
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° 2 / MAART 2005

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

NIEUWE TARIEVEN

De nieuwe tarieven van toepassing **vanaf 1.4.2005** voor de **raadplegingen** vindt U op de VBS-website. Deze kunnen ook op eenvoudige aanvraag telefonisch bekomen worden op het secretariaat. Tel. 02/649.21.47

De Geneesheer-Specialist wordt ook als "e-specialist" gestuurd. Als u de "e-specialist" nog niet ontving: stuur nu uw e-mail adres naar info@vbs-gbs.org. De "e-specialist" : een onmisbaar instrument voor de specialistische praktijk.

EEN JAAR VOORZITTER

**Toespraak van Dr Jean-Luc DEMEERE, voorzitter van het VBS,
ter gelegenheid van de algemene vergadering van 5 februari 2005**

Een jaar geleden moest worden voorzien in de vervanging van Professor Gruwez. Eerlijkheidshalve moeten we toegeven dat de kandidaten niet stonden te drummen. De kandidaat moest bij voorkeur tweetalig zijn en reeds enige anciënniteit in het Verbond hebben. Goede gewoontes niet radicaal omver gooien, geen open deuren intrappen en vooral niet naast je schoenen lopen was de boodschap. Voorzitter is een titel, gemaakt voor en door anderen. Alleen stelt hij niet veel voor. De voorzitter is de coach die het team leidt. Het team is het belangrijkste en staat in voor de realisatie van de projecten. De eenheid van de verschillende verenigingen vormt de macht van ons verbond.

Een van de eerste doelstellingen van de nieuwe ploeg was een betere omschrijving te geven van de core business van ons verbond. Op een zonnige eerste mei ging uw bureau aan de slag om het "mission statement" uit te werken, onze acties beter te oriënteren en onze taken te omschrijven. We hebben onze activiteiten in 10 punten omschreven.

Onze beroepsvereniging is per definitie een groep van verschillende verenigingen van artsen - specialisten. Een beroepsvereniging staat ook in voor de belangen van de individuele geneesheren - specialisten. Eerste moeilijkheid is de tegenstrijdigheid tussen individuele en collectieve belangen. Het VBS heeft niet alleen tot doel een evenwicht te behouden tussen de specialismen maar ook alle aspecten van de specialistische praktijken te verdedigen. Dit is de

eerste taak van het VBS. Twee eminenties in de wetgeving, met name Jos en Fanny, geven een deskundig antwoord op alle vragen van artsen of beroepsverenigingen, en helpen zondig "branden" te blussen. Deze dienst is de nummer één van onze mission statement. Jos en Fanny, jullie vormen de hoeksteen van onze organisatie. Hiervoor mijn dank.

Belangen verdedigen is echter niet alleen retroactief ingrijpen wanneer het kwaad is geschied. Een andere opdracht van het VBS is proactief tussenkomen in de materies van het RIZIV via de artsensyndicaten of via lobbying. De secretaris-generaal van het VBS is de ideale tussenpersoon, tussen het VBS en de BVAS. Maar hij is meer dan dit. Hoe zou het VBS werken zonder Dr Marc Moens? Dit kan ik mij persoonlijk niet inbeelden. Zijn ervaring, zijn geheugen, zijn aanwezigheid op talrijke vergaderingen bepalen alle acties van onze vereniging. In deze zaal, zitten collegae-artsen die hun vrije tijd opofferen voor anderen, die zich met hart en ziel inzetten voor hun specialiteit en die goed beseffen hoe moeilijk het is om een familiaal leven te combineren met een beroepsactiviteit en syndicalisme. Dit is trouwens een groot vraagteken naar de toekomst ... Maar voor Dr. Marc Moens kan men een andere dimensie bijvoegen, het aantal vrije- of rusturen. Marc, en dat kan ik getuigen, u staat dag en nacht ter beschikking van het VBS en dit op de meest efficiënte en deskundige wijze. Mijn dank aan u en aan uw echtgenote.

De spanningsvelden onder de artsen is een oud zeer dat evenwel door de plethora als maar erger wordt. Dit probleem is dezer dagen heel acuut. Politici, belangengroepen, huisartsen genieten van de aanvallen tegen die "rijke" cardiologen en chirurgen. Zuivere demagogie. Zuivere intoxicatie, maar schadelijke intoxicatie. Enig doel: besparingen op de rug van de specialisten.

Het afschaffen van de supplementen in de privé of 2-persoonskamers is een aberratie in het huidige financieringssysteem van de ziekenhuizen. Zuivere demagogie, want de geplande "herfinanciering" door Minister Demotte – in zoverre zijn collega Vande Lanotte daarvoor de middelen toekent - kan nauwelijks de aangroei van het structureel financieringstekort van de ziekenhuizen afremmen.

Cijfers op zich hebben niet veel waarde. Erger nog, cijfers zijn per definitie abstract, niet interpreteerbaar maar wel manipuleerbaar. Het budget van de geneesheren specialisten ligt veel hoger dan dat van de huisartsen. Specialisten verdienen dus teveel ... Dit is de logica van onze politici. Werd het slechte voorbeeld niet gegeven door een oud-ziekenhuisbeheerder, lid van het vorige kabinet? Maar als men ten einde raad is en er geen enkele oplossing meer kan worden gevonden om het probleem binnen het systeem op te lossen, blijft nog de techniek van de zondebok. Het zijn de rijke specialisten die meer dan 400.000 € per jaar verdienen die aan de basis liggen van het RIZIV-tekort.

Divide et impera. Speel de huisartsen uit tegen de specialisten, de specialisten tegen de chirurgen en cardiologen, en indien nodig, roep speciale machten in: dat is het recept van het gezondheidsbeleid in België. Wees maar niet bang, de "vox populi" (m.a.w. de media) verdedigt haar politici tegen die dieven van specialisten die het gezondheidsbeleid vernietigen. Dat is demagogie. Lodewijk XI zei – en de historici aanzien het als zijn favoriete uitspraak – "qui nescit dissimulare, nescit regnare. De waarheid heeft geen rechten in de politiek. Maar de politiek kent zich alle waarheden toe.

De huisartsen zijn de houders van de patiëntendossiers. Sommigen wanen zich zelfs eigenaar van de patiënten. De geneesheer staat ten dienste van de bevolking en niet omgekeerd. Wanneer komt er een centrale gegevensbank per patiënt, toegankelijk voor alle geneesheren die deze patiënt behandelen ? Deze bank moet dubbele, onnodige herhalingen van onderzoeken voorkomen die verschillende geneesheren uitvoeren bij gebrek aan een eenheidsdossier per patiënt. En het GMD ? Geloof maar niet dat de huisarts het geheel van al deze informatie kan overmaken. Zelfs de minister heeft toegegeven dat het GMD een alternatieve financiering vormt voor de huisartsen. Maar gelet op de huidige technische middelen, wat belet nog een optimalisering van de informatietransmissie? Een centrale gegevensbank, een globaal dossier dat zowel voor huisartsen als specialisten toegankelijk is, zou besparingen genereren.

Volgens het OESO bedroegen de totale kosten van onze gezondheidszorg in 2004 9,1 % van het BNP. Dit cijfer stemt overeen met dat van Nederland. Nochtans opereert men in België patiënten

met obesitas, hartkwalen of heupproblemen uit het Verenigd Koninkrijk of Nederland. Bij ons zijn er geen wachtlijsten, geen zorgen die zijn voorbehouden voor sommige leeftijdscategorieën noch technologieën voorbehouden voor welgestelden.

Onze geneeskunst behoort tot de beste, meest toegankelijke en goedkoopste ter wereld. Houd dat in gedachten.

De financiering van ons gezondheidsbeleid wordt ons benijd en gekopieerd door heel wat landen. Wij hebben tariefzekerheid voor minder gegoeden, gebaseerd op onderhandelingen tussen sociale verzekeraars en geneesheren. Een paradox want de tariefzekerheid voor de minder gegoeden, m.a.w. het RIZIV-tarief, wordt geïnterpreteerd als het verplicht tarief voor de ganse bevolking. Het RIZIV-tarief is in de ogen van de mensen het honorarium van de geneesheer geworden. Elke afwijking ervan wordt aanzien als een supplement, zelfs als een persoonlijke verrijking van de geneesheer, en werkt de demagogie nog meer in de hand. Onder honoraria wordt voortaan het tarief voor de verstrekking verstaan. De geneeskunst, initieel een liberaal beroep, evolueert naar een beroepsgeneeskunde met vaste tarieven, forfaits, kortom een salariaat.

Men wil de therapeutische vrijheid van de geneesheren en de vrije keuze van de patiënten beknotten. Men wil de incentiven die de zorgverlening afstemt op de verwachtingen van de patiënt, de eerste garantie voor kwaliteit, wegnemen. Dit werd de Nederlandse en Engelse patiënten reeds ontzegd ... behalve als ze zich in België laten behandelen.

Ons solidariteitssysteem verschilt van dat van Beveridge dat is gebaseerd op de fiscaliteit zoals de NHS in Groot-Brittannië. Recentelijk gingen in Vlaanderen stemmen op om de zorgverzekering, de bijkomende verzekering voor gezondheidszorgen, te fiscaliseren. Minister Demotte wil speciale machten. Betekent dit het einde van ons evenwichtig akkoorden systeem ? Men kan het zich afvragen ... Het VBS wil een solidair systeem dat een evenwichtige toegang tot de zorgverlening voor de ganse bevolking mogelijk maakt. Het wil een herziening, een nieuw evenwicht maar geen afschaffing van de nomenclatuur. Het eist het behoud van de onderhandelingen en verwerpt elke vorm van totalitarisme die dit via normale of speciale machten overbodig maken door het opleggen van vaste tarieven van overheidswege. Het VBS is geen voorstander van de huidige voorstellen om, als bij toverslag, de honoraria van de geneesheren specialisten om te vormen in "zuivere" honoraria. De geneesheren moeten meester blijven van hun instrument. .

Het VBS eist een reële adequatie van de ziekenhuisfinanciering en transparantie van de geldstromen. De medische honoraria zijn niet bestemd voor de ziekenhuisfinanciering. De ziekenhuisgeneesheer is daarentegen de economische partner binnen het ziekenhuis. Niettegenstaande men voor sommige medische activiteiten binnen het ziekenhuis de scheiding tussen de honoraria voor de medische handeling en het deel voor de financiering van de technische middelen nodig voor deze handeling, heeft aanvaard, kan men in geen geval de scheiding tussen technische en intellectuele honoraria aanvaarden. Met andere woorden, onze ziekenhuizen moeten niet medegefinancierd worden door de geneesheren, ze moeten medebeheerd worden. Wij moeten het recht eisen om zelf over onze honoraria te kunnen beschikken. We mogen niet vergeten dat ongeveer 50 % van het ziekenhuisbudget bestaat uit geneesherenhonoraria, waardoor de onderfinanciering nog meer in de hand wordt gewerkt. Co-beheer en herschikking van de nomenclatuur!

De nomenclatuur vormt de basis van het huidige financieringssysteem en bijgevolg van ons gezondheidssysteem. Deze nomenclatuur is een oude tante die meer dan 11.000 verstrekkingen telt. Ze begrijpt soms zelf niet langer de omschrijving van sommige verstrekkingen. De practicus vraagt zich bijgevolg af hoe hij deze verouderde code kan verenigen met de evolutie van de zorgverlening, de vruchten van zijn opleiding en zijn verplichting om "toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging te verstrekken in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt" (art. 73 § 1 GVVU-wet).

Hij assimileert een code met de praktijk volgens de regels van de kunst. Maar het is opletten geblazen.

Zijn interpretatie van de omschrijving verschilt soms van deze van de medische controle. In dat geval wensen we hem veel geluk. Zijn rechten worden weggehoond. Zijn dossier zal door een administratieve rechtbank worden bestudeerd, die zonder dat hij of zijn raadsman aanwezig zijn,

oordeelt en een sanctie bepaalt en hem veroordeelt tot de terugbetaling van de opbrengsten van zijn toegewijd werk. Leven wij nog in een rechtsstaat? Ik nodig u uit om de artikels 140 en 141 van de GVVU-wet te lezen, een ware nachtmerrie voor onze administratie, en voornamelijk voor Jos en Fanny.

Ook hier is het VBS actief, zoekt het contact met politici, lobbyt het bij de kabinetten, doet het beroep op advocaten om procedures in te stellen bij de hogere gerechtshoven. Wat een tijdverlies om te trachten een beetje rechtvaardigheid voor de geneesheren te bekomen. Wat een tijdverlies om de verworvenheden in ons beroep te behouden. Kostbare tijd die geïnvesteerd wordt in het verzet tegen demagogische theorieën van sommige parlementariërs die de efficiëntie van ons systeem niet inzien. Er werd zonet een wetsontwerp ingediend over de nosocomiale infecties. Hoeveel kostbare uren zijn nog nodig om onze politici, technocraten, statistici, sociologen, professoren volksgezondheid of universiteitsgeneesheren ervan te overtuigen dat ons systeem één van de goedkoopste en meest doeltreffende is op het vlak van de gezondheidszorg?

Ik heb verschillende universitaire cursussen in medisch management gevolgd en het verwondert mij dat de voorgestelde en gebruikte systemen in sommige universiteitsziekenhuizen hebben geleid tot monsterdeficits zodat herstructureringen zich opdrongen. Ik ben verbaasd over het weinig wetenschappelijk, maar vaak efficiënt beheer van onze privé ziekenhuizen en van het deficit van sommige OCMW's dat gedelgd wordt met overheids gelden

De academici worden steeds machtiger. Dankzij de aura van de wetenschap vinden zij een luisterend oor bij de politici. Zij willen zich de opleiding van de geneesheren toe-eigenen. Dat is begrijpelijk nu de goedkope mankracht omwille van de numerus clausus drastisch wordt beperkt. In Wallonië hebben de decanen een gemeenschappelijk front gevormd tegen de toepassing van de numerus clausus. Verzet tegen de decreten van Mevrouw Dupuis is begrijpelijk. Hun eis overstijgt evenwel deze decreten en sommige professoren eisen simpelweg de afschaffing van de numerus clausus. Niet zonder enige humor kondigde een assistente van Mevrouw Deliège, die zelf afwezig was, op een vergadering van de beroepsvereniging van de urologen waarop ik was uitgenodigd (met dank voor de uitnodiging) luid en duidelijk aan dat er in België een geneesherenplethora was. Eindelijk! Alleen jammer dat de decanen niet op deze vergadering aanwezig waren.

Het VBS steunt de numerus clausus zodat de kosten voor het gezondheidsbeleid gereguleerd kunnen worden.

In september 2004 hebben we een symposium georganiseerd, en dit was een succes. Mijn dank hiervoor aan mijn voorganger, Prof. Dr. Jacques Gruwez. Laat u mij toe om hiervan gebruik te maken om publiek Professor Gruwez te danken voor zijn trouwe aanwezigheid op ons bureau, en zijn tussenkomsten die altijd een waardige uitvoering van de geneeskunde verdedigen. Jacques Gruwez is voor het beroep de man die op een perfecte wijze de combinatie van een academische loopbaan en een syndicaal gevoel voor de niet-academische geneeskunde waar gemaakt heeft. De motivatie van Professor Gruwez berust op humanistische waarden waarbij geneeskunde niet ten dienste van de wetenschap staat maar wel van de patiënt. Deze waarden differentiëren zich van zuivere economische of politieke belangen en leggen de klemtoon op de menselijke relatie tussen een arts die gans zijn leven ten dienste is van anderen, en zijn patiënt. Dat begrijpen vele politici niet. Professor, u was mijn voorganger. Uw taak overnemen is niet eenvoudig. Mijn betrachting is deze opdracht in te vullen in diezelfde geest.

Het symposium in september stond in het kader van 50 jaar VBS. Een halve eeuw geleden zijn specialisten samengekomen om een Verbond van beroepsverenigingen te stichten. Eén van hun taken was de erkenning van de geneesheren specialisten. Vandaag moeten we vechten om assistenten in perifere ziekenhuizen te kunnen opleiden. Een zuiver academische opleiding is volgens mij een verlies aan kwaliteit. Academische ziekenhuizen richten de opleiding op specifieke technieken of domeinen van de wetenschap, niet op het aanleren van alle aspecten van een specialiteit. Ik pleit ervoor dat morgen de perifere stages behouden worden, meer nog: verplicht worden. Ik vraag aan alle leden van de erkenningscommissies om een verplichte perifere stage van liefst, minstens 2 jaar, in het opleidingscurriculum van onze assistenten op te leggen. In de

Hoge Raad van geneesheren specialisten en huisartsen verdedigen Prof. Gruwez, Dr Marc Moens en nog anderen deze stelling.

Vanuit de Hoge Raad komen helaas ook meer donkere wolken.

De erkenningscriteria van de huisartsen spreken van « hercertificatie ». Deze nieuwe bedreiging voor het beroep is niet gestoeld op het nastreven van kwaliteit maar wel van besparingen. Onder hercertificatie verstaat men goed voorschrijfgedrag, zoals het voorschrijven van generieken, het aanwenden van aanbevelingen van het nationaal expertisecentrum, kortom de invoering van de reglementaire en economisch genormaliseerde geneeskunst. Deze trend kent men overigens niet alleen in België. Ook binnen de UEMS is deze tendens merkbaar.

Dr. Mailet, secretaris-generaal van de UEMS en lid van ons bureau, is onze verbindingsofficier en informeert ons over de Europese trends. Bedankt Bernard voor je efficiënte aanwezigheid in ons bureau. Bedankt voor je werk in de schoot van de UEMS.

Onder het mom van kwaliteit, tracht men ons systemen op te leggen die beantwoorden aan mathematische industriemodellen. Of het nu gaat om forfaitarisering, globale bedragen, referentiebedragen of het verminderen van de praktijkverschillen, al deze systemen zijn gebaseerd op louter economische en statistische logica. Uw patiënt moet in de toekomst een “gemiddelde” patiënt zijn. De financiering zal gebaseerd zijn op een gemiddelde pathologie. Patiënten zijn een uitgavenpost, een cohorte mensen die middelen opslokken. De geneesheer is een verlener van diensten aan een zo laag mogelijke prijs. De forfaits zijn financiële middelen waarmee de behoeften die door de dienstverlening worden veroorzaakt worden gedekt. Legt u uw patiënt maar eens uit dat hij een “gemiddelde” patiënt moet worden! Waarom een patiënt met een hoog morbiditeitsrisico blijven hospitaliseren? Hij moet onmiddellijk getransfereerd worden. Men spreekt van een geneeskunde met twee snelheden. Maar wie heeft het zover laten komen?

Het VBS verzet zich tegen het forfait. De nieuwe trend in de economische sector is de analyse van de marginale kosten en de activity based costing in bedrijven. Geen forfaits noch gemiddelden. In tegendeel, in het economisch ziekenhuissysteem waar de financiering van de productie-eenheden voor 50 % wordt verzekerd door medische honoraria, is men van mening dat forfaits verdedigbaar zijn, wetende dat het deficit (in)direct ten laste valt van de geneesheren. Bovendien verzet men zich tegen privé supplementen, tegen differentiëring van de praktijken. De honoraria die het financieel evenwicht behouden, zoals deze van de nuclearisten, radiologen en biologen, worden voortdurend bestookt. Geneeskunst met twee snelheden?

Dr. Mercken, een ander trouw lid van ons bureau, herinnert ons vaak aan de inpalming van de geneeskundepraktijk door niet-geneesheren. Niet zonder enige humor, toont hij ons hoeveel plezier zij die geen geneeskunde beoefenen erin scheppen u te kunnen vertellen hoe u uw werk moet doen. Aan u om het tegendeel te bewijzen. Bedankt Jacques voor uw scherp inzicht.

De ziekenfondsen, die in alle structuren van het RIZIV aanwezig zijn, spelen deze rol van moderator in de medische praktijk. Groep G8, onder leiding van Dhr. Justaert en Dr. Vanden Oever, beoogt de herziening van sommige akten van de nomenclatuur om een beter gebruik ervan en een beheersing van de uitgaven mogelijk te maken. De voorgestelde wijzigingen zijn afkomstig van aanwijzingen van ziekenfondsen of geheime adviezen van collegae. Ik heb zelf deelgenomen aan deze vergaderingen en stond versteld van de mate waarin sommige huisartsen of specialisten van een bepaald syndicaat de geneesheren specialisten willen straffen. Sommige debatten werden geanimeerd door de jaloezie tussen geneesheren. Ik betreur dit ten zeerste. Maar ervaring heeft mij geleerd dat geneesheren soms de ergste vijanden zijn van hun beroep. Divide et impera.

Minister Demotte huldigde de gezondheidsdialogen in met de mededeling dat de patiënten in alle werkgroepen vertegenwoordigd zouden worden door de ziekenfondsen. De macht van de ziekenfondsen. Ik maak ook deel uit van een andere werkgroep van het RIZIV. Elk debat wordt er geleid door het intermutualistisch agentschap dat als enige over alle cijfergegevens van de medische praktijkvoering beschikt. Men weet alles over u, over ons, over uw ziekenhuis. De macht van de informatie..

Het vraagt heel wat oplettendheid om gepast te kunnen tussenkomen tijdens deze vergaderingen. Bovendien is geneeskundepraktijk ons beroep en niet de analyse van ziekenhuisstatistieken en –

parameters. Organisaties zoals het VBS moeten, van zodra ze de informatie krijgen van het RIZIV of het Intermutualistisch agentschap, de teksten voorbereiden voor onze vergaderingen, onze conventies, onze onderhandelingen met de ziekenfondsen.

Dr. Maes, trouw lid van ons bureau, en anderen zetelen in de technisch geneeskundige raad, de medico-mut of in andere commissies. Bedankt Eddy voor je werk, je aanwezigheid en je ervaring.

Ik profiteer van de gelegenheid om te wijzen op de rol van het VBS. Voor veel specialiteiten is het VBS in feite de monogespecialiseerde commissie die de onderhandelingen met het RIZIV voorbereidt. Deze taak van ons Verbond is pro-actief en garandeert onze rol in het RIZIV. Maar ik ben ervan overtuigd dat andere wegen geëxploiteerd moeten worden binnen het RIZIV. Zoals 50 jaar geleden moeten wij de opleiding van de geneesheren specialisten definiëren en oriënteren. Wij hebben een aanvraag bij het RIZIV ingediend om het VBS te erkennen als opleidingscentrum voor de LOK-groepen. Wij moeten ons in de toekomst toeleggen op de niet-medische opleiding van de specialisten. De accreditering is daartoe een springplank. De accreditering en de website zijn een visitekaartje voor het VBS. Mevrouw Dewinter heeft zich hiervoor jarenlang ingespannen. Bedankt Mevrouw Dewinter. Koen Schrije en Pierre Nevraumont verzekeren de logistieke en informaticaondersteuning. Bedankt.

Onze opleidingstaak kan zich vertalen in cursussen of seminaries maar ook in congressen of symposia. De ervaring van september is voor herhaling vatbaar.

Als voorzitter moet ik benadrukken dat al deze verwezenlijkingen slechts mogelijk zijn dankzij een gans team vertalers, secretarissen, drukkers, kortom het personeel van het VBS. Bedankt Ann, Brigitte, Delphine, Josianne, Vincent.

Ja, de Kroonlaan 20 is een kleine KMO die niet leeft van subsidies. De KMO draait door en dankzij uw bijdragen. Wij krijgen geen subsidies zoals sommige Vlaamse zogenaamd wetenschappelijke verenigingen die nochtans hun ideologische en syndicale rol niet verstoppen.

Het VBS is uw organisatie. Het hangt niet af van de Overheid. Het is een organisatie voor en door geneesheren. De leden van het bureau werken volledig belangeloos en ik dank hen van harte. Het budget is in evenwicht, weliswaar precair, maar niettemin in evenwicht. Onze penningmeester, Bernard Van den Heule, volgt de rekeningen van nabij. Bedankt Bernard voor je niet aflatende inzet.

U hebt het begrepen, de huidige taak van voorzitter van het VBS is deze van coach. De machine draait en draait goed. Voorzitter is een titel die door en voor anderen wordt bepaald. Alleen stel je niet veel voor. Het is de ploeg die telt.

Ik dank u voor uw aandacht.

Dr Jean-Luc Demeere
05-02-2005.

ONTWERP - «GEZONDHEIDSWET »

Het wetsontwerp « betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid », dat de gevreesde bijzondere volmachten bevat en een aantal andere bepalingen, waarover wij enige tijd geleden reeds commentaar verstrekten, is inmiddels verwezen naar de Kamer met behoorlijk scherpe kritiek vanwege de Raad van State. De aanpassingen om daaraan te beantwoorden blijken duidelijk nog steeds ondermaats. Zopas begonnen de besprekingen in de Kamercommissies van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Wij hebben onze standpunten medegedeeld aan verscheidene politieke fracties (zie

[Synthesenota –wetsontwerp 1627](#)). Inmiddels heeft de CD&V (de HH Goutry en Verhaegen) zijn amendementsvoorstellen ingediend. Enerzijds zit er een ons inziens positief voorstel in om de volmachten te willen ongedaan maken. Maar anderzijds voegt het een artikel 28bis toe dat de mogelijkheid voor niet-geconventioneerde artsen om ereloonsupplementen aan te rekenen in twee- of meerpersoonskamers wil schrappen en een globaal plafond van 1000 € wil opleggen voor honorariumsupplementen in éénpersoonskamers. Tevens werden enkele reeds ingediende wetsvoorstellen toegevoegd aan de besprekingen, waaronder een PS – SP-A voorstel (Dhr Y.Mayeur en Mevr. M. De Meyer) dat ook ereloonsupplementen wil afschaffen bij opname van een kind met begeleidende ouder. Het fundamenteel debat over een tweede pijler in de financiering van de gezondheidszorg wordt in de kiem gesmoord.

Synthesenota – wetsontwerp 1627

(tekst artikel 54 en korte toelichting betreffende de andere artikels – blz. 8 – 10)

1. Onze belangrijkste kritiek heeft betrekking op de bijzondere volmachten (art 54 van het ontwerp) die in ruime mate de grondwettelijk verplichte éénduidigheid missen, zodat ze de toegelaten draagwijdte overschrijden, onder meer door pseudo-omschrijvingen die verre van beantwoorden aan de bemerkingen van de Raad van State. Ondanks een behoorlijk aantal tekstwijzigingen.

Tevens hebben we meer specifieke en technische kritiek geformuleerd omtrent:

- de bepalingen inzake aanpassing van “de honoraria”(§2,2°art). Deze laatste hebben als dusdanig geen impact op de begrotingsdoelstelling. De term moet vervangen worden door “het bedrag dat als grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstussenkomst”.
- de §4 overstijgt alle grenzen van een bevoegdheidsdelegatie en geeft in feite de minister de mogelijkheid om willekeurig alle bepalingen inzake gezondheidszorg en ziekenhuiswetgeving te wijzigen, in welke richting ook; deze paragraaf is onaanvaardbaar et moet geschrapt worden.
- de mogelijkheid tot wijziging van de verjaringstermijnen (§2,2° lid,14°), laat allerhande onrechtvaardigheden toe (te schrappen). De andere 1° à 13° punten moeten zodanig aangepast worden dat ze de aard en de bedoeling van voorgenomen maatregelen verduidelijken.

2. De pseudo-omschrijvingen van art. 24 houden in feite verkapte volmachten in, voeren begrippen in die strijdig zijn met de bestaande wetgeving en de werkelijkheid, waarbij impliciet de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen nog verzwakt. Het feit naar de toekomst toe elke facturatie aan de patiënt te verbieden is absurd. Er moet een tweede pijler in de financiering van de gezondheidszorg komen om de toekomst te vrijwaren.

3. Het repressief systeem van de ziekteverzekering (procedures van art. 141 van de GUV- wet) moet de rechten van de verdediging eerbiedigen. De rol van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle is onderzoeksopdrachten uit te voeren, doch niet zich verder te blijven inmengen in de rechtspraak zelf. De procedures moeten aangepast worden (art. 8 profielencommissies) zodat een redelijke evaluatie met de nodige mono gespecialiseerde deskundigheid van de medische praktijken kan georganiseerd worden, conform de stand van de wetenschap en de evolutie van de geneeskunde.

4. De accreditering (art. 7): men kan zonedig redelijke normatieve regels in overweging nemen, indien de Administratie haar verplichtingen inzake voorafgaande mededeling in acht neemt. Wij stellen daarvoor een aantal technische aanpassingen voor. Dat daarentegen "aanbevelingen" een normatieve betekenis zouden krijgen is onaanvaardbaar. Dit concept druist in tegen het wettelijk principe van diagnostische en therapeutische vrijheid (art. 73 §1 van de GUV- wet).

5. Het "forfait" als alternatief voor de referentiebedragen (art. 10) vergt enkele onvermijdelijke technische aanpassingen, waardoor de bepaling ervan in het kader van de nomenclatuur moet gebeuren.

6. De installatie van activiteiten of toestellen die niet conform zijn aan de erkenningsvereisten of programmatie (art 11: toevoeging aan art. 64 van de GUV- wet) geeft aanleiding tot sancties op de honoraria (§2 van dit artikel). Normaal straft men de overtreder, m.a.w. de uitbater-beheerder die als enige de beslissingsbevoegdheid heeft om dergelijke apparatuur illegaal te installeren. Het

is onaanvaardbaar dat de zorgverlener, die contractueel verplicht wordt om de patiënten met het onwettig werkinstrument te verzorgen, zou worden bestraft. Die letterlijk kafkaïaanse sanctie moet geschrapt worden.

Deze bepaling toont aan hoe absurd de wettelijke regeling is: de beheerder is gemachtigd om afhoudingen op de honoraria te verrichten om zijn inbreuk op de regelgeving te financieren! Door hem dat te verbieden zou de beheerder geen andere uitweg hebben dan de regels na te leven.

Voor de zoveelste maal vragen we dus de schrapping van artikel 139bis van de ziekenhuiswet, dat het mogelijk maakt dat elke onderfinanciering en zelfs elke financiële sanctie tegen het ziekenhuis automatisch kan worden afgewenteld op de medische honoraria.

Het 2^e lid van dezelfde §2 moet geschrapt worden. Zoniet is het bvb. onmogelijk om nog de meest elementaire cardiologische verstrekkingen (zoals vb een EKG) te verrichten buiten een erkend basis cardiaal zorgprogramma.

7. Tenslotte stellen we een aantal technische correcties voor (art 16 ontwerp) en de schrapping van punt 4^o van het nieuwe art. 107quater §2 van de ziekenhuiswet (art. 27 ontwerp). Men ziet immers niet in waarom het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten 's nachts moet aangemoedigd worden.

Amendementsvoorstellen van de CD&V:

-Wij verwerpen formeel amendement 33 (voorstel van een art. 28bis) waardoor de ereloonsupplementen voor niet verbonden artsen worden verboden in 2 – of meerpersoonskamers en waarbij een globaal plafond van ereloonsupplementen wordt opgelegd op eenpersoonskamers. Met ziet niet waarom de CD&V de verzekeringsmaatschappijen wil sponsoren.

-We verwerpen tevens de nutteloze bijkomende bureaucratie die wordt voorgesteld met amendement 37 (voorstel van een art. 54bis: bij toepassing van derdebetalersregeling zou de arts een document moeten bezorgen aan de patiënt, dat naast de codenummers ook een toelichting geeft over de aard van de verstrekkingen die verricht werden). Het omgekeerde dus van administratieve vereenvoudiging.

Art. 54 wetsontwerp 1627

§ 1 Teneinde de globale begrotingsdoelstelling 2005 in de verzekering geneeskundige verzorging te realiseren kan de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit de in dit artikel bedoelde maatregelen nemen.

Deze maatregelen dienen ingang te vinden in de loop van het jaar 2005.

§ 2 De Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, kan in afwijking van de procedures bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, maatregelen nemen om:

1^o alle vormen van oneigenlijk gebruik en misbruik te bestrijden, en een efficiënte controle van de uitgaven te waarborgen, in en buiten de verzorgingsinstellingen

2^o de tussenkomst van de verzekering en de toekenningsvoorwaarden en de honoraria van de in artikel 34 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bedoelde geneeskundige verstrekkingen aan te passen.

Hiertoe kan Hij alle nuttige maatregelen nemen en aan voornoemde wetten alle nuttige wijzigingen aanbrengen met het oog op het doorvoeren van de noodzakelijke besparingen ten einde:

1^o de regelen met betrekking tot het opmaken van de begroting geneeskundige verzorging en met betrekking tot de correctiemechanismen aan te passen;

2° de regelen met betrekking tot het globaal budget van verstrekkingen verleend aan rechthebbenden in een ziekenhuis aan te passen;

3° de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen te wijzigen in afwijking van de in artikel 35, § 2 van voornoemde wet van 14 juli 1994 gestelde voorwaarden;

4° de bepalingen inzake de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden en uitgevoerd hetzij door de verzekeringsinstellingen hetzij door de Administratie van Ondernemings- en inkomensfiscaliteit aan te passen;

5° de opdrachten en de rol van de Commissie voor Begrotingscontrole en van de functie van de begrotings- en financieel adviseur te versterken;

6° de opdrachten en de samenstelling van de adviesorganen inzake revalidatie en van de profielcommissies te verduidelijken en aan te passen;

7° de persoonlijke aandelen te wijzigen voor de bezoeken en raadplegingen van algemeen geneeskundigen en van geneesheren specialisten in afwijking van de procedure vastgesteld in artikel 36 van voornoemde wet van 14 juli 1994;

8° de procedures voor het wijzigen van de lijsten bedoeld in artikel 35 bis en artikel 35 ter van voornoemd wet van 14 juli 1994 te vereenvoudigen;

9° de voorwaarden en de regels waarbij aan sommige geneesheren een voordeel wordt toegekend indien zij beantwoorden aan de kwalitatieve of kwantitatieve vereisten van medische praktijkvoering te wijzigen in afwijking van de procedure vastgesteld in artikel 36 bis van voornoemde wet van 14 juli 1994;

10° de regels met betrekking tot de gegevens en bescheiden die door de verstrekkers en door de verzekeringsinstellingen aan het Instituut moeten worden overgemaakt aan te passen;

11° de inhoud van de ziekenhuisbudgetten en van de medische honoraria beter te definiëren;

12° de bepalingen met betrekking tot de in artikel 165, laatste lid bedoelde vermindering van de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd door de apothekers en de in artikel 191 van voornoemde wet van 14 juli 1994 bedoelde heffingen ten laste van farmaceutische firma's aanpassen;

13° de procedure voor het vaststellen van aanbevelingen en indicatoren bedoeld in artikel 73, § 2 van voornoemde wet van 14 juli 1994 aan te passen;

14° de verjaringstermijnen bedoeld in artikel 174 van voornoemde wet te wijzigen.

§ 3 In afwijking van voornoemde wet van 14 juli 1994 en van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging dienen voor de periode van 1 april 2005 tot 31 december 2005 de adviezen en voorstellen die verplichtend moeten worden ingewonnen of moeten worden geformuleerd uitgebracht worden binnen de door de Minister vastgestelde termijn, die niet korter mag zijn dan een periode van acht dagen. Wordt het voorstel niet geformuleerd of het advies niet uitgebracht binnen de vastgestelde periode, worden ze geacht gegeven te zijn.

§ 4 De besluiten genomen krachtens dit artikel kunnen de van kracht zijnde wettelijke bepalingen met betrekking tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en met betrekking tot de verzorgingsinstellingen opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

§ 5 De besluiten genomen krachtens dit artikel kunnen de overeenkomsten bedoeld in artikel 23, § 3, van voornoemde wet van 14 juli 1994 aanvullen, wijzigen of vervangen.

§ 6 De in § 2 bedoelde besluiten worden voor hun bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, medegedeeld aan de voorzitters van de Kamer van volksvertegenwoordigers en van de Senaat.

§ 7 De machtiging aan de Koning verleend door deze bepaling treedt in werking op 1 april 2005 en vervalt op 31 december 2005.

§ 8 De besluiten genomen krachtens deze bepaling houden op uitwerking te hebben op 31 december 2006 tenzij zij voor die datum bij wet zijn bekrachtigd.

Korte toelichting betreffende enkele andere artikels:

Art. 24 wetsontwerp 1627

In G.V.U - wet wordt een artikel 96 bis ingevoegd, luidend als volgt:

«Art. 96 bis. — Voor de tussenkomsten, diensten en verstrekkingen van zorgen waarvan de kosten bij toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk op forfaitaire wijze door het budget van financiële middelen worden gedekt, kan geen financiële vergoeding ten aanzien van de patiënt worden gevorderd.».

Art. 8 wetsontwerp 1627

De Profielencommissies worden ingelast als orgaan dat, naast de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle, een dossier kan inleiden voor het Comité (Strafprocedures art. 141, § 2 en 3 – G.V.U – wet).

Art. 7 wetsontwerp 1627

De accreditering wordt afhankelijk van:

«-het naleven van regels of aanbevelingen inzake het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen en specialistische verstrekkingen vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie of, desgevallend, door de Commissie Tegemoetkoming van Geneesmiddelen.».

Art. 10 wetsontwerp 1627

Forfait regeling als alternatief voor de referentiebedragen.

Art. 11 wetsontwerp 1627

Buiten het bestaan van een geprogrammeerde of erkende activiteitencentrum, waarvoor een erkenning moet verkregen worden, kunnen geen verstrekkingen aangerekend worden. (Niet conforme activiteiten geven aanleiding tot sanctie (- 10 %) op de honoraria of forfaits) en verzegeling van de toestellen.

Art. 27 wetsontwerp 1627

De forfaitaire bijdrage van de patiënten in de spoeddiensten geldt niet in volgende gevallen:

... "4° de raadpleging neemt een aanvang tussen 21 uur 's avonds en 6 uur 's morgens."

KLINISCHE PADEN

Geachte collega,

Het VBS werd verzocht haar medewerking te verlenen aan het beleidsondersteunend project omtrent klinische paden dat in 2003 werd door de Federale Overheidsdienst (FOD) bevoegd voor Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu werd uitgeschreven. De coördinatie van dit project gebeurt door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (K.U.Leuven). Het finale doel is de Federale Overheid te adviseren over haar rol m.b.t. de introductie van klinische paden in het gezondheidszorgbeleid.

In november/december 2004 werd het gebruik van klinische paden in de Belgische ziekenhuizen onderzocht. Momenteel willen de onderzoekers peilen naar het gebruik van en de perceptie over klinische paden bij de directe zorgverstrekkers (zowel in Vlaanderen als Wallonië).

Het klinisch pad wordt in het kader van deze enquête gedefinieerd als "Schedules of medical and nursing procedures, including diagnostic tests, medications, and consultations designed to effect an efficient, coordinated program of treatment". (From Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary, 4th ed, 2002)

Graag willen we u vragen of u bereid bent om uw medewerking te verlenen aan deze enquête. Dit kan gebeuren via volgende link: <http://www.kuleuven.be/enquete/klinischepad/>. U krijgt dan wat meer gedetailleerde informatie over de doelstellingen van het project. U krijgt eveneens de nodige instructies om de vragenlijst in te vullen.

Bij vragen kan u rechtstreeks contact opnemen met Prof. W. Sermeus, projectcoördinator, of met Leentje De Bleser, projectmedewerker op het tel. nummer: 016/33.69.61 of via email: leentje.debleser@med.kuleuven.ac.be

In de hoop dat u dit initiatief wil steunen, willen we u reeds bij voorbaat danken voor uw medewerking.

Dr. Marc Moens
Secretaris-generaal

Dr. Jean-Luc Demeere
Voorzitter

Mededeling van onze verzekeringsadviseur:

SOCIAAL STATUUT RIZIV 2004 : BEDRAGEN EN NIEUWIGHEDEN

Het Koninklijk Besluit van 19.01.2005, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 25.01.2005, brengt het bedrag van de door het RIZIV te storten bijdrage voor het jaar 2004 op 3.046,80 EUR voor artsen die toegetreden zijn tot het akkoord voor 100 % en op 1.803,81 EUR voor artsen die gedeeltelijk toegetreden zijn tot het akkoord.

Om van de voordelen van dit sociaal statuut te kunnen genieten, dient U dit **vóór 25/04/2005** per aangetekend schrijven gericht tot het RIZIV aan te vragen. Een standaardformulier is ter beschikking op het secretariaat 02/649.26.90 of via de website www.gbs-vbs.org

Wij vestigen uw aandacht op de volgende wijzigingen die in deze materie zijn opgetreden :

- **Invoering van een solidariteitsstelsel**
- **Bepaalde verzekeraars verlaten de markt van de RIZIV contracten**

1 . Invoering van een solidariteitsstelsel

Artikel 46 van de Programmawet van 24 december 2002 voert het solidariteitsstelsel in voor de pensioenovereenkomsten gefinancierd door de RIZIV toelagen. Deze contracten zullen dus door de pensioensinstelling of de verzekeraars aangepast worden. Voor het gewaarborgd inkomen is geen aanpassing nodig.

De solidariteitsbijdragen worden door de verzekeringsmaatschappijen ingehouden op de premies, die betaald worden in de sociale RIZIV pensioenovereenkomsten en worden onmiddellijk doorgestort aan het solidariteitsfonds dat hiervoor is opgericht.

Deze bijdrage bedraagt 10 % van de gestorte bijdragen.

De solidariteitsprestaties die het voorwerp uitmaken van het solidariteitsstelsel, kunnen de vorm aannemen van :

- Financiering van de opbouw van het aanvullend pensioen in geval van primaire arbeidsongeschiktheid (= eerste jaar van de ongeschiktheid);

- Vergoeding onder de vorm van rente van inkomstenverlies, hetzij bij arbeidsongeschiktheid, beperkt tot 25.000 € per jaar, hetzij bij overlijden, beperkt tot 20.000 € per jaar;
- Betaling van een forfaitaire vergoeding van maximum 25.000 € per jaar met het oog op het dekken van de kosten in geval van ernstige ziekte of afhankelijkheid van de gepensioneerde;
- Verhoging van lopende pensioenrenten of overlevingsrenten;
- Iedere andere prestatie, welke door de toepasselijke wetgeving als een solidariteitsprestatie wordt aanzien.

De verzekeraars kunnen hun keuze maken uit deze verschillende mogelijkheden.

2. Bepaalde verzekeraars verlaten de markt van de RIZIV contracten

Bepaalde verzekeraars « zullen niet meer de mogelijkheid bieden om een sociaal contract te onderschrijven »...

Voor alle duidelijkheid, zij verlaten de tak « RIZIV », behalve voor het gewaarborgd inkomen, en u zal dus een andere oplossing moeten zoeken!

Besluit

De hele materie wordt nogmaals ingewikkelder!

Voor geneesheren die werken onder de vorm van een vennootschap, zullen deze wijzigingen een invloed hebben op de « 80% regel », aangezien de financiering van hun RIZIV contract voortaan een inkrimping met 10 % zal kennen.

Indien uw maatschappij de tak « RIZIV » verlaat,

indien u een groepsverzekering heeft die u wenst te herzien,

indien u weldra wil starten met een groepsverzekering, en u alle voordelen wil benutten die de tweede pijler van het extralegaal pensioen u biedt (cfr. RIZIV- en VAPZ contracten),

aarzel dan niet contact op te nemen met Philippe BEX van Gras Savoye Belgium, onze makelaar raadgever, op zijn GSM (0478/33.56.54) of per mail op het volgende adres: philippe.bex@grassavoye.be

Inhoudstafel

• Nieuwe tarieven.....	1
• Eén jaar voorzitter – Toespraak van Dr Jean-Luc Demeere, voorzitter van het VBS, ter gelegenheid van de Algemene vergadering van 5 februari 2005.....	1
• Ontwerp - «Gezondheidswet ».....	6
• Klinische paden.....	10
• Sociaal statuut RIZIV 2004 : bedragen en nieuwigheden.....	11