
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° 7 / AUGUSTUS 2004

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

SYMPOSIUM 50 JAAR VBS-GBS

DE SPECIALISTEN DOOR DE LIJNEN HEEN

“ De Montil ” – AFFLIGEM – 25.09.2004

(Accreditering aangevraagd in ethiek & economie)

Voormiddag : Organisatie van de ambulante chirurgie : intra = extra

Moderator : Dr. J.L. DEMEERE

8.30 - 9.00	Registratie en onthaal (koffie + croissants)	
9.00 - 9.10	Terugblik op 50 jaar VBS	Dr. M. MOENS
9.10 - 9.30	Outpatient Surgery	Prof. J. BRÖKELMANN (D)
9.30 - 9.50	Intramurale ambulante chirurgie	Prof. G. BOGAERT
9.50 - 10.10	De ontwikkeling van het dagziekenhuis en zijn gevolgen op de zorgorganisatie in België	Dr. R. VAN DEN OEVER
10.10 - 10.40	Koffie	
10.40 - 11.00	La révolution de l'hôpital par les extra-hospitaliers <i>(De revolutie van het ziekenhuis door de extramuralen)</i>	Prof. A. DEWEVER
11.00 - 11.20	La responsabilité médicale <i>(De medische aansprakelijkheid)</i>	Meester E. THIRY
11.20 - 12.30	Organisatie van de ambulante chirurgie panelgesprek en discussie	Dr. C. POLITIS (STO) Dr. D. GEERTS (OPH) Dr. F. MISSOTTEN (PLA)
12.30 - 14.30	Broodjeslunch	

Namiddag : De specialist in de eerste lijn

Moderator : Dr. P. VAN DURME

14.30 - 14.40	Openingswoord	Dr. P. VAN DURME
14.40 - 15.00	Vrouwenarts - Vertrouwensarts - Eerstelijnsarts?	Dr. J. VAN WIEMEERSCH
15.00 - 15.20	Mettre l'enfant en première ligne (<i>Het kind op de eerste lijn</i>)	Dr. M. PLETINCX
15.20 - 15.40	Elektronische gegevensuitwisseling in de gezondheidszorg	Prof. G. DE MOOR
15.40 - 16.10	Koffiepauze	
16.10 - 16.30	Huisartsen en specialisten, hoe komen we tot elkaar in functie van de patiënt?	Dr. J. REMANS
16.30 - 16.50	L'accès direct au médecin spécialiste en France (<i>De rechtstreekse toegang tot de geneesheer-specialist in Frankrijk</i>)	Dr. M. GREFF (F)
16.50 - 17.10	Standpunt van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
17.10 - 17.50	Debat en conclusie	Dr. J.L. DEMEERE
18.00 - 19.00	Jubileumcocktail	

Inlichtingen en inschrijvingen

Secretariaat VBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20
1050 Brussel
☎ +32 (0)2 649 21 47
☎ +32 (0)2 649 26 90
@ delphine@vbs-gbs.org
<http://www.vbs-gbs.org>

Plaats

De Montil
Moortelstraat 8
1790 AFFLIGEM (Essene)
Belgium
☎ +32 (0)2 583 00 70
☎ +32 (0)2 583 00 80
@ info@demontil.be
<http://www.demontil.com/>



Inschrijvingsformulier

(Terug te sturen naar : Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten,
Symposium 25.09.2004, Kroonlaan 20, 1050 Brussel)

RIZIV Nr :
Naam :
Voornaam :
Specialisme :
Adres :
Postcode :
Gemeente :
E-mail :

Ik zal deelnemen aan het symposium van 25.09.2004 en stort de som van :

Vóór 30/08/2004

Na 30/08/2004

Leden O 40 €

Leden O 60 €

Niet-Leden O 75 €

Niet-Leden O 95 €

Kand.-Spec. O 10 €

Kand.-Spec. O 15 €

Ter plaatse O 150 €

op rekening 068-2095711-53 van het VBS met vermelding
van de naam van de deelnemer en "Symposium 50 jaar VBS"

Ik zal deelnemen aan de jubileumcocktail

Datum / Handtekening.....

“MEDICAL PLETHORA? PRO AND CON OF NUMERUS CLAUSUS” PRO

DR. MARC MOENS – BRUSSEL 12.06.2004

Deze tekst vormt de basis van een uiteenzetting gegeven op uitnodiging van de Belgische vereniging voor inwendige geneeskunde gevolgd door een debat met Prof. Denise Delière die het standpunt contra numerus clausus had verdedigd.

1. Inleiding.

Op 11.09.2000 had ik een schriftelijke “face à face” met Prof. Denise Delière in de krant “La Libre Belgique”.

Onder de vraag “Faut-il former moins de médecins?” lezen we als ondertitel bij de stellingname door Prof. Delière “ Le nombre de médecins ne peut croître sans limite. La plupart des autres pays européens se sont engagés dans la voie du numerus clausus bien avant nous».

De ondertitel bij mijn stellingname luidt « La qualité des soins de santé est mise en péril par la pléthore médicale. Quand du peu de contacts avec les patients résulte une expérience insuffisante.»

Delières artikel eindigt met : « Il faudra encore élargir ce nombre (de nouveaux médecins admissibles) à l’avenir, car la consommation croîtra encore et l’offre médicale sera restreinte par la féminisation et l’explosion du nombre de sortants. ».

Mijn artikel eindigt met « Un examen d’entrée avant (comme en Flandre) ou une sélection après la première candidature, couplé à un numerus clausus annuellement adaptable selon les besoins demeure l’unique bonne solution ».

Prof. Delière heeft altijd kritiek en steun gekregen.

Kritiek kreeg ze systematisch vanwege de artsensyndicaten omdat ze jarenlang talmde om een rem in te bouwen op de ongebreidelde aangroei, en toen er in 1996 eindelijk werk werd van gemaakt via de Planningscommissie medisch aanbod, was ze van mening dat nu ingrijpen 20 jaar te laat was en dat er nu een penurie op komst is.

Ook een deskundige ambtenaar als Dr. Jean-Paul Dercq, nu kabinetsmedewerker bij minister Demotte, en voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod spaarde bij wijlen zijn kritiek niet ⁽¹⁾.

Steun kreeg ze systematisch van de Franstalige faculteiten geneeskunde. Zo bijvoorbeeld in een geanimeerd editoriaal in de “Revue Médicale de Bruxelles” ⁽²⁾ van april 2000, geschreven door de Franstalige decanen. De decanen konden het niet nalaten de artsenleiders de Toeuf en Moens, die het hadden aangedurfd een relatie te leggen tussen de financiering van de faculteiten geneeskunde en het aantal ingeschreven studenten geneeskunde, na een toelichting dat ze helemaal fout zaten, af te sluiten met “... Les doyens, eux, ne pensent pas qu’à l’argent.”

Dr. Roland Lemye, secretaris-generaal van de BVAS-ABSyM, noemde in een reactie op bovenstaand artikel, de studie van Prof. Delière weliswaar wetenschappelijk, maar neigend naar de futurologie. Hij meent dat het berekenen van de behoeften aan artsen een chaotisch systeem is met zeer veel variabelen en geen klassiek wiskundig systeem ⁽³⁾.

De artsensyndicaten verwijten Prof. Delière dat ze zich bezighoudt met academische spelletjes, “l’art pour l’art”, en dat de Franstalige professoren geneeskunde zich geenszins bekommeren om de problemen die de Franstalige artsen ondervinden om nog een plaatsje te verwerven in de markt nadat ze hen trouw hebben gediend tijdens hun opleidingsperiode.

¹ « Een tekort aan artsen ? Laat me niet lachen ! » Jean-Paul Dercq countert studie van Prof. Delière. Artsenkrant 1255. 28.03.2000.

² Editorial des doyens des facultés de médecine francophones.(H.Alexandre, UMH ; J. Boniver, ULg ; D. Moulin, UCL ; A. Piront, FUNDP ; M. Rooze, ULB) « Le numerus clausus. Il est temps d’informer ». Rev Med Brux, volume 21, avril 2000.

³ Lettre au rédacteur en chef. Le numerus clausus. Dr. Roland Lemye. Rev Med Brux, volume 21, juin 2000.

2. Een debat van alle tijden en landen

2.1. België

Het debat over de numerus clausus is veel ouder dan mijn of Prof. Delièges interesse voor de problematiek.

Het is ook ouder dan de wrokkige woorden van de toenmalige minister van Sociale Voorzorg, de socialist Edmond Leburton (PSB-BSP; °18.04.1915 - †18.06.1997) “*On les aura par leur nombre*”, toen na de artsenstaking op 25 juni 1964 tussen vertegenwoordigers van de geneesheren, van de verzekeringsinstellingen, van de werkgevers, van de werknemers en van de Regering een akkoord werd gesloten tot wijziging van de wet op de ziekteverzekering die een nationalisatie gestoeld op het systeem van de Britse National Health Service wou invoeren. Dat akkoord wordt gewoonlijk "het Sint-Jansakkoord" genoemd. Dr. André Wynen, stichter en voorzitter van de Syndicale artsenkamers, voorloper van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) speelde hierbij een leidende rol. Met zijn roemruchte woorden, die al veertig jaar naklinken in het numerus clausus debat, gaf Leburton het startsein voor de politiek georchestreerde en doelbewuste creatie van het overaanbod aan artsen in België.

In 1890 telde België 2.672 artsen voor 6,11 miljoen inwoners of één arts per 2.287 Belgen. De toenmalige beroepsverenigingen vroegen toen al een *numerus clausus* bij het begin van de studies.

Sinds 1910 wordt de term “plethora” gebruikt, ondermeer in het Amerikaanse “Flexner” rapport ⁽⁴⁾. Er waren toen +/- 4.200 artsen voor +/- 7,1 miljoen inwoners, of een densiteit van 1 arts per +/- 1.700 Belgen.

Over de plethora zegt prof. Deliège in september 2000 ⁽⁵⁾: “*Certes, des signes de pléthore existent actuellement, mais ils résultent surtout d’un écart entre une croissance trop rapide de l’offre, par rapport à la croissance de la demande. Par contre, le niveau de densité actuellement atteint ne constitue pas nécessairement un plafond, car besoins et demande continuent de croître* ».

Het is een academische vraag wanneer er dan wel een plafond zal bereikt worden. Deze academici houden zich niet bezig met de vraag wie ondertussen de rekening zal blijven betalen voor de kosten die oplopen met het aantal verstrekkers.

In een volgende publicatie van februari 2001 schrijft ze ⁽⁶⁾ “*Y a-t-il pléthore? ... Notre enquête ne permet pas d’affirmer une pléthore d’un “oui” catégorique et sans appel – la majorité des médecins semblent en (très) bonne posture ! Cependant, l’hypothèse de pléthore se voit confortée du fait qu’une frange du corps médical se heurte à des réelles difficultés professionnelles.* »

In een voorspelling van de behoeften aan artsen voor de Franse en Duitstalige gemeenschap ⁽⁷⁾ schrijft ze in augustus 2003: « *Les coefficients d’évolution de besoins étant appliqués aux effectifs d’actifs, il est opportun de défalquer la pléthore éventuelle observée au départ de la projection. En effet, si pléthore il y a, il n’y a pas lieu d’en assurer l’inflation !* ».

Opnieuw gaat ze verder met te wijzen op het gebrek aan consensus die er heerst over de definitie en het meten van de plethora, maar in zijn geheel genomen is dit de tekst die het minst afwijzend staat tegenover het bestaan van de plethora. Te noteren valt dat Prof. Deliège inmiddels de emeritaatsleeftijd heeft bereikt.

2.2. Frankrijk

Dezelfde discussies lopen ook internationaal, zowel in Europa als in Amerika.

Op 28 april 2004 besliste de Franse minister van Volksgezondheid, Philippe Douste-Blazy om het quotum van studenten geneeskunde die mogen overgaan naar het tweede jaar te verhogen en dit op vraag van de Orde der geneesheren ⁽⁸⁾ : “*Aujourd’hui le numerus clausus, c’est-à-dire le nombre*

⁴ Les médecins aujourd’hui et demain. Pléthore ou pénurie ? Denise Deliège, Sesa, UCL septembre 2000.

⁵ Ibidem

⁶ Charge de travail et « mal emploi » des médecins. Antoine L, Lorant V, Deliège D. Rapport de synthèse. Sesa, UCL, février 2001.

⁷ Offre et besoins en médecins. Projections pour les Communautés française et germanophone de Belgique. Denise Deliège et Vincent Lorant. Sesa, UCL, août 2003.

⁸ «Philippe Douste-Blazy relève le numerus clausus». Le Monde, 29.04.2004.

d'étudiants qui passent en deuxième année de médecine, c'est 5.700, ils vont passer à 7.000, a précisé M. Douste-Blazy. » In 1992 bedroeg het Franse quotum slechts 3.500 ⁽⁹⁾. Er dient aangestipt dat de Franse densiteit aan artsen beduidend lager ligt dan de Belgische. In 1992 was de Franse artsendichtheid 27,5 per 10.000 inwoners, tegenover de Belgische 33,9. In 2000 bedroeg de Franse artsendensiteit 30,0 tegenover 38,6 voor de Belgische (cfr. tabel 1). De verhoging van het Franse quotum brengt de Franse densiteit iets dichterbij de Belgische, maar België blijft nog steeds een hoger aantal artsen aanbieden aan zijn bevolking.

Artsendensiteit per 10.000 inwoners

	1992	2000
België	33,9	38,6
Frankrijk	27,5	30,0

Tabel 1

Opmerkelijk is de slechte verdeling van het aantal artsen volgens de Franse regio's – stedelijk tegenover ruraal, het Zuiden tegenover het Noorden - en volgens de soort specialisatie.

2.3. Verenigde Staten van Amerika

De Verenigde Staten kennen analoge problemen. Recente wetenschappelijke artikels wijzen in verschillende richtingen. De enen zeggen dat er een overcapaciteit is aan artsen, de anderen dat er een tekort is, penurie en plethora met andere woorden.

In "Specialist Physicians Providing Primary Care Services in Colorado" ⁽¹⁰⁾ stellen G.E. Fryer et al. als uitgangspunt : *"There is a general consensus that the size of the US workforce now exceeds the health care needs of the American public. There is a greater proportion of specialists than primary care physicians, a specialty mix different from that of most other developed countries."* Behalve de vaststelling dat er momenteel teveel medisch aanbod is in de Verenigde Staten in verhouding tot de medische behoeften, besluiten de auteurs dat enerzijds een betere definitie moet komen van "primary care" maar anderzijds ook dat: *"However, the contribution of specialists should be considered in future primary care needs assessment and specialists who experience low demand for their particular specialties may be especially inclined to provide primary care services."*

De interactie tussen huisartsen en artsen - specialisten die werkzaam zijn in de eerste lijn zoals pediaters, gynaecologen, dermatologen, sommige interne disciplines leeft dus niet alleen in België.

In Chest ⁽¹¹⁾ daarentegen stelden Irwin et al. vast dat er een dreigend tekort bestaat aan intensieve zorgen artsen. De "COMPACCS ⁽¹²⁾" studie gepubliceerd in 2000 voorspelt dat *"the aging of the population of the United States will create a demand for care that will outpace the future supply of critical care medicine specialists, and that the effects of this shortfall in manpower will start to reach crisis proportions after 2007"*.

Een bijzonder interessant en recent overzicht van het Amerikaans beleid inzake het artsenaanbod van Blumenthal in de New England Journal of Medicine van 22.04.2004 toont de moeilijkheidsgraad aan om rekening te houden met de vele tussenkomende factoren ⁽¹³⁾. Zoals in alle literatuur dienaangaande, besluit ook Blumenthal dat een beleid voeren extreem moeilijk is omdat het zolang duurt eer een wijziging van het beleid een effect scoort op het effectieve artsenaanbod.

Via een historisch overzicht bespreekt Blumenthal de maatregelen die de Amerikaanse Overheid nam sinds begin van de twintigste eeuw (cfr. Tabel 2). Het is een verhaal van eb en vloed. In 1910 publiceerde Flexner een rapport met als conclusie dat de Verenigde Staten een overaanbod aan artsen produceerde met een zwakke opleiding. Het medisch establishment werd overtuigd om minder maar beter opgeleide artsen af te leveren. Tussen 1900 en 1930 nam de artsensiteit af van 17,3 naar 12,5

⁹ Journal du Médecin n° 1588 – 23.04.2004.

¹⁰ The Journal of the American Board of Family Practice 17:81-90 (2004)

¹¹ Richard S. Irwin et al. The Critical Care Professional Societies Address the Critical Care Crisis in the United States. Chest. 2004;125:1512-1513.

¹² Committee on Manpower for Pulmonary and Critical Care Societies

¹³ David Blumenthal. Health policy report. New Steam from an Old Cauldron- The Physicians Supply Debate.

N Engl J Med 350;17, april 22, 2004.

artsen per 10.000 inwoners. In die periode lag de Belgische densiteit achter op de Amerikaanse (+/- 10 artsen per 10.000 inwoners).

Het Flexner rapport volstond niet als “professionele geboortecontrolé” en tegen 1960 bedroeg de densiteit 14,0 per 10.000 inwoners.

Verenigde Staten : evolutie artsensiteit

	Artsen/10.000 inwoners	Aantal inwoners per arts
1900	17,3	578
FLEXNER RAPPORT (1910) : rem		
1930	12,5	800
1960	14,0	714
BANE RAPPORT (1959) : expansie		
1980	20,2	495
GMENAC RAPPORT (1981) : rem Introductie DRG (1983)		
2000	27,6	362
(2010)	(28,3)	(353)

Tabel 2

GMENAC : Graduate Medical Education National Advisory Committee

DRG : Diagnosis Related Groups

Bron : David Blumenthal, Health Policy Report, N Engl J Med 350;17; April 22, 2004

In 1959 kwam er het Bane Rapport dat een tekort van 40.000 artsen tegen 1975 voorspelde, waarop er weer meer studenten konden afstuderen. Een rapport uit 1981 van de Graduate Medical Education National Advisory Committee (GMENAC) moest vaststellen dat noch de vooroorlogse restrictieve, noch de naoorlogse expansieve politiek gebaseerd was geweest op basis van vraag naar en aanbod van medische diensten. De GMENAC groep ging aan het werk met een reeks veronderstellingen, demografische en epidemiologische vooruitzichten en evoluties en trachtte op die manier te voorspellen hoeveel artsen er tegen 1990-2000 nodig zouden zijn om in de medische behoeften van de Amerikaanse bevolking te voorzien. De GMENAC voorzag een behoefte van 643.000 artsen (voor een bevolking van ± 259 miljoen) of een densiteit van 24,8 en voorspelde 145.000 artsen op overschot indien het beleid niet werd gewijzigd. Het Amerikaans Congres verminderde de betoelaging van de medische faculteiten, maar dit effect werd teniet gedaan door de toevloed van buitenlandse artsen in de Amerikaanse ziekenhuizen.

In 1986 creëerde het Congres de Council of Graduate Medical Education (COGME), die in de vroege jaren 90 verschillende rapporten publiceerde. Tegen 2000 zou er een overschot van 80.000 artsen zijn, het aantal specialisten zou op een dramatische en excessieve manier toenemen tot 12,3 per 10.000 inwoners in 1992 en 15,2 in 2010.

Ter vergelijking: in België was de densiteit specialisten in 1992 al 14,6 per 10.000 inwoners en in 2002 bedraagt ze zelfs 19,6.

In de rapporten van Prof. Deliège, die deze buitenlandse studies en gegevens al decennialang volgt, hebben we dergelijke termen niet gelezen. Zoals we in de inleiding vermeldde, gelooft ze nog steeds niet in een plethora. De COGME voorspelt tevens dat het aantal algemene artsen - en dat zijn in de USA huisartsen, algemene internisten en algemene kinderartsen – stabiel, maar op een te laag niveau van 6,7 per 10.000 inwoners zal blijven. De COGME raadde een 50/50 verdeling aan tussen specialisten en algemene artsen.

Ter vergelijking: België heeft vandaag een densiteit van 16,6 huisartsen per 10.000 inwoners of 2,5 maal meer.

Vanaf 1983 werden de Diagnosis Related Groups (DRG's) ingevoerd en nam de ontwikkeling van Managed Care, met vast ingeschreven patiënten, gestadig toe. Health Maintenance Organizations zoals vb. Kaiser Permanente schakelden veel minder artsen in voor dezelfde zorg dan in een systeem van betaling per acte (fee for service). Dientengevolge werd er begin van de jaren 1990 voorspeld dat er tegen 2000 een overschot van 165.000 artsen zou zijn. Het Amerikaans Congres besliste hierop het aantal opleidingen te beperken. Maar toen in 2000 Y2K aanbrak stelde Michael Whitcomb, de

ondervoorzitter medische opleiding van de American Association of Medical Colleges (AAMC) vast: “No one saw a real doctor on the [street] corner selling pencils”.

In 2002 toonde Richard Cooper (¹⁴), oud decaan van de faculteit geneeskunde van Wisconsin, aan dat er in de Verenigde Staten gedurende het grootste gedeelte van de twintigste eeuw een sterke correlatie was tussen de economische ontwikkeling, uitgedrukt als Bruto Binnenlands Product per capita, en het aantal artsen ($R^2 = 0.94$). Die correlatie heeft volgens de auteurs te maken met onderliggende causale verbanden tussen de nationale rijkdom, de vraag naar gezondheidszorgen en de daaruit volgende vraag naar beroepsbeoefenaars die deze zorgen kunnen aanbieden. Indien de historische trends zich doorzetten en uitgaande van de veronderstelling van een groei van 1,5 à 2 % van het BBP per capita per jaar tot in 2020, dan voorspellen Cooper et al. dat de Verenigde Staten in 2010 tegen een tekort van 50.000 artsen zullen aankijken en in 2020 tegen een tekort van +/- 200.000 artsen. Opmerkelijk is dat het Huis van Afgevaardigden van de American Medical Association (AMA) in december 2003 zijn vroegere ramingen betreffende een overmaat aan artsen terug introk.

Cooper suggereert ook dat de relatie tussen inkomen en de vraag naar zorg door artsen sterker is wat betreft specialistische geneeskunde dan huisartsgeneeskunde. Ook hij stelt tekorten voorop voor bepaalde disciplines en subdisciplines.

Hoeveel artsen is genoeg? Op deze cruciale vraag geeft ook Blumenthal geen antwoord. Hij constateert dat de analisten op twee manieren te werk kunnen gaan. Ofwel volgen ze, zoals Cooper, de historische weg, waarbij Cooper er van uit gaat dat de belangrijkste factor in de vraag naar artsen de economie is. Ofwel trachten ze de zorgbehoeften te voorspellen waarmee aan de Amerikaanse bevolking een degelijk georganiseerd gezondheidszorgsysteem kan worden aangeboden. Daarvoor dient het systeem van de Health Maintenance Organizations als maatstaf.

3. Belgische gegevens en vergelijkingen

Vooraleer over te stappen naar de Belgische situatie vergelijkt tabel 3 een aantal markante cijfers uit België met die uit de Verenigde Staten. In 1900 lag de artsensiteit in België beduidend lager dan in de Verenigde Staten: +/- 10 per 10.000 inwoners in 1900 versus 17,3.

Ten gevolge van het Flexner rapport in 1910 begon in de Verenigde Staten de densiteit te dalen, terwijl ze in België langzamerhand steeg. Half de jaren 70 werd de Belgische artsensiteit groter (18,9 per 10.000 inwoners in 1975) dan de Amerikaanse, om in 1980 de Amerikaanse veruit te overtreffen: 24,9 tegenover 20,2. Sinds 1980 bleef de Belgische densiteit sneller groeien dan de Amerikaanse, om in 2000 41,1 per 10.000 inwoners te bereiken in België tegenover 27,6 in de Verenigde Staten. Indien bovendien rekening wordt gehouden met het feit dat ongeveer 15 % van de Amerikaanse bevolking geen toegang heeft tot enige vorm van sociale zekerheid, kan de Amerikaanse artsensiteit als fors overschat worden beschouwd.

	België		Verenigde Staten	
	Artsen/10.000 inwoners	Aantal inwoners/arts	Artsen/10.000 inwoners	Aantal inwoners/arts
1900	± 10,0	± 1.000	17,3	578
1960	12,8	782	14,0	714
1980	24,9	402	20,2	495
2000	41,1	244	27,6	362
Uitgaven 2000 % BBP	8,7		14,0	

Tabel 3

Bron : - David Blumenthal, Health Policy Report, N Engl J Med 350; 17; April 12,2004
 - BIGE Compendium gezondheidszorg en –statistiek. 2003.
 - OESO

¹⁴ Cooper RA et al. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Aff (Millwood) 2002; 21 (1):140-54

Belangrijk is ook op te merken dat alhoewel +/- 40 van de +/- 260 miljoen Amerikanen quasi geen toegang heeft tot de gezondheidszorgvoorzieningen, de Verenigde Staten toch 14 % van zijn Bruto Binnenlands Product spendeert aan gezondheidszorg tegenover 8,7 % in België.

Tabel 4 toont meer in detail de evolutie in België van het aantal artsen sinds 1955 tot de meest actueel bekende cijfers per 31.12.2002. Het aantal artsen steeg over die 47 jaar met een factor 4,7 van 9.937 tot 46.268. In 1955 was er één arts per 895 inwoners, nu één per 223 of een afname van het aantal inwoners per arts met een factor 4.

Evolutie aantal artsen en artsensiteit

Jaar	Totaal aantal	Aantal artsen per 10.000 inwoners	Aantal inwoners per arts
1955	9.937	11,2	895
1960	11.730	12,8	782
1965	13.793	14,5	689
1970	14.887	15,4	648
1975	18.506	18,9	530
1980	24.536	24,9	402
1985	30.942	31,4	319
1990	34.275	34,5	290
1995	38.369	37,9	264
1996	38.690	38,1	262
1997	39.240	38,6	259
1998	40.291	39,5	253
1999	41.331	40,4	247
2000	42.036	41,1	244
2001	42.978	42,0	238
2002	46.268	44,9	223

Tabel 4

Bron : www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower; eigen berekeningen via NIS-gegevens

De federale Overheidsdienst Volksgezondheid tracht de artsen op te splitsen in een aantal categorieën: met en zonder klinische praktijk, huisartsen, kandidaat huisartsen, specialisten en artsenspecialisten in opleiding en, opmerkelijk, een aantal artsen met een niet gekende specialiteit (cfr tabel 5). Worden door de FOD Volksgezondheid beschouwd als “zonder klinische praktijk” alle artsen ouder dan 75 jaar, de arbeidsgeneesheren en de kandidaat arbeidsgeneesheren, en de artsen die niet door het RIZIV zijn erkend.

Artsen per categorie (01.01.2003)

	Met klinische praktijk	Zonder klinische praktijk*	Totaal
Huisartsen	13.718	3.825	17.543
Kandidaat huisartsen	823	1	824
Specialisten	20.100	2.007	22.107
Kandidaat specialisten	3.861	62	3.923
Artsen met niet gekende specialiteit	1.797	74	1.871
Totaal	40.299	5.969	46.268

Tabel 5

* Zonder klinische praktijk :

- alle artsen ouder dan 75 jaar
- arbeidsgeneesheren
- artsen niet erkend door het RIZIV

Bron : www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower

De gegevens over de indeling volgens leeftijd en geslacht zijn interessant (cfr. tabel 6). Indien we de pensioenleeftijd van de artsen op 65 jaar leggen, dan zijn er 40.220 artsen inzetbaar of 87 % van het totaal. Er zijn 6.048 vijfenzestigplussers of 13 % van de totale artsenpopulatie. Een deel van hen blijft

beroepsactief, meer bij huisartsen dan bij specialisten. De grafische voorstelling toont duidelijk aan dat de verjonging van het beroep zich zeer sterk doorzet onder de vrouwelijke artsen (cfr. fig. 1).

Artsen volgens leeftijd (01.01.2003)

leeftijdscategorie	M	V	Totaal	%
20-24	8	34	42	0,1
25-29	1.796	2.533	4.329	9,4
30-34	2.431	2.983	5.414	11,7
35-39	2.985	2.493	5.478	11,8
40-44	4.405	2.445	6.850	14,8
45-49	4.832	2.014	6.846	14,8
50-54	4.292	1.289	5.581	12,1
55-59	2.828	566	3.394	7,3
60-64	1.978	308	2.286	4,9
Subtotaal 20-64	25.555	14.665	40.220	86,9
65-69	1.791	224	2.015	4,4
70-74	1.601	173	1.774	3,8
75-79	1.051	110	1.161	2,5
80	964	134	1.098	2,4
Subtotaal 65 -> 80	5.407	641	6.048	13,1
Totaal	30.962	15.306	46.268	100

Tabel 6

Bron : www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower

Tabel 7 toont ter vergelijking de meest recente cijfers van Eurostat van de Europese Commissie over de artsen met klinische praktijk. Eurostat deelt geen gegevens mee over Ierland, Italië en Finland. Na Griekenland prijkt België helemaal bovenaan de lijst en toont een densiteit die ruim het dubbele is van Groot-Brittannië. Er dient evenwel te worden opgemerkt dat dergelijke vergelijkingen maken een hachelijke onderneming is. De OESO cijfers (die in het BIGE compendium gezondheidszorgen – statistiek 2003 dikwijls als bron worden gebruikt) geven voor Nederland het cijfer 31,9 en voor Zwitserland 36,0 als densiteit. Een mogelijke verklaring kan te zoeken zijn in het feit dat in dienstverband werkende gesalarieerde artsen niet in deze categorie worden aangegeven in de Eurostat bevraging, maar wel in die van de OESO.

Densiteit artsen met praktijk (per 10.000 inwoners) (jaar 2000)

Griekenland	43,8
België	38,6
Duitsland	35,9
Denemarken	31,6
Luxemburg	31,5
Oostenrijk	30,9
Spanje	30,3
Frankrijk	30,0
Zweden	29,8
Noorwegen	28,0
USA*	27,6
Portugal	26,5
Zwitserland	19,5
Nederland	19,2
Verenigd Koninkrijk	17,9

Tabel 7

Bron : Eurostat, Commission Européenne. Statistiques de la santé.

Chiffres clés sur la santé 2002

*David Blumenthal, Health Policy Report, N Engl J Med 350 ;17.

Met uitzondering voor wat Nederland en Zwitserland betreft, komen de meest recente cijfers van Eco-Santé van de OESO 2004 (cfr fig. 2) in zeer grote mate overeen met tabel 7. De Amerikaanse cijfers liggen nog lager dan in de studie van David Blumenthal: 24,0 tegenover 27,6 per 10.000 inwoners.

Maar onafhankelijk van de gebruikte bronnen of methode van becijfering steekt België steeds ver boven alle andere cijfers uit wat artsensiteit betreft.

Wanneer we in tabel 8 de spreiding per gemeenschap in België gaan bekijken wordt de uitzonderlijke densiteit nog duidelijker; Vlaanderen 36,7 artsen per 10.000 inwoners (of 39,0 als men de artsen zonder INS code pro rata verdeelt), het Waals gewest 42,7 (43,8 mits INS correctie pro rata), België 44,9 en het Brussels hoofdstedelijk gewest 62,9 (of 63,3 mits INS correctie pro rata).

Artsensiteit in België (01.01.2003)

	M	V	Totaal	Densiteit (artsen/10.000 inwoners)
Antwerpen	3.860	1.850	5.710	34,6
Vlaams Brabant	3.416	2.062	5.478	53,6
West-Vlaanderen	2.789	879	3.668	32,4
Oost-Vlaanderen	3.246	1.483	4.729	34,6
Limburg	1.570	737	2.307	28,9
Vlaams gewest	14.881	7.011	21.892	36,7
Brussels hoofdstedelijk gewest	3.736	2.414	6.150	62,9
Brabant wallon	1.488	853	2.341	65,9
Hainaut	2.915	1.207	4.122	32,2
Liège	3.078	1.523	4.601	44,9
Luxembourg	572	257	829	33,1
Namur	1.673	784	2.457	54,9
Région wallonne	9.726	4.624	14.350	42,7
België	28.343	14.049	42.392	41,1
Artsen zonder gekende INS code			3.876	3,8
TOTAAL BELGIE			46.268	44,9

Tabel 8

Bron : www.health.fgov.be/AGP/manpower

Indien we de landen met de vijf hoogste densiteiten aan artsen vergelijken met België en zijn gewesten, die toch elk over een eigen regering en een minstens één minister van Volksgezondheid beschikken, beseffen we pas hoezeer academici als Prof Delière de Belgische situatie hebben doen verrotten (cfr. tabel 9). Het Brussels hoofdstedelijk gewest met 63,3 artsen per 10.000 inwoners heeft een densiteit die de helft hoger ligt dan Griekenland, de absolute topper in Europa, die “slechts” een densiteit van 43,8 per 10.000 inwoners kent. Griekenland en het Waals gewest staan exact op hetzelfde hoge niveau van 43,8 artsen per 10.000 inwoners.

Hoogste Europese Artsensiteit

	Artsen/10.000 inwoners
Brussels hoofdstedelijk gewest	63,3
België	44,9
Région wallonne	43,8
Griekenland	43,8
Vlaams gewest	39,0
Duitsland	35,9
Denemarken	31,6
Luxemburg	31,5

Tabel 9

Bron : - Eurostat; Commission Européenne. Statistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002.
- www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower (de artsen zonder gekende INS code werden pro rata verdeeld)

De artsendensiteit in het Vlaams gewest (39,0) staat nog ver boven dat van overige leden van de top vijf: Duitsland (35,9), Denemarken (31,6) en Luxemburg (31,5).

De tabellen 10 en 11 splitsen de Belgische artsendensiteit uit per categorie (huisartsen, specialisten en specialisten in opleiding) en per gewest.

Artsendensiteit per categorie en regio (per 10.000 inwoners) (01.01.2003)

	Huisarts	Specialist	Kandidaat-specialist	Totaal
Antwerpen	14,9	16,2	2,8	34,6
Vlaams Brabant	19,1	26,7	6,3	53,6
West-Vlaanderen	14,4	15,3	2,4	32,4
Oost-Vlaanderen	14,5	16,4	3,2	34,6
Limburg	13,6	12,7	2,1	28,9
Vlaams gewest	15,3	17,4	3,3	36,7
Brussels hoofdstedelijk gewest	21,4	31,6	7,8	62,9
Brabant wallon	23,5	36,9	4,3	65,9
Hainaut	14,8	15,3	1,8	32,2
Liège	18,4	21,6	4,2	44,9
Luxembourg	16,7	14,1	2,0	33,1
Namur	20,4	18,9	3,4	54,9
Région wallonne	17,7	19,9	3,0	42,7
BELGIE	16,6	19,6	3,7	41,1
Inclusief artsen zonder gekende INS code				44,9

Tabel 10

Bron : www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower

Artsendensiteit per categorie en regio (aantal inwoners per arts) (01.01.2003)

	Huisarts	Specialist	Kandidaat-specialist	Totaal
Antwerpen	671	617	3.571	289
Vlaams Brabant	524	375	1.587	187
West-Vlaanderen	694	634	4.167	309
Oost-Vlaanderen	690	610	3.125	289
Limburg	735	787	4.762	346
Vlaams gewest	654	575	3.030	272
Brussels hoofdstedelijk gewest	467	316	1.282	159
Brabant wallon	425	271	2.326	132
Hainaut	676	654	5.556	311
Liège	543	463	2.381	223
Luxembourg	599	709	5.000	502
Namur	490	529	2.941	182
Région wallonne	565	503	3.333	234
BELGIE	602	510	2.703	243
Inclusief artsen zonder gekende INS code				223

Tabel 11

Bron : www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower; eigen berekeningen

Tabel 11bis illustreert de consequenties van die densiteit op het niveau van de huisartsen (¹⁵). Als men zich baseert op een jaar met 250 werkdagen, dan ziet de Vlaamse huisarts gemiddeld 16,3 patiënten per dag (9,6 consultaties, 0,1 adviezen en 6,6 bezoeken), de Brusselse huisarts 7,2 patiënten per dag (4,5 consultaties, 0,1 adviezen en 2,6 huisbezoeken) en de Waalse huisarts 12,2 patiënten (5,9 consultaties, 0,2 adviezen en 6,1 huisbezoeken).

Vergelijking van de huisartsactiviteiten tussen de gewesten (prestaties 1998)

	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
PER JAAR			
Consultaties	2.409	1.121	1.466
Adviezen	30	18	43
Bezoeken	1.640	660	1.530
PER DAG			
Consultaties	9,6	4,5	5,9
Adviezen	0,1	0,1	0,2
Bezoeken	6,6	2,6	6,1
Totaal aantal contacten per dag	16,3	7,2	12,2

Tabel 11bis

Op basis van 250 werkdagen per jaar

o ziet de huisarts in het Vlaams Gewest 16 patiënten per dag

o ziet de huisarts in het Brussels Gewest 7 patiënten per dag

o ziet de huisarts in het Waals Gewest 12 patiënten per dag

Bron : Kwantitatieve analyse van de activiteiten van de Belgische huisartsen. J.P. Dercq, H. Van Loon, A. Van Ouytsel, A. Somer.
Januari 2001

Omdat deze cijfers inmiddels al ruim vijf jaar oud zijn, toont tabel 12 de evolutie van het aantal door huisartsen geleverde prestaties (¹⁶): het aantal huisbezoeken daalde van 15.382.936 in 1998 naar 13.175.145 in 2002, of een daling met 14,35 %. Het aantal consultaties steeg over dezelfde periode van 25.671.512 naar 27.469.949 met 7,01 %.

In globo daalde het aantal huisartsprestaties met 1,00 % van 41.054.448 naar 40.645.094.

Aantal belangrijkste prestaties erkende huisartsen

	Huisbezoek		Raadpleging		Totaal	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
1998	15.382.936	100,00	25.671.512	100,00	41.054.448	100,00
2002	13.175.145	85,65	27.469.949	107,01	40.645.094	99,00

Tabel 12

Bron : M. MOENS, VBS jaarverslag 2003 : het jaar van de perceptie. Maart 2004.

Tabel 13 toont enkele cijfers in Europa ter vergelijking van de dichtheid aan huisartsen in België met enkele andere Europese landen. Ten opzichte van Nederland heeft België 3,6 maal meer huisartsen die beroepsactief zijn (¹⁷).

*Huisartsendensiteit in enkele Europese landen (2002)
(aantal huisartsen per 10.000 inwoners)*

België	16,6
Frankrijk	14,8
Duitsland	10,4
Verenigd Koninkrijk	6,2
Nederland	4,6

Tabel 13

Bron : BIGE. Gezondheidszorg en –statistiek 2003. OESO Health Data 2002; berekeningen BIGE

¹⁵ Kwantitatieve analyse van de Belgische huisartsen. J.P. Dercq, H. Van Loon, A. Van Ouytsel en A. Somer. Januari 2001.

¹⁶ M. Moens. VBS jaarverslag 2003: het jaar van de perceptie. Maart 2004.

¹⁷ BIGE. Gezondheidszorg en –statistiek 2003.

4. Huidige politieke situatie.

4.1. De werkzaamheden van de Planningscommissie Medisch Aanbod

Na vele jaren debatteren over de numerus clausus, wordt via het “KB van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie - Medisch Aanbod (B.S. 29/08/1996)” de Planningscommissie opgericht.

Na publicatie van het “KB van 20 augustus 1996 houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie - Medisch aanbod (B.S. van 12/10/1996)”, met ondermeer Prof. Deliège als lid, kon zij aan het werk.

Het “K.B. van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels (B.S.05.09.1997 en gecoördineerd B.S. 08.12.2000)” legde het totaal aantal artsen van 2004 tot en met 2008 vast (cfr. tabel 14).

Toelaatbaar aantal artsen binnen het ZIV-systeem (K.B. 29.08.1997 - B.S. 05.09.1997, gecoördineerd in B.S. 08.12.2000)

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	650	390	260	300	180	120	350	210	140
2006	600	360	240	300	180	120	300	180	120
2007	700	420	280	-	-	-	-	-	-
2008	700	420	280	-	-	-	-	-	-

Tabel 14

Naar aanleiding van de beslissing van de Planningscommissie van 21.12.2001, wijzigde het “K.B. van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002)” een aantal cijfers. Het toegelaten aantal dat mag starten in 2005 en 2006 om binnen de RIZIV structuur te kunnen werken werd verhoogd van 650, respectievelijk 600 naar telkens 700. De quota voor de jaren 2009, 2010 en 2011 werden toegevoegd (cfr tabel 15).

K.B. 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002)

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

Tabel 15

Vet en cursief : wijziging van de coördinatie dd. 07.11.2000 van het K.B. van 29.08.1997

Vet : toevoeging aan de coördinatie dd. 07.11.2000 van het K.B. van 29.08.1997.

Dit K.B. legde ook de uitsplitsing vast van het toegelaten aantal specialisten (cfr. tabel 16). Er werden slechts 330 van de 400 plaatsen toegewezen. De 70 oningevulde plaatsen zullen worden gebruikt al naar gelang de noden. Er zijn al meerdere specialismen die zich hebben aangediend, ondermeer die waar er minder kandidaten mogen worden toegewezen dan er opleidingsplaatsen zijn. De geneesheer – specialisten in de arbeidsgeneeskunde, in het beheer van de gezondheidsgegevens en in de medisch – gerechtelijke geneeskunde vallen buiten het quotum.

K.B. 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002)

Geneesheer-specialist in	Totaal	N	F
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	17	12	5
Radiotherapie	5	3	2
Nucleaire geneeskunde	4	2	2
Pathologische anatomie	4	2	2
TOTAAL	330	194	136

Tabel 16

De Planningscommissie Medisch Aanbod houdt rekening met een aantal hypothesen. Zo wordt geraamd dat tussen 2000 en 2050 de Belgische bevolking zal stijgen van 10,28 tot 10,95 miljoen inwoners. De veroudering zal zich sterk doorzetten: de 65- plussers zullen van 17 % in 2002 stijgen naar 21 % in 2020 en zelfs tot 26 % in 2050 (cfr. tabel 17).

De Planningscommissie houdt ook rekening met arts-specifieke factoren zoals de vervrouwelijking van het beroep, de arbeidsduurverkorting, het vroegtijdig(-er) uit het beroep treden e.d.m..

Veroudering van de bevolking

leeftijd	2002	2020	2050
0 – 24	30 %	27 %	26 %
25 – 64	53 %	52 %	48 %
65 +	17 %	21 %	26 %

Tabel 17

De Planningscommissie heeft rekening gehouden met de twee modellen die ook in de Verenigde Staten worden gebruikt. Enerzijds het model waarbij er wordt van uit gegaan dat ten gevolge van de organisatie van de zorgverlening door de Overheid de behoefte aan medische zorg constant blijft (Health Maintenance Organizations) (18), en anderzijds het meer economisch en demografisch gedreven model dat rekening houdt met een toenemende behoefte waaraan wordt tegemoet gekomen (Richard Cooper)

¹⁸ David Blumenthal. Health policy report. New Steam from an Old Cauldron- The Physicians Supply Debate.

N Engl J Med 350;17, april 22, 2004.

(19). De berekende aantallen tussen 2004 en 2020 volgens beide zienswijzen worden weergegeven in tabel 18. Het verschil in jaarlijkse behoeften aan nieuwe artsen loopt tussen beide zienswijzen op tot 430 eenheden in 2020. De Planningscommissie heeft uiteindelijk een waarde tussenin genomen voor de jaren 2011 en 2012, namelijk 833 (cfr infra).

K.B. 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002)

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

Fr : Franse gemeenschap
 VI : Vlaamse gemeenschap
 B : België

Tabel 18

Naar aanleiding van de debatten voorafgaand aan de vergadering van de Planningscommissie Medisch Aanbod van 27.11.2003 suggereerden de Franstalige universiteiten de numerus clausus gedurende een aantal jaren af te schaffen en had Prof. Denise Delière het in de media opnieuw over de dreigende “pénurie”, het spookbeeld van het artsentekort. De reacties van de artsensyndicaten zijn heftig . Dr. Jacques de Toeuf, op dat ogenblik voorzitter van de BVAS-ABSyM, noemde het nieuwe offensief tegen de beperking van het aantal artsen “*monsterlijk*” (20).

Aan Vlaamse kant startte Dr. Louis IDE, lid van het partijbestuur van de “Nieuw-Vlaamse Alliantie” (N-VA), die voor de verkiezingen van 13.06.2004 in kartel is getreden met de CD&V, een e-mail petitie (21) om bij minister DEMOTTE aan te dringen niet toe te geven aan de vraag van de Franstalige decanen om de numerus clausus af te schaffen, die ondertussen was overgenomen in een wetsvoorstel van CDH, ECOLO en PS van 23.11.2003

Alle Belgische artsenverenigingen onderschreven deze petitie, inclusief het V.B.S. - G.B.S, met op dat ogenblik een Nederlandstalige voorzitter, Prof. Dr. Jacques Gruwez, en de BVAS-ABSyM, met op dat ogenblik een Franstalige voorzitter, Dr. Jacques de Toeuf.

Uiteindelijk nam de Planningscommissie vier beslissingen, alhoewel geenszins van harte wat de vertegenwoordigers van de artsensyndicaten betreft, die er slechts in een minderheid zitting kunnen hebben. De quota voor de jaren 2011 en 2012 worden verhoogd tot 833. In de periode van 2004 tot en

¹⁹ Cooper RA et al. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Aff (Millwood) 2002; 21 (1):140-54

²⁰ « Non, Mme Delière, il ne faut pas prendre les médecins belges pour des canards sauvages ». Editoriaal Maurice Einhorn. Le Journal du Médecin nr. 1549. 18.11.2003.

²¹ www.contingentering.be

met 2012 wordt het aftoppingsmechanisme (“mécanisme de lissage”) aanvaard, waarbij het overschot aan afgestudeerden in sommige jaren toch aan de slag kan binnen de RIZIV- structuur omdat het geneutraliseerd wordt door een tekort aan afstuderenden in andere jaren. In zijn totaliteit wordt het quotum 2004 – 2012 gerespecteerd (cfr tabel 19). De Planningscommissie aanvaardt ook het surplus in die periode van 154 Franstaligen en 232 Nederlandstaligen bovenop het totale quotum. Deze afgestudeerden worden “vrijgestelden” genoemd om de specialistische disciplines te beschermen waar er momenteel ofwel een tekort aan is, zoals geriatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie, of waar het risico van een verminderde belangstelling voor bestaat, met name het wetenschappelijk onderzoek. Tenslotte wijzigde de Planningscommissie de verdeelsleutel tussen huisartsen en specialisten van respectievelijk 40 naar 43 % en van 60 naar 57 %. Aan de communautaire uitsplitsing 40 % Franstaligen versus 60 % Nederlandstaligen wordt niet geraakt.

Demografie van de geneeskundestudenten en de beslissing Planningscommissie

Jaar	Franse Gemeenschap			Vlaamse Gemeenschap		
	Quota	Gediplomeerden	Verschil	Quota	Gediplomeerden	Verschil
2004	280	326	46	420	571	151
2005	280	306	26	420	442	22
2006	280	309	29	420	350	-70
2007	280	311	31	420	404	-16
2008	280	307	27	420	362	-58
2009	280	319	39	420	418	-2
2010	280	320	40	420	525	105
2011	333	290	-43	500	550	50
2012	333	292	-41	500	550	50
Totaal	2.626	2.780	+ 154	3.940	4.172	+ 232

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

Tabel 19

Velen zoals ik vragen zich af of deze gewijzigde verhouding huisarts versus specialist zinvol is. Ongeveer 2000 artsen die onder de noemer “huisarts” vallen zijn in mindere of meerdere mate bezig met medische activiteiten die niet als huisartsgeneeskunde kunnen bestempeld worden. Zij doen de zaalronde in ziekenhuizen, werken na het bekomen van hun brevet acute geneeskunde in een spoedgevallendienst, werken in allerlei instellingen van psychiatrische of gehandicaptenzorg, in ontwenningcentra voor toxicomanen, als schoolarts, voor “Kind en gezin”, in het wetenschappelijk onderzoek aangaande de huisartsgeneeskunde en zo meer.

Veel van deze artsen hebben niet gekozen voor de huisartsgeneeskunde als beroep en het is zeer de vraag of het beperken van het aantal specialisten meer gemotiveerde en goede huisartsen zal opleveren. Ik pleit al sinds enige tijd voor een alternatief soort arts, een tussenvorm tussen huisarts en specialist, die kan ingeschakeld worden in de voornoemde medische situaties, waar inderdaad reële medische behoeften bestaan. Volgens Dr. Jean-Paul Dercq, jarenlang adviseur-generaal bij het ministerie van Volksgezondheid en nu kabinetsadviseur bij minister Demotte, is het een zeer belangrijk probleem dat artsen met een huisartsenerkenning vandaag het huisartsenberoep de rug toekeren – en eventueel in ziekenhuizen gaan werken – terwijl ziekenhuisartsen – specialisten het ziekenhuis verlaten en in de eerste lijn gaan werken, zoals ondermeer de pediaters.

Wat het lot is van de beslissingen van de Planningscommissie Medisch Aanbod is onzeker. In de wandelgangen wordt beweerd dat vooral de Vlaamse liberalen tegen het voorstel zijn, daarin gesteund door de oppositie. De uitslag van de verkiezingen van morgen 13.06.2004 zou dus medebepalend kunnen zijn. We zullen weldra weten of het inderdaad zo is dat indien de Vlaamse Liberalen en Democraten goed scoren, de beslissingen van 27.11.2003 niet worden uitgevoerd. Als het minder goed met de VLD verloopt, zouden de wijzigingen, die vooral door de Franstaligen werden geïnitieerd, wel worden doorgevoerd(*).

* De ministerraad van 09/07/2004 besliste inderdaad het RIZIV-quotum voor 2011 vast te stellen op 700 en op 833 voor 2012

4.2. Minister Dupuis en het Decreet van 27.02.2003.

Met het decreet van 27 02.2003 (B.S. 11.04.2003) schafte de Franse Gemeenschap elke vorm van selectieprocedure af voor de studies geneeskunde, op initiatief van de minister van hoger onderwijs Françoise DUPUIS (P.S.) (22). Op te merken valt dat de huidige minister van sociale zaken, Rudy Demotte, medeondertekenaar was van dit drastisch decreet. Toenmalig minister van Sociale Zaken Frank VANDENBROUCKE reageerde furieus op de decretering van 27.02.2003 door de Franse Gemeenschap : “*Als de Franstalige politieke wereld van oordeel is dat er in de gezondheidszorg geen manpower-planning nodig is en dat het onderwijs geen enkele verantwoordelijkheid te dragen heeft in die planning, dan kunnen we de gezondheidszorg beter meteen splitsen*”. (23)

Deze drieste uitspraak van Frank Vandenbroucke kan één van de redenen zijn waarom hij zijn portefeuille heeft moeten overdragen aan de PS-er Rudi Demotte. In een debat-interview “A bout portant” over “Plethora of tekort aan artsen” met Bénédicte VAES van “Le Soir”, stelde hij zonder meer : “*Sans numerus clausus, la santé sera scindée*”(24). Françoise DUPUIS stelde in dezelfde “A bout portant” dat er wel degelijk tekorten zijn bij sommige specialisaties. (25)

De kritiek is zeer groot. Niet alleen wordt elke vorm van preselectie gestopt, maar de studenten die met vrucht na zeven (of meer jaren) hun diploma van “docteur en médecine” behalen lopen het risico niet binnen de RIZIV context te kunnen werken, wat psychologisch ondraagbaar is. De Franstalige studenten worden gediscrimineerd ten opzichte van de Vlaamse. Teveel studenten opleiden houdt bovendien ook het belangrijke risico in dat de kwaliteit van de opleiding vermindert door het gebrek aan praktische lessen en ervaring. Minister Dupuis wil het ingangsexamen zelfs niet meer in overweging nemen: “*Ces options ne sont plus envisagées dans le contexte actuel*”(26). Het is dan ook logisch dat de gevolgen van het Decreet door de studenten voor de rechtbanken worden aangevochten.

Merkwaardig genoeg voert dezelfde Françoise Dupuis in september 2003 een ingangsexamen in voor de eerste kandidatuur diergeneeskunde(27). Als reden werd enerzijds de kwaliteit van de opleiding aangehaald: te veel studenten voor te weinig (dier-) patiënten en anderzijds het groot aantal Franse studenten dat zich in België aanbiedt. Voor de studies geneeskunde tellen deze argumenten blijkbaar niet mee. Ook in de geneeskunde faculteiten is het aantal buitenlandse studenten aanzienlijk en loopt op tot ruim een kwart bij de Franstalige faculteiten (cfr. [tabel 20](#) en fig. 5).

Franstalige faculteiten geneeskunde

Academiejaar	94-95		95-96		96-97		97-98		98-99	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Belgische studenten	400	77	417	80	405	74	401	77	408	74
EU-studenten	40	8,0	35	7	48	9	39	8	58	11
Niet-EU-studenten	80	15	68	13	92	17	78	15	85	15
Totaal	520	100	520	100	545	100	518	100	551	100

Tabel 20

Bron : Artsenkrant on line 27.10.2000.

Tabel 21 geeft de evolutie van het aantal generatiestudenten geneeskunde in België weer. Generatiestudenten zijn studenten die zich voor het eerst inschrijven aan een Belgische faculteit. De hoogste aantallen beginnende studenten arts vinden we +/- 20 jaar na de baby-boom jaren 1950 – 1960. In Vlaanderen springt de sterke terugval in het oog van het aantal generatiestudenten vanaf de invoering

²² Decreet van 27 februari 2003 tot wijziging van de bepalingen aangaande de studies van de sector gezondheidswetenschappen in het decreet van 5 september 1994 tot regeling van de universitaire studies en academische graden en in de wet van 27 juni 1971 op de financiering van en het toezicht op de universitaire instellingen. Ministerie van de Franse Gemeenschap. B.S. 11.04.2003.

²³ « Felle kritiek Vandenbroucke op Waalse afschaffing contingentering ». Artsenkrant nr. 1497. 18.03.2003.

²⁴ « Pléthore ou pénurie de médecins ? ». Le Soir. 03.03.2003.

²⁵ « C'est dans les spécialisations qu'on constate des manques ». Le Soir. 03.03.2003.

²⁶ “7 questions à Françoise Dupuis” Journal du Médecin, n°1492, 25.02.2003.

²⁷ “Vétérinaires: premier numerus clausus” La Capitale, 05.09.2003.

van het ingangsexamen in 1997. Van nog 1.160 starters in 1996 naar slechts 345 in 2002. In 1997 werd alleen het deel van het ingangsexamen met betrekking tot “het vermogen tot het verwerven en verwerken van informatie” voor de puntentoekening weerhouden. Het deel “kennis en inzicht in de wetenschappen” werd pas vanaf 1998 mee verrekend, wat het aantal geslaagden drastisch deed zakken. Aan Franstalige zijde blijft het aantal eerste generatiestudenten onveranderd boven de 800 uitstijgen.

Evolutie van het aantal generatiestudentengeneeskunde in België

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

Tabel 21

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

Tabel 22 toont de evolutie aan van het aantal geslaagden in het toegangsexamen (tand-) arts tussen 1997 en 2003. Alleen in 1998 en 1999 waren er minder geslaagden dan het toegestane quotum. Niet alle geslaagden vatten ook effectief de studies aan.

Evolutie van het aantal geslaagden in het toelatingsexamen (tand-) arts t.o.v. het vastgestelde contingent

	Bij K.B. vastgesteld contingent ⁽²⁸⁾	Aantal geslaagden	Verskil *
1997	504 (420 + 84)	966	+ 462
1998	504	447	- 57
1999	504	469	- 35
2000	504	517	+ 13
2001	504	569	+ 65
2002	504	606	+ 102
2003	504	858	+ 354

Tabel 22

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

²⁸ K.B. van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod. B.S. 14.06.2002.

Tabel 23 toont de verdeling aan van het aantal generatiestudenten over de vijf Vlaamse faculteiten die kandidaturen geneeskunde aanbieden.

Aantal generatiestudenten geneeskunde in Vlaanderen (academiejaar 2001-2002)

	M	V	% V	Totaal
KUL	62	87	58,4	149
UG	33	75	69,4	108
UA	19	27	58,7	46
LUC	12	15	55,6	27
VUB	7	8	53,3	15
Totaal	133	212	61,4	345

Tabel 23

M = mannen

V = vrouwen

KUL : Katholieke Universiteit Leuven

LUC : Limburgs Universitair Centrum

UG : Universiteit Gent

VUB : Vrije Universiteit Brussel

UA : Universiteit Antwerpen

VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

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

Tabel 24 toont het aantal Vlaamse studenten ingeschreven in het eerste jaar geneeskunde in het academiejaar 2001-2002. Dit aantal ligt dus hoger dan het aantal “generatiestudenten”.

Aantal Vlaamse eerstejaarsstudenten geneeskunde (academiejaar 2001-2002) (generatiestudenten en niet-generatiestudenten)

	M	V	% V	Totaal
KUL	75	106	58,6	181
UG	46	95	67,4	141
UA	25	32	56,1	57
LUC	15	15	50,0	30
VUB	10	12	54,5	22
Totaal	171	260	60,3	431

Tabel 24

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

Het wekt dan ook geen verbazing dat de rectoren van de V.U.B. en de U.A., de Professoren Ben VAN CAMP en Francis VAN LOON, van oordeel zijn dat het toelatingsexamen in Vlaanderen best wordt afgeschaft⁽²⁹⁾. De overige Vlaamse universiteiten willen het versoepelen. Dit gebeurde ook: in 2003 hoefden de deelnemers nog slechts 22 op 40 te halen om te slagen voor het examen tegen 24 op 40 in 2002. De voorwaarden werden versoepeld omdat men vreesde dat het Vlaamse contingent van 504 (420 artsen en 84 tandartsen) niet opgevolgd zou raken.

De website van de Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique (CERF) geeft de cijfers voor het academiejaar 2002-2003 (cfr. tabel 25). Met +/- 40% van 's lands inwoners telt Franstalig België 2,4 maal meer generatiestudenten geneeskunde dan Vlaanderen dat +/- 60 % van de inwoners telt.

²⁹ « Toelatingsexamen : weg ermee ». Artsenkrant nr. 1495. 11.03.2003.

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

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

Tabel 25

UCL : Université Catholique de Louvain

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

Ulg : Université de Liège

ULB : Université Libre de Bruxelles

UMH : Université de Mons-Hainaut

CREF : Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique

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

De decanen van de Franstalige faculteiten geneeskunde maken zich terecht zorgen om de mogelijkheden die Europese kandidaat-specialisten hebben om in, België te komen specialiseren³⁰. Volgens Dr. Dercq vallen die buiten het quotum. Volgens de beroepsverenigingen en de Franstalige decanen vallen die er binnen, zoniet zouden kandidaat – specialisten uit de 24 overige EU- lidstaten zomaar de plaats van Belgische kandidaat – specialisten kunnen innemen. Ze zouden hiervoor niet moeten bewijzen dat hun kennis en opleidingsniveau equivalent of zelfs beter is dan dat van de Belgische afgestudeerde artsen.

De situatie van de pas gepromoveerde artsen in de context van hun specialisatiekeuze tussen de beide gemeenschappen is evenmin duidelijk. Wat zal het antwoord zijn als artsen om een of andere reden in de andere taalgemeenschap wensen opgeleid te worden tot specialist?

Zowel in de Europese als in de Belgische context lijkt ons een nationaal vergelijkend examen de beste oplossing. De specialisatie van artsen blijft immers - ondanks de verder oprukkende academisering waartegen de beroepsverenigingen zich fel verzetten omdat ze een paritair begeleide beroepsopleiding willen behouden - een federale materie. (¶)

Het systeem van de “equivalentie” of andere omwegen langs waar niet-Europese artsen een specialistenopleiding aanvatten en zich als specialist in België kunnen laten erkennen, moet correct worden toegepast. Het is aan de erkenningscommissies om een beslissend oordeel te vellen over dergelijke dossiers, of, bij probleemgevallen, aan de Hoge Raad voor geneesheer - specialisten en huisartsen. Momenteel geven zij slechts een vrijblijvend advies aan de bevoegde minister. Willekeurige erkenningen door deze minister, ondanks negatieve adviezen van beide instanties, zoals recent nog gebeurde, zijn ons inziens onaanvaardbaar.

5. Besluiten

Het staat vast dat België, na Griekenland, de hoogste artsensiteit ter wereld heeft. Brussel als hoofdstedelijk gewest steekt nog zeer ver boven Griekenland uit, en het Waals Gewest evenaart Griekenland. Het moet dus maar eens uit zijn met het academisch gezanik over artsentekorten in België.

De erkende artsen moeten binnen de door hen gekozen disciplines aan de slag kunnen blijven door hen betere werkomstandigheden en een adequatere honorering aan te bieden. Dit geldt zowel voor huisartsen als voor intra- en extramurale specialisten.

Aan bepaalde probleemsituaties kan worden tegemoet gekomen door een derde type van arts te creëren die noch huisarts, noch specialist is maar die wel binnen de jaarlijkse quota vallen. Dit vergt nog heel

³⁰ Collège des Doyens des Facultés de Médecine des Universités de la Communauté Française de Belgique. Document de travail pour la rencontre GBS Doyens (3 février 2004).

* Ondertussen heeft het Belgisch Staatsblad op 7 juli 2004 het Besluit van de Franse gemeenschap van 19 mei 2004 gepubliceerd tot vaststelling van bijkomende masters in de gezondheidssector, waaronder 32 masters in de specialistische geneeskunde.

wat denk- en wetgevend werk, maar kan ondermeer een correcte oplossing bieden aan de onduidelijke beroepssituaties van vele pseudo – huisartsen.

Op Europees niveau moet er een sluitende regelgeving worden uitgewerkt om de effecten van de numerus clausus in België en in andere Europese landen, die al veel langer een instroombeperking in het artsenberoep hadden ingevoerd, op de vorming van het aantal specialisten en huisartsen onder controle te houden.

Om de uitholling van het voorgaande systeem tegen te gaan, dienen de erkenningscommissies en de Hoge raad voor geneesheren - specialisten en huisartsen beslissingsbevoegdheid te verwerven in plaats van een vrijblijvend adviesrecht wat betreft de toekenning van een eventuele equivalentie aan niet-Europese artsen die in België een specialisatie - opleiding hebben gevolgd.

Er moet klaarheid worden gecreëerd wat de mogelijkheden tot specialisatie betreft van de eigen Belgische studenten in de verschillende gewesten.

De quota van het Koninklijk besluit van 30 mei 2002 moeten ongewijzigd behouden blijven tot in 2013. Het betreft het jaarlijks toelaten van 700 artsen in het RIZIV- systeem, waarvan 420 Nederlandstaligen en 280 Franstaligen, te verdelen over 40 % huisartsen en 60% specialisten.

Ondertussen moet er een continue evaluatie blijven gebeuren door de Planningscommissie Medisch Aanbod betreffende de wisselwerking tussen de vraag naar zorg die vooral afhangt van de demografische en de economische ontwikkeling van onze maatschappij en het overheidsingrijpen ten gevolge van eventuele politieke beslissingen over de organisatievorm van de Belgische gezondheidszorg.

Om zowel de Belgische als de Europese problemen inzake de toegang tot het beperkt aantal specialisatiemogelijkheden op te lossen, moet er een nationaal vergelijkend examen worden georganiseerd waarbij de desiderata van de kandidaten worden getoetst aan door hen bekomen resultaten. Een voorstel van die aard deed ik al in maart 1993 in de krant “De Standaard”⁽³¹⁾ en in het november editoriaal van 1994 in “De Geneesheer – Specialist”⁽³²⁾.

Met dank voor Uw aandacht.

MANIPULATIES VOOR SELECTIEVE CORONAROGRAFIE

Rondschrijven van het VBS aan de Diensten Radiologie (maart 2004)

Geachte Dokter,

Betreft: interpretatie van sommige ziekenfondsen in verband met art 17 van de nomenclatuur – manipulaties - verstrekkingen geschrapt bij KB van 30.05.2001.

Sommige ziekenfondsen gaan ervan uit dat de geschrapte manipulaties nu inbegrepen zouden zijn in de radiologische verstrekkingen en bijgevolg niet zouden kunnen aangerekend worden aan de patiënt. Ze menen die interpretatie te mogen putten uit art 17,§5,a) van de nomenclatuur die ze lezen als zou er staan: de speciale manipulaties die voorzien zijn in de nomenclatuur worden bij de onderzoeken bij gehonoreerd. Dat staat echter niet in de tekst.

De juiste tekst luidt: "*De speciale manipulaties die nodig zijn voor de onderzoeken, worden bij die onderzoeken bij gehonoreerd overeenkomstig de aanwijzingen van de nomenclatuur.*"

(Franse tekst: "*Les manipulations spéciales nécessaires aux examens sont honorées en supplément de ces examens, conformément aux indications de la nomenclature.*"

³¹ “Numerus clausus kan zonder studiekeuzebeperking” Dr. Marc Moens. Opiniëpagina. De Standaard. 31.03.1993.

³² “Een voorstel tot oplossing van de artsenplethora in België” Dr. M. Moens. Editoriaal. De Geneesheer – Specialist.nr. 7, november 1994.

De interpretatie van het ziekenfonds is fout:

1. Art. 50 §6, 2elid van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVUwet – gecoördineerde wet van 14.07.1994), luidt als volgt: "*Zij (nvdr. de akkoorden artsen-ziekenfondsen) stellen de voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbenden, waarin die honoraria (nvdr. de zgn. verbintenistarieven) mogen worden overschreden. Die honoraria worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in artikel 35 §1, bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de geneesheer of de tandheeskundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn.*"

Een uitvoeringsbesluit van de GVUwet, in casu het koninklijk besluit dat de nomenclatuur vaststelt kan bijgevolg niet geïnterpreteerd worden in een zin die strijdig zou zijn met deze wettelijke bepaling.

2. "overeenkomstig de aanwijzingen" (indicaties): elke van de manipulaties die tot mei 2001 in de nomenclatuur stonden hadden een welbepaalde indicatie: bvb. manipulaties met het oog op aortografie of arteriografie, door directe punctie - door inbrengen van catheter; manipulaties met het oog op een phlebografie, enz....

Het ziekenfonds gaat hier echter uit van een "ingekorte" lezing van de tekst (cf supra): er staat niet "manipulaties voorzien in de nomenclatuur"; men wijzigt bijgevolg de tekst om er – zo meent het ziekenfonds althans- eruit af te leiden dat de niet voorziene manipulaties inbegrepen zouden zijn in de radiologieverstrekingen zelf. Neen, de tekst van art 17 §5 a) zegt alleen dat de nodige manipulaties bijkomend vergoed worden in de mate dat ze worden uitgevoerd overeenkomstig welbepaalde indicaties.

3. "bijkomend gehonoreerd" of "vergoed" in de nomenclatuur betekent respectievelijk "een bijkomend honorarium aan RIZIVtarief" of "terugbetaling". Het ziekenfonds wil hier een betekenis toekennen aan de nomenclatuur die volgens de GVUwet (cf. supra) uitgesloten is.

Het is niet omdat de manipulatie-prestaties niet meer bijgehonoreerd worden dat men daaruit ipso facto kan afleiden dat ze inbegrepen zouden zijn (wat ze nooit geweest zijn) in de radiologieverstrekingen. Die redenering berust dus duidelijk op een sofisme. En ze impliceert een toevoeging van iets dat niet in de nomenclatuur staat, nl. het zgn. "inbegrepen zijn"

4. Vermits de manipulatie-verstrekingen duidelijk omschreven in de nomenclatuur vermeld werden tot ze er bij KB uit geschrapt werden in mei 2001, kan men moeilijk ontkennen dat ze formeel beantwoorden aan het begrip beschreven in de laatste zin van art. 50 §6,2^e lid van de GVUwet: verstrekkingen die niet opgenomen zijn in de nomenclatuur.

Wel kan men uit die schrapping afleiden dat de indicaties hun reglementaire betekenis en bijgevolg hun tegenstelbaarheid verloren hebben in het kader van enige conformiteitsvereiste m.b.t. de nomenclatuur; niettegenstaande behouden ze een zekere waarde op het vlak van de medische verantwoording van de medische handeling.

5. De Raad van State oordeelde recentelijk (arrest nr 123.741 van 2.10.2003) dat, als de nomenclatuur de inhoudelijke elementen van een verstrekking bepaalt, dat dan op een duidelijke, ondubbelzinnige wijze moet geschieden en in geen geval door deductie moet worden geïnterpreteerd.

Zoals hoger aangetoond sub 3 volgt het ziekenfonds een schijnredenering. Als de nomenclatuur bepaalt dat de manipulaties worden bijgehonoreerd, volgens de indicaties van de nomenclatuur, wil dat nog niet zeggen dat, wanneer deze geschrapt worden uit de nomenclatuur, ze automatisch zijn inbegrepen in de technische verstrekkingen. Wel integendeel, zegt nu de Raad van State; als men dus wil stellen dat de geschrapte manipulaties zijn inbegrepen in de technische onderzoeken, dan moet de nomenclatuur dat op ondubbelzinnige wijze voorzien. Zelfs een interpretatieve benadering is uitgesloten.

Tenslotte delen wij u mede dat een ziekenfonds het probleem gaat voorleggen aan het RIZIV.

Anderzijds dringt dit ziekenfonds erop aan dat de artsen de patiënt duidelijk zouden informeren omtrent het bedrag dat te zijnen laste zal worden aangerekend.

Wij zullen niet nalaten u verder op de hoogte te houden.

Met vriendelijke groeten en de meeste hoogachting.

J. Van den Nieuwenhof
Adm. Directeur VBS

Brief van 23 april 2004 van de juridische dienst van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant, aan het VBS (vertaling)

Betreft : manipulaties voor selectieve coronarografie

De universitaire ziekenhuizen Sint-Luc hebben ons een kopij bezorgd van uw schrijven aan Dokter J.P. JORIS inzake de facturatie van manipulaties van medische beeldvorming.

Aangezien de argumenten die u aanhaalt om ons standpunt te weerleggen ons nogal hermeneutisch lijken, zijn wij zo vrij u een meer algemeen antwoord te bezorgen.

Het probleem schuilt in de afschaffing bij K.B. van 30.05.2001 (waarvan kopij in bijlage) sedert 1.6.2001, van de verstrekkingen « manipulaties » van medische beeldvorming (art. 17. § 1 10° van de nomenclatuur). Sommige verstrekkers factureren deze verstrekkingen aan de patiënt om de inhouding op hun honoraria te recupereren, wat begrijpelijk is.

De patiënt wordt als dusdanig geconfronteerd met een bijkomende uitgave van € 120,00 voor een onderzoek van de hartfunctie – een weliswaar vitale functie – vaak zonder dat hij hiervan op voorhand op de hoogte werd gebracht. Hij wendt zich vervolgens tot zijn ziekenfonds om dit bijkomend honorarium aan te vechten, wat eveneens begrijpelijk is.

Wij zijn het standpunt toegedaan dat een verstrekker die niet akkoord is met de tarifiering van de nomenclatuur, zich kan deconventioneren. En als hij meent dat een verstrekking niet in de nomenclatuur is opgenomen kan hij de patiënt hiervan tenminste op de hoogte stellen zoals dit gebeurt (of zou moeten gebeuren) voor de esthetische chirurgie bijvoorbeeld.

Wat de correcte interpretatie betreft van artikel 17 § 5 a) dat stelt dat de manipulaties, overeenkomstig de aanwijzingen van de nomenclatuur, bij gehonoreerd worden bij die onderzoeken, zijn wij van oordeel dat de nomenclatuur hier verwijst naar de supplementen die de nomenclatuur zelf voorziet, zoals bv. “het bijkomend honorarium voor de substractiemethode» (codes 459211-459266).

Wij zullen het RIZIV tevens de basisvraag voorleggen, nl. of de manipulaties begrepen zijn in de bijhorende verstrekkingen van medische beeldvorming of ten laste vallen van de patiënt.

In afwachting van een antwoord, stellen wij voor dat de geneesheer zijn patiënt ervan verwittigt dat het onderzoek volgens hem slechts gedeeltelijk wordt terugbetaald en dat de € 120 volledig te zijnen laste vallen. Op die manier kunnen verdere betwistingen vermeden worden en kan de patiënt eventueel een geneesheer kiezen die meent dat het onderzoek volledig wordt terugbetaald.

Wij hopen dat u ons standpunt kunt begrijpen, en verblijven inmiddels, geachte Dokter, met de meeste hoogachting,

Getekend M. KIRSCH, Diensthoofd, Juridische Dienst.

Antwoord van het VBS op de brief van 23 april 2004 van de juridische dienst van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant (vertaling)

Ter attentie van Dhr M. Kirsch
Diensthoofd

Brussel, 27 april 2004

Geachte Heer,

Betreft : uw schrijven van 23 april 2004 (uw referenties MK/MD/3038009)

Ik heb uw schrijven van 23 april laatstleden goed ontvangen en bedank U hiervoor.

Rekening houdend met de wet van 22 augustus 2002 op de rechten van de patiënt, lijkt het me evident dat de zorgverstrekker de patiënt inlicht omtrent de prestaties die ten zijne laste zullen zijn, a fortiori indien het prestaties betreffen die geen aanleiding geven tot terugbetaling.

Ik neem nota van uw opmerking omtrent het onbegrip en het misverstand die hun oorsprong kunnen vinden in een gebrek aan informatie, en ik zal niet nalaten om dit bericht bij de zorgverstrekkers te verspreiden.

Met hoogachting.

J. Van den Nieuwenhof
Administratief directeur

P.S. Ik ben geen geneesheer.

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.
- 04043 **TE HUUR** : moderne praktijkruimte te **ANTWERPEN**, Belgiëlei 96 met 6 parkings. Gelijkvloers met grote wachtkamer, receptiedesk, dossierruimte, aparte plaats voor kleine ingrepen of gipsen, sterilisatie + scrub- en afwaslokaal. Consultatieruimten met zicht op achtertuin + terras. Opp.= 170m2. Ideaal om met meerder collegas te verdelen. Aparte ingang, eigen C.V. kleine kelder. Geen gemeenschappelijke onkosten. Inlichtingen: Dr. P. LEONARD 03 230 95 50/ leonard.p@pi.be
- 04067 **WATERLOO** : Luxueus medisch cabinet **TE HUUR** per halve dag. Boul. de la Cense, Waterloo. Bel : Dr Vincent 0475.27.04.57
- 04071 **TE HUUR** : Praktijkruimte, 100 m², centraal gelegen te Zwijndrecht, langsheen de tramlijn. Bestaand uit : aparte inkom, receptie met secretariaatsbalie, wachtzaal met apart toilet, spreekkamer met aparte onderzoeks- en kleedruimte met toilet, keuken met douche en toilet, eigen parkeerplaats. Adres : Dorp-West 44, 2070 Zwijndrecht te bevragen : 0478/337310
- 04073 **BRUSSEL** : De Kliniek St-Anna St-Remi St-Etienne VZW werft aan, voor de site Saint-Etienne, Middaglijnstraat 100 te 1210 Brussel, een geneesheer **INTERNIST-GERIATER**. Gemotiveerde sollicitatiebrief met C.V. dient gestuurd te worden ter attentie van Dr J.-P. VAN WETTERE, Medisch Directeur (tel. : 02/556.55.85 – 02/225.98.08 – e-mail : jeanpaul.vanwettere@tristare.be)
- 04074 **FRANKRIJK – PROVENCE – CARPENTRAS** : Kinderarts gezocht in groepspraktijk ziekenhuis (materniteit) + privé. Inlichtingen: Dr J. Legein: 0033 490 60 74 55 / jo.legein@wanadoo.fr
- 04075 **ANTWERPEN**: Cardioloog zoekt kabinet te delen met een jonge cardioloog(m/v) en na 3 jaar (of eerder) over te nemen. Zeer goed gelegen kabinet : Karel Oomsstraat 44 einde E19 Brussel Antwerpen. tel privé: 03/6666666 at 6 pm

Inhoudstafel

- **Symposium 50 jaar VBS-GBS "De specialisten door de lijnen heen" – “ De Montil ” – Affligem – 25.09.2004** 1
- **“Medical plethora? Pro and con of numerus clausus” – Pro – Dr. Marc Moens – Brussel 12.06.2004** 3
- **Manipulaties voor selectieve coronarografie** 21
- **Aankondigingen** 24

De nieuwe tarieven van toepassing vanaf 1.8.2004 voor de fysieke geneeskunde en revalidatie vindt U op de VBS-website. Deze kunnen ook op eenvoudige aanvraag telefonisch bekomen worden op het secretariaat. Tel. 02/649.21.47