

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren-Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**Speciaalnummer / DECEMBER 2005**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## AKKOORD 2006-2007 - NIEUWE TARIEVEN

De nieuwe tarieven van toepassing **vanaf 1.1.2006** alsook de volledige tekst van het akkoord vindt U op [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org). Deze kunnen ook op eenvoudige aanvraag telefonisch bekomen worden op het secretariaat. Tel. 02/649.21.47

### 1. Indexering vanaf 01.01.2006

**Met uitzondering van** de groepen van verstrekkingen die in de afgelopen 4 jaar een gemiddelde jaarlijkse groei van meer dan 7,5% hebben gekend tzt de radiotherapie, de plastische de heelkunde, de percutane interventionele verstrekkingen, de oftalmologie, de genetische onderzoeken, de neurochirurgie en de fysiotherapie en met uitzondering van het GMD en de honoraria en forfaits voor klinische biologie, worden de honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31.12.2005 lineair geïndexeerd met **2,26%**. Dit budget is begroot op 89.564 duizend euro op jaarbasis.

De honoraria en forfaits voor klinische biologie worden lineair geïndexeerd met 2,26 % vanaf 01.07.2006. De weerslag op jaarbasis bedraagt 21.142 duizend euro.

### 2. Honoraria van de geneesheren specialisten

Prestaties	Data	Budgettaire weerslag op jaarbasis (duiz. €)
De honoraria van gynaecologie/ verloskunde worden lineaire geherwaardeerd met 4% : codes 423010-423021 en 424012-424023	01.02.2006	1.021
De honoraria van gynaecologie/ verloskunde worden bijkomend verhoogd met 6%	01.02.2006	1.500
De honoraria van gynaecologie/ verloskunde worden bijkomend verhoogd met 5%	01.10.2007	1.250
Herwaardering van honoraria van de geneesheren die instaan voor de continuïteit van de zorgen in de ziekenhuizen.	01.07.2006	20.000
Herwaardering van honoraria van de geneesheren die instaan voor de continuïteit van de zorgen in de ziekenhuizen	01.10.2007	12.500
Totaal		36.271

### 3. Nomenclatuur 2006

Ontwerpen - Akkoord 2004-2005	Data	Budgettaire weerslag op jaarbasis (duiz. €)
Terugbetaling ambulante oftalmologische extramuraal heelkunde –/ art.15	2006	pro memorie
Liaisongeriatrie 599045	2006	pm
Multidisciplinaire heelkundige ingreep	2006	pm
Harmonisering van voorschrijven van contrastmiddelen in relatie met de nomenclatuur medische beeldvorming	2006	pm
Taping van de enkel - Nieuwe code	2006	pm

### Projecten - Akkoord 2006-2007. Brief dd 27.10.2005 van de Minister aan de TGR

Herstructurering en herwaardering van de urgentie-geneeskunde	01.02.2006	11.000
Herwaardering technische permanentie in de Ziekenhuislabo's Forfaitaire honoraria per opname - Code : 591113 en 591124	01.04.2006	9.000
Pedopsychiatrie -Psychotherapie door mediatetherapie: art 2, I - 109675 -Psychiatrische evaluatie: art 2, K - 109410 -Kinder- en jeugdliasonpsychiatrie: art 25 – 596562 en 596584	01.02.2006	2.750
Ziekenhuispediatrie – Toezichtshonoraria Code : 598802 - Code : 598220	01.02.2006	2.615
Geriatric - Pluridisciplinaire raadpleging: 2, A -102233 - Liaisongeriatrie : 599045 - Geriatriche ontslag onderzoek uit G : 599060 - Herwaardering van toezichtshonoraria in G : 599126 en 598286	01.02.2006	835
Chronische pijn - Selectie van 8 verstrekkingen	01.02.2006	600
Herwaardering toezichtshonoraria in chronische Sp diensten : Codes :599406 en 599421	01.02.2006	971
NKO- endonasale heelkunde en meervoudige velden	2006	
Oftalmologie – cataract ingrepen met faco emulsificatie	2006	3.000
Oncologische heelkunde – Hoofd en hals	2006	700
NKO- Sinusspoeling Proetz code : 355935-355946 Besparingen	2006	-150
URO- Schrapping cystostomie :code 260374-260385 Nieuwe code voor blaaspunctie Besparingen	2006	- 350
Moleculaire biologie en microbiologie – Nomenclaturisering	2006	7.000
Totaal nomenclatuur		37.971

De geneesheren beschikken over 30 dagen **na publicatie** in het Belgisch Staatsblad om hun weigering tot toetreding of hun gedeeltelijke toetreding tot het akkoord per aangetekend schrijven mede te delen aan de NCGZ. De geneesheren zullen via de website en het tijdschrift van het VBS tijdig verwittigd worden. Modelbrieven zullen ter beschikking gehouden worden.

Tijdens de duur van het akkoord kan het opgezegd worden, zowel door de partijen bij het akkoord of door de geneesheren, binnen de 30 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van correctie maatregelen zoals bedoeld art.50§8 van GVV-wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de minister op grond van artikel 18 van de GVV-wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

#### BERICHT

**Verlenging tot 31 maart 2006 van de overgangsbepalingen inzake de permanenties in de MUG en gespecialiseerde spoed (KB's 12.12.2005 – BS 21.12.2005)**

**DE VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG NA DEFEDERALISERING**  
Colloquium georganiseerd door Mevr. Inge Vervotte, Vlaams minister voor Welzijn,  
op 24.11.2005

Huisarts en eerstelijnsgezondheidszorg. Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Disputant: Dr. MARC MOENS

Voorzitter Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)

Secretaris-generaal Verbond van Belgische Beroepsverenigingen van geneesheren - specialisten (VBS)

**Als we het zelf doen, moet het beter.**

De verenigingen waar ik actief in ben en verantwoordelijkheid draag zijn allemaal Belgisch. De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten of BVAS, het Verbond van Belgische Beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten (VBS) en nog enkele meer. Die vaardigen mij af naar een reeks federale Belgische instanties bij het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, het RIZIV, en bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, in de wandeling, de FOD Volksgezondheid.

BVAS heeft in 1981 een Vlaamse vleugel opgericht, het Vlaams Artsensyndicaat, VAS. De splitsing van de Volksgezondheid leek toen al onverwijd te zullen worden gerealiseerd.

Het VBS heeft in 1997 een poging ondernomen om zich in twee secties op te splitsen, maar de Raad van state maakte onoverkomelijke juridische bezwaren die voornamelijk te maken hadden met de structuur van een beroepsvereniging, die gebaseerd is op een wet van 31.03.1898.

Ik probeer abstractie te maken van de bestaande federale structuren en me in een gedefederaliseerde louter Vlaamse gezondheidszorg te verplaatsen. Ik beperk me tot enkele bemerkingsen op de beschouwingen van Prof. De Lepeleire.

Een eerste opmerkelijk feit is dat de Vlaamse overheid tot op heden slechts zeer occasioneel rekening heeft gehouden met het bestaan van syndicale artsenverenigingen. In de federale Overheid nemen - of ik zou beter zeggen namen - de representatieve artsenverenigingen al decennialang een belangrijke plaats in. Sinds de federale Overheid minister Demotte met volmachten laat besturen, worden de artsensyndicaten monddood gemaakt en is er van overleg geen sprake meer.

Deze invalshoek lijkt een aantal Vlamingen wel te bevallen. Op 14 september 2002 zei Guy Tegenbos n.a.v. het colloquium georganiseerd door het Vlaams Geneesherenverbond over "Integratie van preventieve en curatieve geneeskunde" ondermeer dat neocorporatistische groeperingen als de artsensyndicaten wel mogen aanhoord worden, maar dat ze het beleid niet mogen organiseren. Academische Centra voor Huisartsgeneeskunde mogen dat blijkbaar wel.

Als voorzitter van een artsensyndicaat klinkt dergelijk geluid niet uitnodigend om in zo een gedefederaliseerd model te stappen.

Een delegatie van het VBS was begin november 2005 in Québec, Canada. Québec kent een gedefederaliseerd model en de artsen hebben er een zeer ruime bevoegdheid over het aanwenden van de middelen die de regionale overheid ter beschikking stelt. Het is een zeer verstaatste vorm van geneeskunde waar de artsen het goed hebben en de patiënten slecht. In Québec wordt de gezondheidszorg betaald vanuit belastingsgelden.

Ook in Vlaanderen zijn vragen naar dergelijke financieringsvorm. Niet meer uit de sociale zekerheid maar rechtstreeks uit de belastingen. Al dan niet met het ontwikkelen van een parallelle privaat verzekerde geneeskunde ernaast zoals in Groot-Brittannië.

Wil de Vlaamse burger een staatsgeneeskunde, waar de patiënt verplicht een huisarts toegewezen krijgt, al naargelang het postnummer waar hij woont, zoals in Nederland? Zonder die huisarts raakt de patiënt niet meer aan zorgen.

Is dat de richting die Vlaanderen wenst uit te gaan? In landen waar dergelijke systemen van toepassing zijn worden de rechten van de patiënt zoals die in België werden gedefinieerd niet gerespecteerd. De federale overheid heeft de patiënten een aantal rechten gegeven via zijn wet van 22.08.2002 (Belgisch Staatsblad 26.09.2002).

Zo heeft de patiënt ondermeer recht op:

- kwaliteitsvolle dienstverlening;
- vrije keuze van beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze;
- informatie;
- toestemming tot behandeling;
- een patiëntendossier;
- bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- klachtrecht bij een ombudsfunctie.

Wat is de visie van de Vlaamse Overheid t.o.v. deze patiëntenrechten? Qua beperking van de vrije keuze is het Decreet van 03.03.2004 duidelijk: de arts - specialist hoort daar niet thuis, want hij wordt weg-gedefinieerd uit de eerste lijn.

Een bevraging bij de Christelijke Mutualiteiten leerde nochtans dat 80 % van haar leden de voorkeur geeft om zelf rechtstreeks naar de specialist te stappen.

De rigide definities van de Vlaamse regelgeving botsen misschien met de wil van de bevolking. Heeft het Vlaams Parlement dan te weinig naar zijn burgers geluisterd of zich al te selectief gewend tot de "believers" in de meer collectivistische systemen? Of is het Vlaams Parlement van mening dat het zijn bevolking moet heropvoeden naar Angelsaksisch of Nederlands model, dat zijn insufficiëntie naar de patiënten toe al jarenlang pijnlijk aantoonde?

In het Vlaams decreet over de eerstelijnsgezondheidszorg van 3 maart 2004 wordt een volgens BVAS en VBS discriminerende definitie van zorgverstreker gegeven:

*"19° zorgverstreker : een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband."*

Omwille van de uitsluiting van de artsen – specialisten hadden de BVAS en het VBS bij het Arbitragehof een beroep tot vernietiging ingediend tegen het Decreet van 03.03.2004 betreffende de eerstelijnszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders. De federale Overheid had zich daar naderhand bij aangesloten, om gans andere, louter politieke motieven.

Wij zijn van mening dat een ganse reeks specialisten ook hun plaats hebben in de eerste lijn. En niet alleen maar de oftalmoloog die Prof. De Lepeleire vernoemt.

Het Arbitragehof heeft dit verzoek op 28.09.2005 verworpen. De pediaters, de dermatologen, de gynaecologen, de ORL specialisten, en menig ander specialist die zijn praktijk buiten het ziekenhuis heeft uitgebouwd voelt zich rechtstreeks bedreigd door dit Decreet.

Het Decreet van 03.03.2004 definieert kwaliteitsvolle zorg als volgt: *"7° verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid."*

Zorg kan maar kwaliteitsvol zijn volgens deze definitie als de zorggebruiker zo snel mogelijk voor zijn aandoening of gezondheidsprobleem een medische diagnose krijgt. Zonder *diagnose* mist elke tussenkomst van de zorgaanbieders van de eerste lijn elke doeltreffendheid en doelmatigheid.

De rol van de huisarts is dus van fundamenteel belang op diagnostisch vlak. Hij wordt in de eerste lijn uitsluitend omringd door zorgverleners - apotheker, diëtist, kinesitherapeut, logopedist, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline) die onbevoegd zijn om een medische diagnose te stellen. De huisarts behandelt de patiënt ofwel onmiddellijk adequaat of hij verwijst hem door naar de gepaste aanvullende diagnostiek en/of behandeling bij een arts - specialist of andere noodzakelijke verpleegkundige, paramedische of kinesitherapeutische .... zorg. De tandarts vormt een uitzondering want in zijn gebied stelt hij zelf diagnose en behandelt hij autonoom, met occasioneel doorverwijzing naar een geneesheer specialist in de stomatologie.

Zonder medische diagnose vervalt de opvang in louter sociale opvang of symptomatische zorgverlening waardoor de tijd tussen het eerste contact met een zorgverlener en de diagnosestelling dreigt toe te nemen met een vermindering van doeltreffendheid en eventueel gemis aan genezingskansen tot gevolg.

De eerste lijn haalt haar efficiëntie en verantwoording slechts bij een goede medische diagnose. Dit maakt van de huisarts de spilfiguur van de eerste lijn, doch betekent eveneens dat, als de diagnose buiten het bereik van de huisarts ligt, de eerste lijn slechts haar efficiëntie en verantwoording haalt uit een gepaste samenwerking huisarts - specialist. Uiteraard zie ik dan de huisartsgeneeskunde veel te beperkt, maar in mijn ogen blijft dit de kern van dit medische beroep.

In de definitie van huisartsgeneeskunde die Prof. De Lepeleire geeft

*"Huisartsgeneeskunde is een academische en wetenschappelijke discipline met een eigen inhoud zowel van haar opleiding, onderzoek als van haar klinische activiteit. Zij is een klinische specialisatie gericht op eerstelijnszorg. Huisartsen zijn gespecialiseerde artsen die getraind zijn in de basiskennmerken van de discipline. Zij zijn persoonsgeoriënteerde artsen, in de eerste plaats verantwoordelijk voor het aanbieden van globale en continue zorg aan ieder individu dat medische hulp zoekt, ongeacht ras, sekse of aandoening. Zij integreren in de zorg voor individuen de context van hun familie, hun gemeenschap en hun cultuur, met uitgesproken respect voor de autonomie van de patiënt. Zij erkennen eveneens een professionele verantwoordelijkheid te dragen naar de gemeenschap. Tijdens het aktiegericht onderhandelen met hun patiënten integreeren zij fysieke, psychische, sociale, culturele en existentiële factoren, daarbij gebruik makend van de kennis en het vertrouwen dat voortspruit uit herhaalde contacten. Huisartsen beoefenen hun professionele rol door gezondheid te bevorderen, ziekte te voorkomen en genezing, zorg en palliatie aan te bieden. Dit doen ze ofwel direct of via de diensten van anderen, naargelang de gezondheidsnoden en de beschikbare middelen van de gemeenschap die ze dienen. Waar nodig staan ze de patiënten bij in het toegang krijgen tot deze diensten. Zij nemen hun verantwoordelijkheid in het verwerven en onderhouden van de eigen vaardigheden, het persoonlijk evenwicht en waarden als basis voor effectieve en betrouwbare patiëntenzorg.*

*Deze definitie heeft belangrijke consequenties voor het antwoord op de vraag hoe de gezondheidszorg eruit moet zien.*

*Het stereotype beeld van de huisarts wordt verbreed en open getrokken:*

- van de zorg voor individuen, naar zorg voor individuen én de gemeenschap waarin zij leven
- van een eigen discipline naar een eerstelijnsdiscipline
- van een vooral curatieve insteek naar curatief én preventief én palliatief

- van een vraaggerichte actie naar anticiperend handelen
- van een vraaggerichte actie naar een integratiefunctie
- van curatief handelen ad hoc naar een 'advocacy' functie"

valt mij direct op dat het woord genezing niet onderlijnd werd, wel de woorden bevorderen (van gezondheid) voorkomen (van ziekte) zorg en palliatie (aanbieden).

Mijn bezorgdheid is dat door alle veeleer sociologische opdrachten die de huisarts moet waarmaken, zijn diagnostische capaciteiten er zullen onder lijden.

Ik volg Prof. De Lepeleire niet wanneer hij van oordeel is dat het stereotype beeld van de huisarts wordt opengetrokken als vb. de eigen discipline moet evolueren naar een eerstelijnsdiscipline. In die Vlaamse (Belgische) eerste lijn willen heel wat actoren klinische deeldomeinen van de huisarts afsnoepen. Zal de huisarts uiteindelijk alleen nog een schrijvelaar van allerlei attesten worden?

In Groot-Brittannië heeft men net beslist dat – mits een bijkomende opleiding van 38 dagen – verpleegkundigen en apothekers – volgens de Vlaamse definitie zorgverstrekkers werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg - vanaf januari 2006 ook geneesmiddelenvoorschriften mogen afleveren. De argumentatie van de Britse overheid is dat er te weinig artsen zijn.

België heeft 460 artsen per 100.000 inwoners, Groot-Brittannië slechts 166. Toch valt in België het woord "penurie". Een tekort aan artsen. In Vlaanderen waarschuwen de huisartsenprofessoren voor een dreigend tekort aan huisartsen. Curricula worden hervormd in de hoop het tij te doen keren. Maar de vraag van de kip en het ei stelt zich hier: welke jonge mannen en vrouwen zijn bereid om een beroep uit te oefenen waar de medische aspecten worden geminimaliseerd en de sociologische gemaximaliseerd?

En dat in een tijdperk waarin alle segmenten van de maatschappij de snel evoluerende technologie de meeste aandacht opsorpt. De zeer eenzijdige ideologische strategie die de Vlaamse academische centra voor huisartsgeneeskunde voeren sinds ze er politiek in geslaagd zijn de artsensyndicaten uit de opleiding buiten te werken, keert zich tegen het huisartsenberoep. Weinigen voelen zich noch geroepen om in een dergelijk beroep te stappen. Het gevolg zou kunnen worden dat de specialistische geneeskunde blijft verder evolueren op het elan van de "Flanders Technology" van weleer, terwijl de Vlaamse huisartsgeneeskunde "In Flanders Fields" terechtkomt.

Ik, en met mij zeer vele Vlaamse huisartsen, gruwen bij de gedachte van de 1.000 basiszorgeenheden waar 6.000 huisartsen zouden bij betrokken worden: de huisartsen - samenwerkingsverbanden (HASAV) van het Masterplan van de Vlaamse huisartsenprofessoren. Een academische "spielerei" die ook bij de federale minister Demotte genade vindt. Alleen al de financiële problematiek die dergelijke structuren zullen doen ontstaan verontrusten me sterk. De VIPA<sup>1</sup> budgetten zullen dan ook die onderliggende structuren moeten financieren. Ziekenhuisbeheerders en directies weten dat de wachtrijen lang zijn en de middelen telkens opnieuw al te schaars.

Wij verkiezen ondernemende huisartsen die op vrijwillige basis samenwerken en hun samenwerkingsstructuur zelf financieren via de betalingswijzen die vandaag voorhanden zijn en die langzamerhand zijn geëvolueerd van een loutere "fee for service" naar een gedeeltelijke betaling per acte en een gedeeltelijke betaling voor een actief dossierbeheer. Dit laatste is iets anders dan de inschrijving van de patiënt bij een vaste huisarts.

De zorgverstrekkers van de eerste lijn worden gedefinieerd als het *eerste aanspreekpunt, m.a.w. "de eerste deskundige opvang"*.

---

<sup>1</sup> Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden

Hier moet men dezelfde logica toepassen: de huisarts is de enige zorgverlener die het decreet als dusdanig vernoemt die ook objectief bij machte is een diagnosestelling te formuleren – als eerstelijns specialist - tenzij hij zelf tot de vaststelling komt dat de diagnose buiten zijn bereik ligt.

De specialisten worden uit de eerste lijn uitgesloten. Niet alleen de specialist die in een ziekenhuis consulteert, maar ook de specialist die een private consultatie houdt buiten het ziekenhuis. In Vlaanderen gaat het toch om ± 4000 artsen specialisten<sup>2</sup>.

Sociologisch gesproken is die uitsluiting uit de eerste lijn een achteruitgang voor de bevolking. De extra murale specialist heeft zijn plaats in het Vlaamse landschap van de gezondheidszorg terecht verdiend. Patiënten waarderen de nabijheid en de laagdrempeligheid van deze specialistische zorg. De Overheid zou moeten tevreden zijn dat er ook een goedkope specialistische zorg bestaat.

Alle ambulante specialistische zorg kan maar goed functioneren wanneer er een systematische informatiestroom bestaat tussen huisartsen en specialisten. Bij doorverwijzing van de patiënt door de huisarts naar de specialist dient de huisarts adequate informatie mee te geven en de specialist dient de huisarts zijn bevindingen systematisch mee te delen. Indien de patiënt spontaan een specialist consulteert, dient de specialist te informeren naar de huisarts en hem zijn bevindingen over te maken. Tenzij de patiënt dit om een of andere reden weigert.

De BVAS noemt dit systeem “briefing – debriefing”. Het werd in de nationale commissie artsen - ziekenfondsen geweigerd om zowel ideologische als financiële redenen.

Technologisch is het vandaag al mogelijk dat er elektronische gegevensuitwisseling gebeurt, zoals unidirectioneel al in praktijk wordt gebracht van de huisarts die aanlogt naar het centraal medisch ziekenhuisdossier van zijn opgenomen patiënt. Dergelijke samenwerkingsmodaliteiten moeten verder – en met respect van een strikte privacy - worden uitgewerkt. Maar dan wil bidirectioneel, wat inhoudt dat ook de arts - specialist het huisartsen dossier on line moet kunnen consulteren.

Ter afsluiting kan ik me aansluiten bij de vraag van Prof. De Lepeleire naar een democratische ontwikkeling en uitbouw van de gezondheidszorg. Zijn bemerking dat het middenveld in deze discussie moet worden betrokken en een plaats en een stem moet krijgen wil ik ombouwen tot een oproep. Geef het middenveld een stem in het debat, en luister niet alleen naar enkele academici die onder gelijkgezinden hun grote gelijk gemakkelijk halen.

Alleen als die luisterbereidheid groter wordt en als ook wordt ingegaan op wat het middenveld vertelt, zullen we het zelf beter kunnen doen.

---

**ECHELLONNERING EN PRIMARY CARE**  
**F. Heller – VBS – 22 augustus 2005**

## **1. INLEIDING**

Het studieproject bestudeert de methodes die werden gebruikt om het traject van de patiënt doorheen het Belgisch gezondheidssysteem te verbeteren. Het project is gebaseerd op een rapport van het Nederlands Gezondheidscomité, getiteld European Primary Care. Dit rapport werd in 2003 aangevraagd door de Nederlandse Minister van Volksgezondheid die een advies wilde over de Primary Care in Europees perspectief. Het rapport zou het belang van Primary Care aantonen vooral wat de kwaliteit en de onkosten van de volksgezondheid betreft.

## **2. ANALYSE VAN HET DOCUMENT « EUROPEAN PRIMARY CARE »**

Teneinde de juistheid van het document te controleren, werden de methodologie, de resultaten en de conclusies van het rapport bestudeerd. De European Primary Care omvat **6 hoofdstukken**.

---

<sup>2</sup> In België ± 7.000

**Hoofdstuk I** bepaalt de gevoerde strategie en de samenstelling van het Comité, waarin 15 Nederlandse experts, één Belgisch expert (Professor J. De Maeseneer) en internationale consultants zetelen.

**Hoofdstuk II** omschrijft de Primary Care in de verschillende landen en de rol die het speelt of zou moeten spelen in de ten laste neming van gezondheidsproblemen.

**Hoofdstuk III** voert argumenten aan voor de stelling dat de Primary Care van primordiaal belang is voor de gezondheidszorg gezien de doeltreffendheid en de onkosten, de billijkheid voor en tevredenheid van de patiënten.

**Hoofdstuk IV** beschrijft de structuur van de Primary Care in de verschillende Europese landen en van de zorgverstrekkers in de Primary Care.

**Hoofdstuk V** behandelt de toekomstige uitdagingen van het gezondheidssysteem, gelet op de levensverlenging, de bewustwording van de patiënten, de ethnische en culturele diversiteit, . . .

**Hoofdstuk VI** besluit dat de Primary Care een beslissende rol moet spelen in het gezondheidssysteem, omschrijft het ideaal systeem en drukt op de noodzaak om deze aanbevelingen op Europees niveau te implementeren.

### **3. KRITIEK OP HET DOCUMENT**

#### **3.1. Bronnen van het document**

- Volgens de auteurs was er geen systematisch nazicht van de literatuur.
- Het document baseert zich voornamelijk op de werkzaamheden van Professor Starfield waarvan de gegevens werden verzameld in een document getiteld «The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970 – 1998 » van James Macinko, Barbara Starfield, en Leiyu Shi. De studie analyseert de relatie in tijd en ruimte tussen enerzijds de invloed van de Primary Care in verschillende Europese landen en anderzijds verschillende gezondheidsparameters (totale mortaliteit, verlies levensjaren, sommige, voornamelijk pulmonaire en cardiovasculaire pathologieën). Mettertijd is de invloed van de Primary Care weliswaar toegenomen doch op weinig significante wijze. De totale mortaliteit is daarentegen duidelijk gedaald en het aantal overlevingsjaren gestegen ! Slechts 28 % van de daling van de totale mortaliteit kan worden toegeschreven aan de invloed van Primary Care. Zijn bijdrage hieraan vermindert bovendien drastisch (vermoedelijk minder dan 15 %) bij analyse van multivariabele elementen. Het is bijgevolg duidelijk dat de daling van de totale mortaliteit voor meer dan 85 % is toe te schrijven aan andere parameters dan aan de invloed van de Primary Care ! . . .<sup>1</sup>
- Ter ondersteuning van hun standpunt, citeren de auteurs van het European Primary Care terloops de werkzaamheden van Gulliford (Journal of Public Health Medicine 2002, 24 : 252) en van Docteur en Oxley (Health – Care Systems : Lesson from the Reforme Experience 2003, 9). In feite tonen deze laatste documenten enkel aan dat het duurder uitvalt als de patiënt direct wordt opgenomen dan als hij voorafgaandelijk werd behandeld in ambulante milieu ! ....

#### **3.2. Methodologie**

De geciteerde werken, voornamelijk deze van Professor Starfield, vertonen belangrijke fouten (er wordt geen rekening gehouden met de rol van de specialisten of van de ziekenhuizen, noch met de evolutie van de technologie, . . .). Overigens geven de auteurs zelf toe dat belangrijke gegevens soms ontbreken.

### **4. BESLUITEN**

Noch uit de literatuur waarnaar het document European Primary Care verwijst (voornamelijk de werkzaamheden van Starfield) noch uit de gegevens van het document European Primary Care zelf kan worden afgeleid dat de Primary Care die door een geneesheer huisarts wordt verzekerd, een beslissende rol speelt bij de tenlasteneming van de patiënten. De besluitrekkingen worden vertekend door de methodologie, het ontbreken van gegevens, het feit dat geen rekening wordt gehouden met belangrijke factoren als de impact van de specialisten of de techniciteit noch met belangrijke pathologieën zoals kanker, metabolisme aandoeningen, diabetes, enz. . . Men probeert aldus de verwarring in stand te houden dat de geneesheer huisarts geïdentificeerd wordt met Primary Care en dat de specialisten hiervan a priori worden uitgesloten.

---

<sup>1</sup> Het overzicht van de statistische gegevens werd verwezenlijkt door Dokter Olivier DESCAMPS (Centre de Recherche Médicale de Jolimont).



## 5. SUGGESTIES

De analyse van het gezondheidsniveau (totale mortaliteit, cardiovasculaire mortaliteit, mortaliteit door kanker, enz ...) in functie van de aard van de Primary care (geneesheren huisartsen versus geneesheren specialisten versus samenwerking geneesheren-huisartsen-geneesheren specialisten) en de impact op de kosten en de tevredenheidsgraad van de patiënten lijkt ons een nuttige en interessante studie die bovendien huisartsen en specialisten zou samenbrengen.

### NOMENCLATUUR : PRE-ANESTHESIE-RAADPLEGING

**7 DECEMBER 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van de artikelen 2, A, en 12, § 3, 2° a), van de bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 19.12.2005)**

**Artikel 1.** Op het artikel 2, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen bij het koninklijk besluit 19 december 1991, en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 5 maart 1992, 2 september 1992, 7 augustus 1995, 28 september 1995, 29 april 1999, 1 juni 2001, 10 juli 2001, 15 april 2002, 19 juni 2002, 16 juli 2002, 22 augustus 2002, 18 februari 2003, 9 maart 2003 en 18 februari 2004 worden de volgende verstrekkingen en toepassingsregels ingevoegd na de verstreking 102756 :

« 102815

Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie . . . . . N 8

102830

Pre-anesthesie-raadpleging door een geaccrediteerde geneesheer specialist voor anesthesie-reanimatie . . . . . N 8+

. . . . . Q 30

De verstrekkingen 102815 en 102830 mogen slechts aangerekend worden indien de voorwaarden opgenomen in artikel 12, § 3, 2° a), zijn vervuld.

**Art. 2.** Het artikel 12, § 3, 2° a), van dezelfde bijlage, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 januari 1986, wordt aangevuld door de volgende bepalingen :

« Een pre-anesthesie-raadpleging mag worden aangerekend door een geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie met het oog op een narcose bij een patiënt die in daghospitalisatie is opgenomen, op voorwaarde dat die raadpleging minimum 48 uur vóór de opnemingsdag in daghospitalisatie wordt verricht. De narcose mag door een ander type van anesthesie worden vervangen op voorwaarde dat de motiveringen ervan in het medisch dossier zijn gedocumenteerd. De daghospitalisatie mag in klassieke hospitalisatie worden omgezet op voorwaarde dat de indicatie betreffende de transfer in het medisch dossier wordt gedocumenteerd.

De pre-anesthesie-raadpleging mag worden aangerekend voor andere types van verstrekkingen dan de heelkundige ingrepen, op voorwaarde dat die verstrekkingen onder narcose worden uitgevoerd. »

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt.

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

### ZIEKENHUISNORMEN SP-DIENST NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN

**10 NOVEMBER 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (B.S. d.d. 07.12.2005)**

**Artikel 1.** Voor het vroegere eerste lid van punt 6 van onderdeel D (specifieke normen voor de Sp-dienst (neurologische aandoeningen)) van rubriek IIIbis (Specifieke normen per specialisme) van de bijzondere normen toepasselijk op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, kenletter Sp, gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 en

vernietigd bij arrest nr. 136.962 van de Raad van State van 3 november 2004, treedt een nieuw lid in de plaats, luidende :

« De geneesheren-specialisten in de neurologie, in de inwendige geneeskunde, in de fysische geneeskunde en revalidatie, en in de neuropsychiatrie worden geacht de specifieke bekwaamheid te hebben, bedoeld in punt III, 1. ».

**Art. 2.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 31 oktober 1998.

---

## UITREIKING VAN MEDISCHE EN WETENSCHAPPELIJKE PRIJZEN

Op 1 december 2005 reikte Prinses Astrid medische en wetenschappelijke prijzen van de Koning Boudewijnstichting uit aan vooraanstaande Belgische onderzoekers :

- Prijs De Beys (nood- en crisissituaties) toegekend aan de End-of-life Care Research Group van de VUB;
- Prijs François – de Meurs (diabetes) toegekend aan J.-Chr. Jonas, onderzoeker van de UCL (unit Endocrinologie en Metabolisme);
- Ondersteuning van het Fonds Alphonse en Jean Forton (mucoviscidose) toegekend aan 7 onderzoeksprojecten, met een internationale bekendheid, binnen verschillende Belgische universiteiten;
- Prijs van het Fonds Marie-Thérèse de Lava (verouderingsonderzoek) toegekend aan de Luikse professor Eric Salmon (Ulg);
- Ondersteuning van de Crawhez-Fondsen (mucoviscidose en leukemie) toegekend aan Prof. J.-M. Boeynaems van de ULB en Prof. Ph. Martiat van het Instituut Bordet (ULB).

Voor verdere informatie : Bénédicte Gombault, gombault.b@kbs-frb.be, tel. : 02/732.02.28

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

**Studiedag "*Cirkels van zorg : Ethiek in zorg voor ouderen*"**  
**Woensdag 8 februari 2006 – Campus Gasthuisberg, K.U.Leuven**

Tijdens deze studiedag wordt het volledige zorgproces inzake ouderen aan een ethische reflectie onderworpen.

Accreditering werd aangevraagd.

### Organisatie

Verbond der Verzorgingsinstellingen, tel. : 02/511.80.08 – e-mail : gvc@vvi.be

Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Fac. Geneeskunde, K.U.Leuven, tel. : 016/33.69.51 – e-mail : myriam.swartenbroeckx@med.kuleuven.be

---

## INFORMATICA CURSUSSEN

Na het succes van onze vorige informatica cursussen en op speciale aanvraag van sommige leden, hebben wij het genoegen u een nieuwe reeks informatica cursussen aan te kondigen, begin 2006, georganiseerd zoals een paar maand geleden in samenwerking met onze partner CFA – Mhr. Pry Gabriel.

Deze cursussen gaan door op het VBS op volgende data – van 9u30 tot 12u30 (zaterdagmorgen)

14/01/2006	WinXP
21/01/2006	Internet
28/01/2006	Powerpoint
04/02/2006	Word
11/02/2006	Excel

Elke cursus duurt 3 uur en is praktijkgericht. Geen ellenlange uiteenzettingen maar veel oefeningen. De deelnemers werken elk aan één van onze PC's.

U ontvangt tevens een syllabus die speciaal voor deze cursus werd ontworpen.

Alle lessen worden gegeven door een Nederlandstalige leerkracht.

Prijs : 100 € + BTW (121 € BTW inbegrepen) per cursus van 3 uur.

Een vervolmakingscursus is voorzien na deze periode. Geïnteresseerd ? gelieve dan § 3 van het hierbijgevoegd strookje aan te kruisen.

## Voor inschrijvingen

**fax ons vandaag nog het onderstaand inschrijvingsformulier faxnummer 010/24.10.20  
of telefoneer rechtstreeks naar het VBS (Koen Schrije 02/649.21.47)**

Inschrijven voor 11 januari 2006

Lidnummer VBS :	Naam :	Voornaam :
Adres :		
Postcode :	Stad :	
Telefoon :	Fax :	
O aantal personen :		
O inschrijving voor volgende cursus(sen) (of omcirkel de gekozen data)		
O wil op de hoogte worden gehouden van de vervolmakingscursussen.		

Datum :	Handtekening :
---------	----------------

U krijgt een confirmatie van uw inschrijving.

## AANKONDIGINGEN

- 04017\* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros 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.
- 05010\* **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : al oud oftalmologisch en optisch materiaal evenals oude brillen en glazen voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.
- 05104 **BRUGGE : ONCOLOGISCH CENTRUM** van het AZ St. Jan AV te Brugge zoekt **VRIJ ASSISTENT** met ingang van 1 oktober 2005 voor een periode van 4 tot 8 maanden (exacte duur en andere modaliteiten bespreekbaar). Geen weekend- of nachtwachten. Contact: Dr. Piet Van Kerkhove, tel 050/452806, e-mail piet.vankerkhove@azbrugge.be of Dr. Alain Bols, tel idem, e-mail alain.bols@azbrugge.be
- 05114 Wegens naderend pensioen **PATIËNTENBESTAND + MEDISCH MATERIAAL** voor **HUISARTS** of **INTERNIST** over te nemen in centrum Dilbeek. Huur praktijkruimte tijdelijk mogelijk. Geen instapkosten. +32.2.567.24.80 of +32.475.97.29.77.
- 05144 **FRANCE** (Charente-Maritime – 17 – Royan ) : Cession de clientèle clinique pasteur **CARDIOLOGUE** recherche successeur SCM 3 cardios.activité cabinet + clinique (chir. polyvalente + vasculaire) plateau technique non invasif complet + pm. Environnement privilégié. Qualité de vie préservée. Contact: 00.33.6.72.07.52.37 ou 00.33.5.46.22.24.88 – Email: marie-jo.david1@wanadoo.fr
- 05151\* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 05155 **ANTWERPEN** : Het revalidatiecentrum "Hof Ter Schelde" (152 ZH-bedden+dagcentrum, August Vermeylelaan 6, 2050 Antwerpen) werft aan een **SPEC. FYSISCHE GEN. MET ERKENNING IN DE REVALIDATIE-GENEESKUNDE**, halftijds, (tevens komt aanmerking spec. fys. gen. met geplande bijkomende opleiding revalidatiegen. uiterlijk tegen 08/2008). Gemotiveerde sollicitatiebrief met C.V. te sturen t.a.v. Dr. Broeckx, hoofdgeneesheer (Jozef.Broeckx@hofterschelde.be).
- 05162 **FRANCE : CÈDE CABINET DE CARDIOLOGIE LIBÉRALE** à Nice dans cabinet de groupe de 7 cardiologues, plein centre de Nice. Pas de partage d'honoraires, ambiance excellente, dans des locaux magnifiques de 350m<sup>2</sup>, informatisation complète du cabinet. Plateau technique non invasif, récent, complet (echodoppler VIVID3, MAPA novacor, HOLTER ELA). Possibilité d'ergométrie, d'ETO, d'écho de stress, activité hospitalière possible - Pas d'astreinte de garde. Horaires du lundi (stop 18 heures) au vendredi 11 heures. Charges réduites : 3300 euros par mois pour le fonctionnement en SCM. C.A. > 260.000 euros avec deux mois de vacances par an. Dont 40% de cardiologie d'assurances privées, activité en pleine expansion +15% par an (hors sécurité sociale française). PRIX INTERESSANT. NICE, c'est par exemple : ville de fac : lettres, droit, commerce, médecine, dentaire...; ski alpin le matin! (Isola 2000 et Auron : 1 h de route) - voile l'après-midi!; proche de Monaco et de l'Italie; aéroport international 2e de France; pluie 30 jours par an (non contractuel), soit environ 330 jours de soleil!!! Contacter Dr SCHWAL au 00.33.6.03.51.08.16 ou par e-mail : g.schwal@wanadoo.fr
- 05163 **PHARMA SUPPORT** zoekt (m/v) **GENEESHEER PEDIATER** in een prestigieus, groot streekziekenhuis, grote materniteit (> 1600 geboortes/jaar), moderne infrastructuur, incl. pediatrie urgentiedienst, dienst prematuren, slaaplabo,... De selectieprocedure verloopt exclusief via Pharma Support. Stuur uw cv naar info@pharmasupport.be, meer info: www.pharmasupport.be. Lic.VG.426/B
- 05164 **PHARMA SUPPORT** zoekt (m/v) **GENEESHEER ANATOMO-PATHOLOOG** in universitair dienstverband, de jobinhoudelijke voordelen van een universitaire omgeving, gecombineerd aan de extralegale voordelen van loondienst! De selectieprocedure verloopt exclusief via Pharma Support. Stuur uw cv naar info@pharmasupport.be, meer info: www.pharmasupport.be. Lic.VG.426/B

## Inhoudstafel

• Akkoord 2006-2007 – nieuwe tarieven.....	1
• De Vlaamse gezondheidszorg na defederalisering – Colloquium georganiseerd door Mevr. Inge Vervotte, Vlaams minister voor Welzijn, op 24.11.2005.....	3
• Echellonning en primary care – F. Heller – VBS – 22 augustus 2005.....	7
• Nomenclatuur : Pre-anesthesie-raadpleging.....	9
• Ziekenhuisnormen Sp-dienst neurologische aandoeningen.....	9
• Uitreiking van medische en wetenschappelijke prijzen .....	10
• Wetenschappelijke vergadering .....	10
• Informatica cursussen .....	11
• Aankondigingen .....	12

*Ondanks de vele administratieve en andere beslommingen die u zoals gewoonlijk net op het jaareinde om de hals krijgt, wenst het VBS- bestuur u nog prettige feestdagen en een voorspoedig en gelukkig 2006 voor u en uw familie.*