze. Dit is de basis van de enige echte maatschappelijke controle over het gezondheidssysteem waarover de patiënt kan beschikken, en zijn enige waarborg op kwaliteit. Als hij niet langer de vrije toegang heeft tot het systeem en geen autonome bewegingsvrijheid meer heeft zodra hij in het systeem zit, dan is hij objectief, subjectief en politiek gezien ... "monddood". Deze maatregel is bijgevolg fundamenteel antidemocratisch: men verplicht de burger om zijn eigen beslissingsrecht af te staan aan een derde, met name een beoefenaar van een welbepaalde professionele categorie.

De daarop volgende fase blijkt al duidelijk uit de rest van de tekst (het taalgebruik wordt ook stroever). Wat wil de minister zeggen? Dat zorgrantsoenering maar tot de verbeelding behoort? Excuseer, dit is zo klaar als een klontje : de economische wil tot rantsoenering van de zorgverlening is steeds inherent geweest aan alle geëchelonnerde zorgsystemen, inbegrepen bij twee van onze meest nabije buurlanden, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Geen van beide durft of kan nog langer de ontredderde staat van hun gezondheidsbeleid verbergen. Ze zijn in een impasse terecht gekomen ten gevolge van drie fundamentele redenen :

1. de patiënten zijn er al een halve eeuw lang hun keuzevrijheid kwijt, zodat ze elke vorm van maatschappelijke controle op het zorgsysteem verloren hebben;

2. de overheid heeft er kost wat kost de heilige koe van de forfaitaire vergoeding willen behouden, wat ontegensprekelijk duurder kost en elke natuurlijke stimulans tot prestatie in de kiem smooit; de stimulans tot zorgontwijking is er groter dan de stimulans tot zorgverlening;

3. men heeft het monopolie voor toegang tot de zorgverlening toevertrouwd aan een « gate-keeper », een systeem dat rechtstreeks of onrechtstreeks leidt tot een lijdensweg (« optimaal parcours van de patiënten ?) van laattijdige diagnoses, uitgestelde behandelingen en wachtlijsten (zijn er nog andere « verschillende vaststellingen en opgemerkte noden » nodig?)

Wat de andere landen betreft die in de brief worden vermeld : Frankrijk evolueert geenszins in de richting van een vorm van echelonnering (noch "soft", "middelsoft" of "hard"). Frankrijk richt opnieuw een betalingssysteem in voor ziekenhuizen gebaseerd op DRG net zoals bij ons en neemt volledig afstand van het forfaitair systeem. Wat het Canadees systeem betreft, is de toestand catastrofaal. Het systeem vertoont talrijke lacunes, leidt tot een ernstig tekort aan bedden en verplegend personeel. Een mooi voorbeeld dus van hoe het zeker niet moet.

Tenslotte, lijkt Dhr. DEMOTTE onze burgers te willen onderwerpen aan de drie kenmerken (cfr. supra) die verantwoordelijk zijn voor de mislukte zorgsystemen van de twee voormelde buurlanden. In zijn speciale woordenschat heet dat "samenwerking tussen de huisarts en de specialist". En omdat deze woorden niet verkeerdelijk zouden worden geïnterpreteerd, omringt hij zich enkel met de dogmatische ideologieën van de echelonnering, een zuiver totalitair begrip dat door zijn directe medewerkers wordt aangeprezen. Bijgevolg ontwijkt hij elke directe dialoog met de specialisten die hij straal negeert. Wij wachten vol ongeduld op een onderhoud met minister Demotte, een verzoek dat wij sedert juli 2003 al meermaals hebben geformuleerd.

...

Het zou nochtans zo makkelijk zijn om dezelfde weg verder te bewandelen, die heeft geleid tot ons kwalitatief hoogstaand systeem, wat op dit ogenblik volop internationale erkenning geniet en zelfs enige afgunst opwekt. Het zou volstaan om de wederzijdse informatieuitwisseling tussen huisartsen en specialisten te bevorderen en te vervolmaken in het belang van de patiënt. Laten we niet uit het oog verliezen dat ons systeem gebaseerd is op de vrije toegang tot de zorgverlening en een akkoord tussen de zorgverleners, de financiers en de ziekenfondsen. Dit is een liberale, burgerlijke en niet-doctrinaire zienswijze. Een progressieve maar resolute wijziging zou de patiënt beroven van zijn vrije keuze en zijn toegangsvrijheid tot de zorgverlening.

Zoals we reeds vermeldden aan het begin van onze brief, hebben wij geen spoor gevonden van de "verschillende vaststellingen en opgemerkte noden". Wij bezorgen u evenwel in bijlage een schrijven aan de Minister in antwoord op zijn nota inzake "de samenwerking tussen huisartsen en specialisten". Deze brief werd reeds meer dan een maand geleden verstuurd. Tot op heden ontvingen wij nog steeds geen antwoord.

Wij danken u, Mijnheer de Minister-Voorzitter, voor het belang dat u hecht aan dit probleem en verblijven inmiddels met de meeste hoogachting.

Dr Marc MOENS
Secretaris-generaal

Prof. Dr Jacques GRUWEZ
Ondervoorzitter

Dr Jean-Luc DEMEERE
Voorzitter

HET "BESTEK" VAN MINISTER DEMOTTE

Op de website van de federale minister van Sociale zaken en Volksgezondheid pronkt sedert enige tijd de aankondiging van een nieuw reglementerend initiatief, nl. het "bestek" (Fr. le "devis") van de ziekenhuispatiënt. Het gaat om een ontwerp KB dat de bedoeling heeft de artikelen 85, 86 en 110 van de "Gezondheidswet" van 14.01.2002, met name de gewijzigde versies van respectievelijk de artikels 91, 92 en 139 van de ziekenhuiswet, in werking te laten treden.

Pro memorie:

-art 91: "De Koning kan nadere regelen bepalen inzake:

- a) de aard van de bedragen ten laste van de patiënt, die hem vooraf moeten worden medegedeeld, onder meer de supplementen bedoeld in artikel 90 (*verblijf*) en in artikel 138 (*honoraria*);
- b) de modaliteiten van mededeling aan de patiënt, van de bedragen, bedoeld in a);
- c) de voorlegging ter ondertekening aan de patiënt van een document met vermelding van de in a) bedoelde bedragen..."

-art 92: "De Koning bepaalt de wijze waarop de bedragen bedoeld bij art 90 (*supplementen verblijf*), 104bis (*bedragen ten laste van sociaal verzekerden m.b.t. verblijf*) en 104ter (*idem maar voor niet - sociaal verzekerden*) ter kennis van het publiek worden gebracht".

-art 110: schrapping van de tweede zin van art 139 van de ziekenhuiswet.

De werkelijke bedoeling, nl. het electorale object dat beoogd wordt met de ambitieuze term een "bestek" van ziekenhuisopname, is vooral:

-de patiënt de indruk geven dat hij zelf het tarief bepaalt, wat natuurlijk niet waar is, zodat de eerste indruk stilaan verbleekt naarmate de ogen van de patiënt vorderen in de lectuur van de zgn. opnameverklaring. Het vierde lid van art 2 van het ontwerp stelt: "*De opnameverklaring moet volledig ingevuld worden. De patiënt dient hierop duidelijk aan te geven of hij al dan niet tegen verbintenistarieef wenst verzorgd te worden en welke kamerkeuze hij maakt.*" Niet echt cartesiaans, vermits enerzijds de eerste keuze bepaald wordt door de tweede keuze en anderzijds de eerste keuze mogelijks de tweede keuze uitsluit. Hier wordt hij verplicht te kiezen - net zoals een kind voor de vitrine van een speelgoedwinkel - voor alles tegelijk. Wat is dan de bedoeling? De mensen een rad voor de ogen draaien? De ziekenhuisadministratie geregeld confronteren met gefrustreerde, mogelijks geïrriteerde burgers?

-de patiënt de valse indruk geven dat hij op elk ogenblik exacte gegevens kan verkrijgen over elk kostenelement dat ergens aanleiding tot facturatie kan geven. Alleen daarvoor al werd een vroeger ontwerp met roerende éénparigheid – een unicum in de geschiedenis – gekelderd door de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen (NPCGZ). In de aanhef van het ontwerp van Rudy Demotte staat nochtans geschreven "Gelet op het advies van de Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen van 17 september 2002". De leden van de NPCGZ zouden de schrapping van die vermelding moeten eisen wegens intellectuele oneerlijkheid. Er werd immers helemaal "op niets gelet"!

Nu de sector met Rudy toch uitgedialoogd is, gaat deze laatste onverstoord verder met zijn contraproductief "bestek". In elk van de drie bijlagen, één voor de klassieke hospitalisaties, één voor dagziekenhuis en één voor psychiatrische opnamen staat bvb. hetzelfde volzinnetje (over farmaceutische kosten): "*Ongeacht het kamertype zijn deze kosten gedeeltelijk of volledig te uwen laste volgens het type en desgevallend wegens de door u gekozen materialen en producten.*" (NB: straks gaat de patiënt nog denken dat hij zelf de medicaties kan kiezen). En verder: "*De prijs van de materialen en producten zijn op eenvoudige vraag te bekomen bij de instelling*". Minister Demotte die, naar verluidt, zich bewust is van de dramatische onderfinanciering van de ziekenhuizen, zou er goed aan doen een correcte previsionele becijfering te maken van de administratieve meerkost die zijn "eenvoudige vragen" gaan veroorzaken.

De verklaring in de bijlagen eindigt met de zinnetjes:

"Ik weet dat ik het recht heb om informatie te krijgen over de mogelijke persoonlijke financiële gevolgen (aandeel patiënt, supplementen,...) van mijn keuze". (NB: reden te meer om het keuze-algoritme precies niet op het "verbintenistarieef" te funderen, maar op grond van de werkelijke primaire keuzemogelijkheden).

"Ik weet dat ik het recht heb om bij de geneesheer die mij behandelt (NB: kiest de patiënt dan toch een arts i.p.v. een tarief?), informatie te krijgen over de kosten die ik zelf moet betalen voor de te voorziene medische handelingen en ik hou er rekening mee dat bepaalde kosten niet te voorzien zijn." Maar in het vijfde lid van artikel 2 van het ontwerp staat dan weer: "*Alle door de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekende documenten of gestelde handelingen die strijdig zijn met de hierboven vermelde opnameverklaring zijn nietig.*"

Er ontstaat bijgevolg minstens – en totaal nutteloos - een ruime rechtsonzekerheid, ééns de kosten zijn aangegaan in het kader van het onderzoek of de behandeling van de patiënt, voor alle gegevens die factureerbaar zijn en al wat aan gegevens vooraf aan de patiënt terzake wordt of werd medegedeeld, weze het schriftelijk en zelfs ondertekend voor akkoord. Bovendien ligt de volledige bewijslast dat de informatie verstrekt is geweest, - gevraagd of niet - bij hetzij de administratie, hetzij de zorgverlener, hetzij beide of wie ook geacht wordt informatie te verstrekken. Terwijl de patiënt minstens wordt aangespoord om de strijdigheid met zijn opnameverklaring aan te voeren. De hele "besteklogica" is totaal onwerkbaar!

De minister gaat met dit ontwerp ruim buiten het juridisch kader van het voormelde artikel 91 van de ziekenhuiswet. Het bevat bovendien bepalingen die strijdig zijn met het verbintenisrecht en met andere wettelijke bepalingen die in het Belgisch staatsblad verschenen zijn na de wet van 14.01.2002. Ra, ra dewelke¹?

Volgens artikel 3 dient de beheerder "*in de opnameverklaring te vermelden, in percent of in euro, welk bedrag de artsen ten opzichte van de verbintenistarieven hanteren bij de bepaling van de supplementen. In de gevallen waarin dit niet bij wet is opgelegd* (NB en dat zijn precies de gevallen waarvoor supplementen kunnen aangerekend worden), *kan hij verduidelijken dat het om maximumbedragen gaat*". Dit artikel zegt dus dat het iets wil opleggen dat niet op grond van de wet kan opgelegd worden.

¹ Wet op de rechten van de patiënt van 22.08.2002

Het domste artikel van het ontwerp is tenslotte het artikel 5, dat voorziet in de opheffing van het vroegere K.B. van 3 oktober 1991 ("inzake de mededeling aan de patiënten van de supplementen die ten opzichte van de verbintenistarieven worden aangerekend en van ieder ander supplement"). We dachten trouwens dat dit al gebeurd was met de uitdovende overgangsbepaling van art 114 van de wet van 14.01.2002 (de fameuze overgangstermijn die verliep op 22 februari van dit jaar). In elk geval kon dat oude KB zijn reden van (blijven) bestaan tenminste putten uit het feit dat het meer dan tien jaar gewerkt had zonder enige overlast te bezorgen, en wel tot ieders voldoening en tevredenheid. Het was trouwens in het leven geroepen door een vooraanstaand PS-politicus, die zelfs geruime tijd partijvoorzitter is geweest. Maar...hij was een fysicus, vermoedelijk te cartesiaans².

GMD: STATUSSYMBOOL VAN DE HUISARTS OF INSTRUMENT VOOR GEGEVENSUITWISSELING?

Geneesheeren-specialisten komen regelmatig bij het VBS terecht met hun bedenkingen en ervaringen uit de dagelijkse praktijk. Meer en meer komt daarbij de problematiek van de samenwerking huisarts-specialist aan bod. De specialistische ervaringen i.v.m. het GMD zijn verre van bevredigend wat het nut en het belang voor en van de patiënt betreft. Het lijkt wel dat de opvattingen van vele huisartsen over de nood aan gegevensuitwisseling in een strikt "echelonistische", afschermdende visie worden gesteld: beheren maar niet delen...Theoretisch heeft de patiënt het volste beslissingsrecht over zijn dossiergegevens, maar in de praktijk blijkt duidelijk dat het GMD eigenlijk als een stap (te ver) in de echelonering wordt gebruikt. We zetten daarom een aantal ervaringen van geneesheeren-specialisten op een rijtje...

1. Veel verwijzingen van de huisarts naar de specialist zijn in feite verwijzingen die de patiënt uitdrukkelijk gevraagd heeft, omdat hij nu eindelijk wil dat zijn probleem wordt opgelost.³ *"Ik heb al veel patiënten zien opfleuren nadat ze eindelijk eens op consult konden (mochten) komen. Het valt daarbij ook op dat de huisarts vaker stuurt als hij veel werk heeft en minder verwijst als hij het minder druk heeft."* De patiënt komt dus vroeger of later bij zijn specialist terecht naargelang het moment van workload van de huisarts.

2. Een andere bemerking : *"Na terugverwijzing worden wij nooit door de huisarts op de hoogte gesteld van het verder verloop van de behandeling of van de problemen die zich ondertussen bij de patiënt hebben voorgedaan."* De specialist zal dus wat gebeurd is tussen twee specialistische raadplegingen vaak alleen vernemen via de patiënt zelf. Reden op zich om de vrije toegang van de patiënt tot de specialist niet in gedrang te brengen.

3. *"Wij geven alle gegevens (gratis en niet-gesubsidieerd) door aan de huisarts, en hij geeft haast niets aan ons door."* Het GMD is dus grotendeels éénrichtingsverkeer. *"Wanneer wij een patiënt zien moet het verslag liefs gisteren in de (elektronische) bus liggen. Het opsturen van een verslag via de post wordt vaak als slechte wil aanzien"*. Zonder een uitgebreid en snel reagerend secretariaat is een specialistische praktijk niet werkbaar. De doorsnee huisartsenpraktijk heeft daarentegen een zeer beperkte secretariaatsfunctie, wat het gegevensverkeer belemmert. De huisarts beschouwt zijn praktijk als de info-ontvangende "terminal", en heeft zich nog lang niet als de verwachte informatieverstrekker opgesteld.

4. Het éénrichtingsverkeer van de gegevens heeft ook gevolgen voor de indeling van de dagtaak: informatie opstellen is uiteraard omslachtiger dan inlezen. Dank zij het elektronische briefwisseling kan de huisarts zijn dagtaak afsluiten na lezing van de binnengekomen berichten. Specialististen zitten 's avonds en tijdens het week-end nog uren brieven en verslagen te dicteren. De huisartsen klagen zich het been stijf over de overdaad aan paperassen in hun werkwereld. Zeer terecht. Maar het secretariaatswerk en de papierwinkel van de specialist weegt minstens even zwaar, zoniet nog zwaarder.

5. De gegevensuitwisseling gaat ook gepaard met emotionele aspecten. *"De manipulatie van de specialist en de patiënt door de huisarts wordt allengs een feit. Zelfs nu nog durven huisartsen met wie ik al 15 jaar samenwerk en aan wie ik altijd stipt hun verslagen heb bezorgd, niet verlegen zijn om tegen de patiënt te zeggen: 'En vraag hem of ik een verslag krijg'. Zelfs over raadplegingen waarover ik niets bijzonders te melden heb doen ze misnoegd tegen de patiënt dat er geen verslag is! Allemaal erg vernederend voor ons."*

6. Er heerst een duidelijk onbegrip vanwege de huisartsen omtrent de kosten die inherent zijn aan de specialistische praktijk. In de ziekenhuispraktijk worden de secretariaatskosten, net zoals alle andere personeelskosten, als maar zwaarder doorgerekend, tot er tenslotte moet in gesnoeid worden. Sommige

² Philippe Busquin

³ De teksten in schuine letters komen uit brieven van geneesheeren-specialisten

specialisten belanden dan in situaties waar ze noodgedwongen maar zelf de verslagen tikken. *"Ze weten maar al te goed dat verslagen maken tijd, moeite, energie en geld kost... Tijdens ieder onderzoek zitten wij constant brieven te typen opdat we deze kunnen meegeven naar de huisarts. Een specialist die niet onmiddellijk een verslag kan overhandigen dreigt uit de boot te vallen, ook al heeft hij de grootste capaciteiten."*

Uit verscheidene verklaringen en geschriften van huisartsen blijkt ten andere dat een totaal wereldvreemd beeld de ronde doet over de aanwending van de specialistische honoraria. Een neuroloog schrijft: *"In ons ziekenhuis hebben we de 1,7 FT equivalenten verplegend personeel moeten terugschroeven naar 0,8FTE om de onkosten te beteugelen, zodat ik nu twee namiddagen zonder verpleegkundige bijstand raadpleging houd, met uiteraard een geringer aantal poliklinische patiënten. Zelfs met deze besnoeiing gaan nog minstens 70% van de gehele inkomsten aan EEG op in de verpleging alléén (zonder lokaal - en werkingskosten, secretariaat enz...). Wat blijft er over?"*

De huisartsen beseffen evenwel niet dat de kosten van alle samenstellende elementen van hun DMG gefinancierd worden vanuit de honoraria van de specialisten.

7. De bewering van Minister Demotte dat het beroep van huisarts zou lijden aan intellectuele verarming, blijkt eerder paradoxaal te zijn. Specialisten beweren immers dat ze voortdurend zorgen voor intellectuele verruiming van de huisartsgeneeskunde. *"De huisarts eist snelle verslagen van ons. Dat is ook logisch. In onze verslagen staat onze wetenschappelijke kennis die hij meepikt en dan kan repercuteren naar de patiënt. Wij zorgen dus voor een constante bijscholing. Jammer dat ze dit nooit toegeven. Wij merken maar al te goed dat beginnende huisartsen medisch vaak zwak zijn maar na enkele jaren duidelijk groeien, hoofdzakelijk door de professionele begeleiding van de specialist."*

8. Het GMD is er niet voor de huisarts, maar voor de patiënt. Het heeft maar zin als het de patiënt begeleidt en ter beschikking wordt gesteld van de specialist die door de patiënt geraadpleegd wordt. Het is niet aan de huisarts om daarover te beslissen, maar aan de patiënt. Als de huisartsen dat niet inzien en er geen passend gevolg aan geven, dan wordt een andere logica, die veel verder gaat, zo goed als onvermijdelijk: *"Een GMD voor de specialist is even logisch als voor de huisarts. Als neuroloog is het absoluut noodzakelijk dat ik mijn epilepsie-, Parkinson-, CVA-, dementie-, migraine-, rug-, PNP- en dergelijke meer patiënten absoluut blijf volgen, willen ze de juiste zorg krijgen. De huisarts kan onmogelijk de kennis hebben om dergelijke specialistische problemen op te vangen, behandelingen uit te stippelen, en op te volgen. Waarom zou hij dan alleen moeten beslissen over pathologieën die hij in zijn carrière nooit of nauwelijks ziet terwijl de specialist ze frequent ontmoet in zijn praktijk!"*

Waarom moet de huisarts via het GMD inspraak hebben over alles. In de neurologie is bv. aangetoond dat een neuroloog de diagnose van Alzheimer tot 80% correct kan stellen; de huisarts komt maximaal tot 50%, en stelt dus 30% verkeerde diagnoses."

9. Als het GMD beperkt blijft tot éénrichtingsverkeer is het niet kostenbesparend. *"Dagelijks worden specialisten geconfronteerd met patiënten waarbij de huisarts onderzoeken (vooral scanners) heeft laten uitvoeren. Indien hij de kennis zou hebben van de specialist dan zou hij deze nooit hebben laten uitvoeren. Wij hebben geleerd CT of MRI pas uit te voeren bij bepaalde pathologieën en bij verdachte symptomen, anders niet. Een klassiek voorbeeld is hoofdpijn. Het aantal patiënten met gewone migraine of banale typische rugpijnen die op raadpleging komen met CT en(!) MRI is opvallend..."*

10. Vele specialisten ervaren het GMD waarvan hen de nodige inbreng onthouden wordt, louter als een middel van de huisarts om te patiënt nodeloos te betuttelen. *"Zonderling is het, dat als een huisarts een patiënt verstuurt naar een specialist, hij dan ook kort nadien een afspraak geeft bij hem om te laten uitleggen wat de specialist heeft gezegd of van plan is. Het lijkt wel dat we de gelegenheid niet krijgen om de noodzakelijke onderzoeken te plannen en de diagnose en behandeling af te ronden, alvorens de patiënt terug te verwijzen".*

Besluit: het GMD neemt niet weg dat elke geneesheer een dossier moet aanleggen en bewaren betreffende de patiënten die zich tot hem hebben gewend, hetzij op verwijzing, hetzij rechtstreeks. Het GMD heeft slechts zin indien het daadwerkelijk wordt aangewend door de houder ervan, om de informatie die het bevat te bezorgen aan alle collegae die door de patiënt geraadpleegd worden.

FYSISCHE GENEESKUNDE : NIEUWE TARIEVEN VANAF 01/04/2004

2. a) Therapeutische verstrekkingen

K = 1,019242 EUR

Codenummer	Honoraria	Tegemoetkoming op basis van het eerste lid van artikel 7 van het KB van 23 maart 1982(1)		Tegemoetkoming op basis van het tweede lid van artikel 7 van het KB van 23 maart 1982(2)		Tegemoetkoming op basis van het derde lid van artikel 7 van het KB van 23 maart 1982(3)	
		Recht-hebbenden met voorkeur-regeling	Recht-hebbenden zonder voorkeur-regeling	Recht-hebbenden met voorkeur-regeling	Recht-hebbenden zonder voorkeur-regeling	Recht-hebbenden met voorkeur-regeling	Recht-hebbenden zonder voorkeur-regeling
558795 558806 = K 15	15,29	12,62	9,94	13,46	10,71	13,98	11,96

2. b) Behandelingen in het raam van een pluridisciplinaire revalidatie

K = 1,019242 EUR

Het persoonlijk aandeel is van toepassing vanaf de 1^{ste} dag van de behandeling

Codenummer	Honoraria	Tegemoetkoming van de verzekering	
		Recht-hebbenden met voorkeurregeling	Recht-hebbenden zonder voorkeurregeling
558810 558821 = K 30	30,58	29,06	27,53
558832 558843 = K 60	61,15	58,10	55,04

(1) Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 7, § 1, en in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 22, II, a, wordt vastgesteld op 40 % van het honorarium, voor de gepensioneerden, weduwnaars en weduwen, wezen en diegenen die een invaliditeitsuitkering genieten wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 20 % van de honoraria. Nochtans, worden voor de verstrekkingen 563312, 563916, 563415, 564012, 563570, 563581, 564174-564185, 563496, 564093, **558795-558806**, de in dit lid vernoemde percentages respectievelijk verminderd tot 35 pct. en tot 17,5 pct.

(2) Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 22, II, a, wanneer ze worden verricht door een geneesheer die door de Minister van Volksgezondheid is erkend als specialist voor reumatologie, voor fysiotherapie of voor fysische geneeskunde; wordt vastgesteld op 25 pct. van het honorarium voor de gepensioneerden, weduwnaars en weduwen, wezen, en degenen die een invaliditeitsuitkering genieten wordt dat persoonlijk aandeel evenwel vastgesteld op 10 pct. van die honoraria. Nochtans, wordt voor de verstrekkingen **558795-558806**, het persoonlijk aandeel bedoeld in dit lid respectievelijk gebracht op 30 pct. en op 12 pct

(3) De hoe grootheden van de persoonlijke aandelen, bedoeld onder (1) worden verminderd tot 25 pct. en 10 pct. van de honoraria voor de rechthebbenden bedoeld in dit lid. Nochtans worden voor de verstrekkingen 563312, 563916, 563415, 564012, 563570-563581, 564174-564185, 563496, 564093, **558795-558806**, de hoe grootheden van de persoonlijke aandelen bedoeld in onderhavig lid gebracht op respectievelijk 21,8 pct. en op 8,6 pct. voor deze rechthebbenden.

Deze bepaling is van toepassing :

a) voor de rechthebbende die in een ziekenhuis is opgenomen of opgenomen is geweest:

- 1° wanneer hij een van de reanimatiebehandelingen, bedoeld in artikel 13, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, krijgt of heeft gekregen;
- 2° wanneer hij een van de heelkundige ingrepen, bedoeld in artikel 14, k), I, § 1 en III, b), van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, heeft ondergaan, waarvan de betrekkelijke waarde gelijk is aan of hoger ligt dan N 200, met uitsluiting van de verstrekking 9004-280092-280103;
- 3° wanneer hij een van de heelkundige ingrepen, bedoeld in artikel 14 van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, heeft ondergaan, waarvan de betrekkelijke waarde hoger ligt dan K 225 of N 375;
- 4° wanneer hij een van de verstrekkingen nummers 226936 - 226940 N 300 en 227054 - 227065 N 350 bedoeld in artikel 14, e) van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, heeft ondergaan;

b) voor de rechthebbende aan wiens opneming in een ziekenhuis een einde is gemaakt, doch aan wie een tegemoetkoming voor hulp bij handelingen uit het dagelijks leven wordt verleend.

c) voor de rechthebbende die lijdt aan één van de volgende aandoeningen:

- 1° Uitgebreide perifere verlamming: monoplegie, syndroom van Guillain Barré;
- 2° Evolutive aandoeningen van het centrale zenuwstelsel met een uitgebreid motorisch gebrek zoals bijvoorbeeld de multiple sclerose, de ziekte van Parkinson en de amyotrofische laterale sclerose...;
- 3° Uitgebreide motorische sequellen van encefale of medullaire oorsprong (bijvoorbeeld: hersenverlamming "Cerebral Palsy", hemiplegie, spina bifida, cerebellair syndroom,...);
- 4° Sequellen van zware brandwonden ter hoogte van de ledematen en/of de hals tijdens de evolutieve fase;
- 5°
 - a) Agenesie van een lidmaat bij een rechthebbende jonger dan 18 jaar;
 - b) Globaal functioneel verlies van een lidmaat door amputatie, tijdens de aanpassingsperiode;
 - c) Globaal posttraumatische functioneel verlies van een lidmaat, tijdens de evolutieve periode;]
- 6° Spits- en klompvoet, bij een kind jonger dan 2 jaar;
- 7° Ernstige gewrichtsdysfunctie ten gevolge van:
 - a) hemofilie;
 - b) erfelijke bindweefselaandoeningen (osteogenesis imperfecta van het type III en IV, Ehlers Danlos syndroom, chondrodysplasieën, Marfan-syndroom)
 - c) evolutieve scoliose met een kromming van minstens 15° (of hoek van Cobb) bij rechthebbenden onder de 18 jaar;
 - d) arthrogrypose;]
- 8° Chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis:
 - 1. Reumatoïde artritis
 - 2. Spondyloartropathie
 - 3. Juveniele chronische artritis
 - 4. Systemische lupus
 - 5. Sclerodermie,
 - volgens de definities aanvaard door de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie;]
- 9° Myopathieën:
 - a) de progressieve erfelijke musculaire dystrofieën;
 - b) de myotonia congenita van Thomsen;
 - c) de auto-immune polymyositis;
- 10°
 - a) Mucoviscidose of geobjectiveerde primaire bronchiale ciliaire dyskinesie;
 - b) Geobjectiveerde hyperproductieve bronchiectasieën;
 - c) Irreversibele chronische obstructieve of restrictieve longaandoeningen met maximum expiratoire secondcapaciteit waarden van minder dan of gelijk aan 60 %, opgemeten in een tussenperiode van minstens één maand; bij een kind jonger dan 7 jaar kan de irreversibele ademhalingsinsufficiëntie worden vastgesteld op basis van een gemotiveerd verslag van de behandelende specialist;
 - d) Recidiverende pulmonaire infecties bij bewezen ernstige immunodpressie;
 - e) Broncho-pulmonaire dysplasie met zuurstofafhankelijkheid gedurende meer dan 28 dagen. De met redenen omklede aanvraag van de behandelende kinderarts moet met name het verslag over de opneming in een dienst N omvatten;
- 11° Lymfoedeem van een lidmaat hetzij postradio-therapeutisch, hetzij na een radicale klieruitruiming;
- 12° Congenitaal primair lymfoedeem.

NOMENCLATUURSWIJZIGING ARTIKEL 35

10 MAART 2004. - Koninklijk besluit 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. 24.03.2004)

[...]

Artikel 1. In artikel 35 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1996, 25 juni 1997, 9 januari 1998, 24 maart 1998, 18 januari 1999, 28 februari 1999, 6 november 1999, 8 november 1999, 20 maart 2001, 11 juli 2001, 13 juli 2001, 24 augustus 2001, 24 september 2001, 15 oktober 2001, 21 januari 2002, 22 januari 2002, 18 oktober 2002 en 13 januari 2003 wordt de volgende wijziging aangebracht :

In § 8, a), eerste lid, wordt de derde streep geschrapt.

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2003.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

INTERPRETATIEREGEL AANGAANDE DE NIEUWE REGELGEVING INZAKE DE VETVERLAGENDE GENEESMIDDELEN (B.S. 17.03.2004)

Op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van 16 december 2003 en in uitvoering van artikel 22, 4°bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 26 januari 2004 de hiernagende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieregel aangaande de nieuwe regelgeving inzake de vetverlagende geneesmiddelen (§ 272 tot 284, van hoofdstuk IV van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten).

Vraag :

In hoeverre gelden de voorwaarden « nuchter gemeten tijdens minstens twee afnames met 1 tot 8 weken tussentijd, in een stabiele toestand, onder een aangepast dieet » voor patiënten die reeds een vetverlagend geneesmiddel terugbetaald kregen vóór 1 december 2003 ter behandeling van een hypercholesterolemie vastgesteld op basis van de oude bepalingen ?

Antwoord :

« In paragraaf 272 tot 284, zowel in de bepalingen betreffende de terugbetaling in categorie A als in deze betreffende categorie B, staat de vermelding « nuchter gemeten tijdens minstens twee afnames met 1 tot 8 weken tussentijd, in een stabiele toestand, onder een aangepast dieet ». Deze vermelding, meer bepaald het feit dat er minstens twee metingen moeten gebeuren, dient om de voorwaarden te definiëren die de Commissie optimaal achtte voor het uitvoeren van de bloedonderzoeken om de diagnose van een dyslipidemie te stellen. Met de termen « in een stabiele toestand » wil men vermijden dat intercurrente gebeurtenissen (acute aandoeningen, inname van bepaalde geneesmiddelen, enz. ...) zouden interfereren met de lipidenbalans. Met de periode, « 1 tot 8 weken », zou men patiënten met een zeer hoog risico snel moeten kunnen behandelen (termijn beperkt tot 1 week) en deze periode zou het minste risico inhouden dat diegenen met een "aangepast dieet " dit niet zouden volgen (termijn van 8 weken). De Commissie bevestigt dus haar advies inzake de relevantie van deze vermelding in de huidige regelgeving. Voor patiënten die reeds een vetverlagend geneesmiddel terugbetaald kregen vóór 1 december 2003 ter behandeling van een hypercholesterolemie vastgesteld op basis van oude bepalingen, meer bepaald « een periode onder een aangepast dieet van minstens drie maanden », meent de Commissie dat het medisch niet aangewezen is te eisen dat deze patiënten hun behandeling stoppen om deze twee bloedonderzoeken te kunnen laten uitvoeren met een tussentijd van 1 tot 8 weken. De Commissie meent dus dat men, voor deze patiënten, moet stellen dat aan deze welbepaalde voorwaarde inzake het interval tussen twee bloedonderzoeken voldaan is op basis van het feit dat de periode vastgesteld in de oude bepalingen werd nageleefd. »

De voornoemde interpretatieregel heeft uitwerking **vanaf 1 december 2003**.

MEDISCHE EXPERTISES

Wij ontvangen regelmatig telefoontjes van particulieren of gerechtelijke instanties die op zoek zijn naar de gegevens van collegae van verschillende specialiteiten die medische expertises doen of die in het kader van juridische expertises voor de rechtbank optreden.

Indien dit op u van toepassing is, gelieve ons uw persoonlijke gegevens te willen mededelen via mail (info@gbs-vbs.org), per fax (02/649.26.90) of per brief.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

Congress: Quality of Life Measurement in Rehabilitation: Misleading Evidence ? May 8th, 2004 – Leuven

Organised by: National Federation of Locomotor and Neurological Rehabilitation Centres Royal Belgian Society of Physical Medicine & Rehabilitation

Location: UZ Leuven, Onderwijs en Navorsing (Aud. GA2) – 3000 Leuven

Accreditation: 30 Points ethics and economy have been requested.

More Information: Rehabilitation Centre, UZ Pellenberg, (K.U.Leuven) – Tel: 016.33.87.00 – Fax: 016/33.87.03 – denise.vandebroeck@uzleuven.be – www.uzleuven.be/rehabilitation

ERC Advanced Life Support Provider Course – 17 tot 19 juni 2004

Van donderdag 17 tot en met zaterdag 19 juni 2004 wordt door de Belgische Reanimatieraad (BRC) in samenwerking met de Europese Reanimatieraad (ERC) een Advanced Life Support Provider Course ingericht in het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis, Merestraat 80 te Aalst.

De doelstelling van de cursus is het aanleren van de meest recente internationale richtlijnen en technieken van gevorderde reanimatie voor volwassenen zoals die werden verspreid door de Europese Reanimatieraad. Nadruk wordt gelegd op veel praktische training onder andere met behulp van scenario's die hartstilstand simuleren. Uiteindelijk zal u in een multidisciplinair team de gevorderde reanimatie van een volwassene kunnen coördineren.

Kenmerkend voor de opleiding is het hoog aantal gecertificeerde ERC-instructeurs waardoor er zeer veel interactie mogelijk is tussen kandidaten en instructeurs.

Accreditering: aangevraagd

Uiterste inschrijvingsdatum: 25 april 2004

Inlichtingen: email: patrick.druwe@pandora.be, tel. 03/644.36.38; fax:03/644.73.51; GSM: 0479/60.57.76

AANKONDIGINGEN

- 04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extramuros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 04018* **TWEETALIG RADIOLOOG** wenst vervangingen te verzorgen 5 halve dagen per week (conventionele RX, echo met Doppler, CT.scan), in vast of los samenwerkingsverband (privaatpraktijk of kliniek). Voorkeur Oost-Vl., West-Vl., Henegouwen, ook Antw. en Vl. Brabant. Georges PENNEMAN de BOSSCHEYDE – 056/75.33.88 – 0475/45.31.42 – go.geo@skynet.be.
- 04029 **TE KOOP:** Fruithoflaan 103 te 2600 Berchem: praktijkruimte gelijkvloers met aparte ingang. (105m²) Geïnstalleerd kkn; 3 toiletten. Ideaal als praktijkruimte! Voor meer inlichtingen : Kristin Van Baden - tel. 03/449.49.77. - fax 03/449.09.50 - e-mail info@coprimmo.be.
- 04039 **TE HUUR** (per maand of per 14 dagen) : Azurenkust, Vallauris : villa met privé-zwembad, 8 personen, 4 slaapkamers en 2 badkamers. Voor meer informatie surf naar www.tucala.com

Inhoudstafel

• Standpunt van het Verbond van Belgische Geneesheren Specialisten (VBS) betreffende de generische geneesmiddelen, het substitutierecht, het voorschrift op stofnaam en het bedelen van medische monsters.....	1
• Numerus clausus – Antwoord van Dr. Jean-Luc Demeere, voorzitter van het VBS	2
• De « softe » aanpak volgens minister DEMOTTE of "Ik beoog geenszins een echelonnering..."	3
• Het "bestek" van minister Demotte	5
• GMD: statussymbool van de huisarts of instrument voor gegevensuitwisseling?	7
• Fysische geneeskunde : nieuwe tarieven vanaf 01/04/2004	9
• Nomenclatuurswijziging artikel 35	11
• Interpretatiereguleer aangaande de nieuwe regelgeving inzake de vetverlagende geneesmiddelen (B.S. 17.03.2004)	11
• Medische expertises	11
• Wetenschappelijke vergaderingen	12
• Aankondigingen	12