

**V.B.S.-jaarverslag 2001  
Dr. Marc MOENS  
Secretaris-generaal  
02.02.2002**

**11 SEPTEMBER 2001 :**

**FRANK VANDENBROUCKE DRUKT ZIJN  
STEMPEL OP HET GEZONDHEIDSBELEID**

Analytische beschouwingen over het toevallig verband tussen de Taliban en onze gezondheidszorg en tussen het Koningshuis en het ontwerp van euthanasiewet

## INHOUDSTAFEL

I.	De politieke achtergrond.....	1
1.	Blijft de regenboog vier jaar in het zwerk ?.....	1
2.	Het TIMISOARA van het euthanasiedebat.....	1
II.	De uitvoering van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 18.12.2000 .....	3
1.	De cijferdans .....	3
1.	De uitgangspunten.....	3
2.	De besparingsmachine VANDENBROUCKE .....	4
3.	Reactie van de radiologen, biologen, nefrologen .....	7
1.	Zeer goed opgevolgde stakingsoproep .....	7
2.	Commentaar in de media en van VANDENBROUCKE .....	8
3.	Resultaten.....	9
4.	Casus belli voor de huisartsen : de halvering van de index.....	10
1.	Het akkoord als vodje papier.....	10
2.	Socialistisch en Christelijk fundamentalisme .....	11
3.	De BVAS zegt akkoord op voor de intellectuele acten.....	11
4.	De minister weigert elk vergelijk .....	12
5.	Een eerbaar compromis, "verkeerd begrepen" door VANDENBROUCKE ...	12
6.	Algemene Raad dd. 28.01.02 : doek over het indexmelodrama .....	13
2.	De verhoging van het sociaal statuut lokt huisartsen, geen specialisten .....	14
3.	De accreditering .....	14
1.	De accrediteringsstructuren wettelijk geregeld .....	14
2.	Aantal geaccrediteerde artsen op 01 februari 2002.....	15
3.	Doet Frank VANDENBROUCKE de accreditering imploderen ?.....	16
III.	De Task Force Perl.....	16
1.	11 september 2001 : agenda voor verandering in de gezondheidszorg .....	16
2.	De opstartfase .....	17
3.	De Task Force installatie .....	18
4.	De werkzaamheden tot de dead-line van 31.10.2001 .....	20
1.	Overbelasting van de actoren en van de administratie .....	20
2.	Task Force Number One : het individueel responsabiliseren van artsen .....	20
3.	Task Force Number Two : klinische biologie, medische beeldvorming, dialyse, referentiebedragen.....	21
1.	Klinische biologie .....	21
2.	Medische beeldvorming .....	21
3.	Dialyse .....	22
4.	Referentiebedragen chirurgische ingrepen.....	22
4.	Task Force Number Three : normering en kostenverdeling.....	23
5.	De reactie van de Regering dd. 14.11.2001 .....	23
6.	De afloop : woordbreuk van de ziekenhuisbeheerders.....	25
7.	En de conclusies van de ministers dd. 29.01.2002 .....	26
IV.	Nomenclatuur, interpretatieregels en geneeskundige controle.....	28
1.	Goed bestuur en georganiseerde rechtsonzekerheid.....	28
2.	Interpretatieregels.....	28
3.	Geneeskundige controle .....	29
V.	Numerus clausus en Planningscommissie.....	30

VI.	De rechten van de patiënt en de medische aansprakelijkheid.....	31
1.	De hoorzittingen in het Parlement.....	31
2.	Het voorstel van de Regering.....	32
1.	Eerste versie van voorontwerp.....	32
2.	Tweede versie van voorontwerp : rechtstreeks inzagerecht en de Orde.....	33
3.	Het wetsvoorstel VISEUR-PAQUE .....	35
1.	De vrije arts-patiëntrelatie .....	35
2.	Een werkbare informatieplicht .....	36
3.	Een werkbaar informed consent.....	37
4.	Het recht op weigering van zorgen.....	37
5.	Dossier en vertrouwensarts.....	37
6.	Klachten en een bemiddelaar.....	37
4.	Wat met patiëntenrechten en medische aansprakelijkheid in de Eis-tijd ? .....	38
VII.	De oncologie en de oncologische zorgprogramma's.....	40
VIII.	Urgentiegeneeskunde.....	42
IX.	De hertekening van het ziekenhuislandschap.....	44
1.	De "ziekenhuispatiënt" en de wet van de "oneigenlijke contracten".....	44
2.	"Iatrisme" .....	45
3.	Het "ontslag" van de ziekenhuisarts.....	46
4.	Met de Raad van State als bondgenoot tegen sexismen en oneigenlijke contracten ..	46
5.	Het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg.....	47
6.	Universiteiten en referentiecentra .....	49
7.	Zorgnetwerken, fusies en afzonderlijk beheer.....	50
8.	Het budget van financiële middelen van het ziekenhuis .....	52
9.	De kosten veroorzaakt door de geneeskundige verstrekkingen die niet vergoed worden door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis .....	54
X.	Overzicht van enkele juridische procedures ingeleid of afgehandeld in 2001.....	54
XI.	Enkele beroepsverenigingen in vogelvlucht.....	56
1.	Cardiologie .....	56
2.	De stomatologen en de tandheelkunde.....	57
1.	Eerste bedrijf : de voltreffer van de « autonome » uitoefening .....	57
2.	Tweede bedrijf : de parodontologie .....	57
3.	Gynecologie-verloskunde .....	58
4.	Neurologie – Psychiatrie - Neuropsychiatrie .....	58
1.	Neurologische spanning.....	58
2.	... en psychiatrische crisis.....	59
5.	Oftalmologie .....	60
XII.	De nieuwe definitie van de uitoefening van de verpleegkunde .....	60
XIII.	BESLUIT .....	61

## I. DE POLITIEKE ACHTERGROND

### I.1. Blijft de regenboog vier jaar in het zwerk ?

Het natuurfenomeen regenboog is een voorbijgaand verschijnsel van atmosferische aard. Het politiek fenomeen is eveneens een voorbijgaand verschijnsel, maar zeer aards van natuur. De tweede helft van 2001, midden het Europees voorzitterschap van VERHOFSTADT en België, begonnen de speculaties over een epuratie van de zwakke figuren in de regering, een herschikking, een wissel ...

Premier VERHOFSTADT wou begin 2002 de insinuaties ontcrachten door met een prioriteitenlijst de laatste rechte lijn in te gaan naar de verkiezingen van 2003. Maar communautaire gekissebis met ondermeer Ecolo deed de geruchtenstroom alleen maar aanzwellen.

Minister VANDENBROUCKE was het ganse jaar 2001 niet uit de media weg te branden. Zijn repetitieve goed-nieuws shows i.v.m. sociale voorzieningen, terugbetaling van nieuwe medicatie, de maximumfactuur enz. .., versterkte in Vlaanderen alleen maar het gevoel van pre-electurale koorts. Slechts vierde grootste partij in Vlaanderen, wil de Socialistische Partij – Anders (S.P.-A.) scoren tegenover de Vlaamse Liberalen en Democraten (VLD) die, gebruikmakend van de zwakke oppositie door de verdeelde en uiteenvallende Christen Democratisch & Vlaams (CD&V), dé volkspartij bij uitstek – en dus de grootste – van Vlaanderen wil worden. AGALEV wordt op eigen terrein verslagen door de SP en de nieuwste PCB-kippen zullen de groenen geen goed doen.

In Wallonië speelt Elio DI RUPO (Parti Socialiste) virtuoos de eerste viool met Louis MICHEL (PRL) als orkestleider. Ergens in de orkestbak mag de PSC de triangel vasthouden. Het onderlinge ECOLO-geruzie omwille van toegevingen i.v.m. lokale ruimtelijke ordening en een zwak scorende Isabelle DURANT, zorgen voor storende dissonanten in de partituur. Federaal moet VANDENBROUCKE opboksen tegen DI RUPO die dure medische verworvenheden in het Zuiden wil bestendigen.

Met de tanende economie, verdween ook de schwung in de regering, verdoezeld door de relatieve successen van de Europese topconferenties met de Verklaring van Laken als bescheiden orgelpunt.

### I.2. Het TIMISOARA van het euthanasiedebat

Op 25 oktober 2001 om 21.58 uur werd in het universitair Erasmusziekenhuis van de U.L.B. prinses Elisabeth geboren, dochter van Prins Filip van België en zijn gemalin, Prinses Mathilde.

Luttele minuten voordien keurde de Senaat met ruime meerderheid van 44 stemmen vóór, 22 tegen en 2 onthoudingen, het wetsvoorstel over euthanasie goed. Onder de regeringspartijen viel op dat Paul GALAND (Ecolo) en Alain DESTEXHE (PRL) zich onthielden. Bij de PRL waren er zelfs drie tegenstemmers, Olivier DE CLIPPELE, Christine CORNET D'ELZIUS en Nathalie T'SERCLAES, alle drie van adel zoals "De Morgen" liet opmerken.

Nochtans zijn velen van oordeel dat het geen goede wet is. Vele artsen menen dat een goede euthanasiewet wishfull thinking is, en blijven van oordeel dat er beter geen wet zou komen. De uitbreiding naar de niet-terminale patiënten is voor vele politici een brug te ver.

De Kamercommissie voor Volksgezondheid, leefmilieu en maatschappelijke hernieuwing heeft op 16.01.2002 een reeks adviezen overgemaakt aan de Kamercommissie voor Justitie, die hierover eerstdaags zal beraadslagen.

Meerderheid tegen minderheid werden volgende belangrijke voorstellen tot wijziging van het ontwerp ingediend : een toevoeging in verband met de bescherming van de apotheker die euthanasiërende farmaca aflevert; met de verplichting de apotheker te informeren dat het afgeleverde product zal dienen om een patiënt te euthanasiëren; met de terminale situatie van minderjarige patiënten; met het uitsluiten van “euthanasie” bij zuiver psychiatrisch lijden; met het beter informeren over en het ondersteunen van de palliatieve filter; met de verplichte raadpleging van de huisarts zo die er is; met de onbruikbaarheid van een voorafbestaande wilsverklaring bij dementie; en met het aanhoren van de arts, die, indien de anonimiteit door de evaluatiecommissie wordt opgeheven, zijn handelwijze wenst toe te lichten.

De commissie heeft ook de optie verworpen om het wetsontwerp uit te breiden tot hulp bij zelfdoding, net zoals ze met 9 tegen 7 stemmen en 1 onthouding het voorstel verwierp om strafbepalingen te voorzien in het wetsontwerp.

Maar de optie om het wetsontwerp te beperken tot “terminale” aandoeningen haalde het nipt niet : 8 voor, 8 tegen en 1 onthouding. De vraag stelt zich of dergelijk resultaat wel de weerspiegeling is van wat er onder de bevolking leeft. Laat staan van wat er onder de “executeurs” van de euthanasie leeft.

Meerdere Kamerleden toonden zich gereserveerd over het Senaatsontwerp, zeker nadat ze toch ook twijfel onderkenden bij de uitgenodigde Nederlandse SCEN-artsen (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). De ruchtmakende artikels over HALP (handelswijzen van artsen rond het levenseinde van patiënten) in binnen- en buitenland noem ik het Timisoara van de euthanasie, met andere woorden, het prototype van georchestreerde media-desinformatie. Met enkele tientallen opgegraven lijken van aan een natuurlijke doodsoorzaak overleden patiënten, werd de wereld op 22 december 1989 overtuigd dat de Roemeense politieke politie van de Ceausescu's in Timisoara 4.630 burgers had afgeslacht. Dit bericht deed de revolutie kantelen en het echtpaar Ceausescu werd op Kerstdag 1989 gefusilleerd na een haastig pseudo-proces. De “informatie” over euthanasie moest aantonen dat in Vlaanderen honderden patiënten zonder meer om het hoekje werden geholpen.

Eén van de co-auteurs, Dr. Marc COSYNS, relativeert de enorm hoge “euthanasiecijfers” in de krantenkoptitels van 1999 en de Lancetartikels nadien, door publiek te verklaren (o.m. in “De Morgen” van 10.12.2001) dat het in vier op vijf keer gaat over een zuiver medische zorgbehandeling voor patiënten die op een zucht van hun natuurlijke dood staan.

De cijfers waarop het hele euthanasiedebat gebaseerd zijn, stroken allesbehalve met de werkelijkheid. Heeft de Kamercommissie Justitie niets anders te doen dan dergelijke “eye catchers” in de pers te legaliseren, om tot de selecte club van euthanasiërende naties te kunnen toetreden ? Wachten de indienende VLD-senatoren op nog meer strapatsen à la DE DECKER, ook al hevig voorstander van een euthanasiewet, om via de affaire

DUTROUX, de Belgische Justitie nogmaals internationaal in een negatief daglicht te zetten ? Of durven de initiatiefnemers niet bekennen dat ze zich vergalopperd hebben ?

In het prioriteitenlijstje van de regering is trouwens niets terug te vinden over euthanasie, en na zijn veelvuldige bezoeken aan zijn Europese collegae, zal premier VERHOFSTADT wel weten dat in één van de machtigste EU-naties, Duitsland, dit onderwerp, om evidente redenen, gewoonweg onbespreekbaar is. Al is de context vandaag gans anders, economische motieven kunnen tot ondenkbaar onmenselijk handelen leiden.

Dames en Heren Parlementariërs, collegae, burgers, mijn persoonlijke oproep is : begraaf dit juridisch gedrocht. Stop ermee de valse schijn te wekken dat er (nog) een pseudo-probleem "euthanasie" bestaat terwijl het echte probleem van de therapeutische hardnekkigheid en van de niet adequate pijnbestrijding, dankzij de vele vruchtbare debatten over dit delicate onderwerp, aan een oplossing toe is. Maak daar werk van. Leg daar de nadruk op.

## **II. DE UITVOERING VAN HET AKKOORD ARTSEN- ZIEKENFONDSEN VAN 18.12.2000**

### **II.1. De cijferdans**

#### ***II.1.1. De uitgangspunten***

Met de nota Doc. NCGZ 2000/32 bis van 30.05.2000 had ondergetekende, als toenmalig voorzitter, namens de BVAS een behoeftenraming aan bijkomende middelen voor de periode 2001-2003 ingediend voor een bedrag van 30,54 miljard BEF. Op 06.06.2000 gingen de leden van het Kartel akkoord met een afgeslankte versie ter waarde van 20,3 miljard BEF over drie jaar. Hiervan was 15,75 miljard of 77,6 % bestemd voor de intellectuele acten of 5,25 miljard per jaar. De expliciete vraag van onze bank was om drie jaar na elkaar de intellectuele acten met 10 % te verhogen. Voor de huisartsen gaat het om de huisbezoeken en raadplegingen, voor de specialisten om de raadplegingen, toezichtshonoraria en psychotherapieën.

Het mocht niet baten. Van de 9,142 miljard die in totaal voor 2001 werd gevraagd, werd maar 2,85 miljard gebudgetteerd. Budgetoverschrijdingen waren dus onafwendbaar, net als het nemen van correctiemaatregelen zoals voorzien in punt E van het akkoord. I.p.v. de jaarlijkse 5,25 miljard om de intellectuele acten op te waarderen bekwamen de artsen slechts 625 miljoen in 2001. Het akkoord voorzag voor 2002 ook 625 miljoen, maar dan diende de medico-mut volgens punt B III van het akkoord vóór 01.12.2001 de precieze bestemming onder de intellectuele acten te hebben aangeduid. T.g.v. de jacht op besparingen samen met de enorm tijdrovende vergaderingen van de "Task Force Perl", werd dit niet gerealiseerd.

Theoretisch zou deze 625 miljoen voor 2002 als verloren kunnen worden beschouwd, net zoals de 400 miljoen voor de uitbreiding van het globaal medisch dossier, de 325 miljoen voor de verdere uitvoering van het akkoord en de 190 miljoen voor de informatica ondersteuning van de huisartsen.

De 625 miljoen voor de intellectuele acten duiken terug op in het indexdebat (cfr. II.1.4.).

## **II.1.2. De besparingsmachine VANDENBROUCKE**

Bij de start van het opstellen van de begroting 2002 in het voorjaar 2001, en nadien bij de budgetcontrole van de uitgaven van het eerste trimester 2001, in juni 2001, stelde de Commissie voor budgetcontrole van het RIZIV (C.B.C.) vast dat de "knipperlichten" van het K.B. van 05.10.1999 (B.S. 09.11.1999), dat artikel 51 van de wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen (G.V.U.-wet) uitvoert, op rood stonden voor alle medische verstrekkingen, behalve voor de intellectuele acten (raadplegingen, huisbezoeken en toezicht). (cfr. tabel 1).

Bij een preliminaire budgetcontrole van het eerste semester 2001, bleken ook de knipperlichten voor de toezichtshonoraria op rood te staan. Alleen de consultaties en huisbezoeken bleven nog binnen het toegelaten budget.

De chronologie van de werkzaamheden van de C.B.C. zorgde er voor dat eerst en – dankzij de stakingsacties vanaf september 2001 – uitsluitend de nefrologen het slachtoffer werden van de ambtshalve "automatische en onmiddellijke vermindering van de honoraria" (G.V.U.-wet art. 51 § 2, 1°). Dientengevolge legde de Overheid de nefrologen een recuperatie op van 203,2 miljoen BEF onder vorm van een honorariumreductie met 15 % in de periode 01.09 tot 31.12.2001 (cfr. tabel 2). Voor 2002 stelde de Algemene Raad van het RIZIV een honorariumreductie met 5 % voor tenzij er zou worden overgegaan tot een andere financieringswijze (cfr. Task Force Perl, punt III). Voorlopig factureren de nefrologen vanaf 01.01.2002 terug aan de waarde van vóór de besparingsmaatregel.

De wet van 19.07.2001 (B.S. 28.07.2001 – ed. 2) wijzigde de artikelen 59 (klinische biologie) en 69 (radiologie) in die mate dat – bovenop de 1.200 miljoen besparingen in de klinische biologie die VANDENBROUCKE unilateraal ten eeuwigden dage had bestendigd alhoewel het akkoord artsen-ziekenfondsen van 01.12.1999 deze besparing had beperkt tot een éénmalige ingreep in 2000 – de klinisch biologen bijkomend 883 miljoen dienen te besparen in 2001 én in 2002 en de radiologen – bovenop de inlevering via de nomenclatuur van 651 miljoen BEF (K.B. 30.05.2001 – B.S. 01.06.2001) in voege vanaf 1 juni 2001 – 1.521 miljoen BEF extra dienden in te leveren in 2001. De forfaitaire honoraria daalden tussen 01.09 en 31.12.2001 gemiddeld met +/- 25 % in de klinische biologie (cfr. tabel 3) en met 20 tot 89 % in de radiologie (tabel 4).

Als toetje legde de Regering de radiologen en biologen samen nog een miljard bijkomende besparingen op. De radiologen vonden een oplossing via punctuele nomenclatuurwijzigingen ten bedrage van 486 miljoen in 2002, gepland vanaf 01.04.2002 (of 648 miljoen op jaarbasis).

Vermits de ganse biologie voor 75 % forfaitair wordt betaald, is het niet meer mogelijk punctuele besparingen in de nomenclatuur te vinden die honderden miljoenen opleveren. Derhalve worden hun forfaitaire honoraria nogmaals verlaagd, nu met een bedrag van 514 miljoen BEF.

Tabel 5 toont een overzicht van alle soorten besparingen, onderverdeeld in vier categorieën, met hun al dan niet cumulerend effect over de jaren 2001, 2002 en 2003. Alleen over de besparingen via de nomenclatuur (categorie 1) (tabel 6) hebben de artsen via de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen nog enige medezeggenschap. De terugvorderingen in de klinische biologie en in de radiologie (categorie 2), de toepassing

van het knipperlichtenbesluit (categorie 3) en de aanslag op de index (categorie 4) (cfr. II.1.3.) zijn het monopolie van VANDENBROUCKE.

De besparingen via de Technisch Geneeskundige Raad (T.G.R.), onder voorzitterschap van Dr. Jacques de TOEUF, tevens BVAS-voorzitter, krijgen gebruikelijkerwijze veel kritiek. Vooral de besparingsronde van december 2001 wordt streng be- en veroordeeld door de brede groep van inwendige disciplines, ondermeer door de cardiologen en de reumatologen.

De regeringsopdracht was, vóór 15.12.2001 1,6 miljard besparingen vinden in de nomenclatuur én 1 miljard in de biologie/radiologie. Artikel 44 van de Programmawet van 30.12.2001 (B.S. 31.12.2001) formuleerde het wel zeer cru : indien de medico-mut niet zelf vóór 31.12.2001 besparingen vond ter waarde van 40 miljoen EURO (dat is 13,596 miljoen BEF meer dan de 1.600 miljoen BEF die eerst door de Regering was gevraagd), dan kon VANDENBROUCKE om het even welke nomenclatuurswijziging doorvoeren in de periode 01.01.2002 tot 30.04.2002.

De voorzitter van de T.G.R., bestaande uit de universitaire delegatie, de verzekeringsinstellingen en de artsensyndicaten, wou de besparingsdriftige VANDENBROUCKE niet de vrije hand geven. De minister had hem wel een lange lijst overhandigd met "ideeën" die hij geplukt had van zijn (zeer degelijk geconstrueerde en goed bijgewerkte) website en uit briefwisseling en mondelinge suggesties van artsen.

Waar Jacques DE TOEUF nauwelijks ideeën had ontvangen in antwoord op zijn vraag dd. 27.07.2001 aan alle monogespecialiseerde commissies – en derhalve indirect ook aan de verschillende VBS-beroepsverenigingen – om besparingsvoorstellen te doen in hun eigen discipline, zo kreeg de minister blijkbaar wel een waslijst met besparingsvoorstellen. Of de indieners gedreven werden door wetenschappelijke "Evidence Based" motieven dan wel door het principe dat er beter kan gemaaid worden op andermans wei waar het gras altijd groener is, viel niet af te leiden uit de lange ministeriële waslijst met "besparingsideetjes".

Uit die lijst selecteerde de T.G.R. op 11.12.2001 voor 1.667 miljoen BEF besparingen, waarna ook nog een discussie volgde die resulteerde in een punctuele besparing in de radiologie ter waarde van 648 miljoen BEF, m.a.w. de door de Regering geëiste 486 miljoen in 2002 (over 9 maanden). (Vermits het Verzekeringscomité van 28.01.2002 besliste de besparingen al per 01.03.2002 in voege te doen gaan, wordt de besparing in de radiologie in 2002 gedurende 10 i.p.v. 9 maand 540 miljoen BEF).

Naast die lijst, legde CM-nomenclatuurexpert Dr. Rob VAN DEN OEVER ter zitting van diezelfde T.G.R. van 11.12.2001 een omstandig uitgewerkt voorstel aan de vergadering voor.

*Ik citeer : "De doelstelling is het invoeren van een beperkte cumulregel voor de raadpleging en dit met een of meerdere technische diagnostische verstrekingen met het oog op het realiseren van een besparing in de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering. De raadpleging met technische verstrekingen boven een bepaald plafondbedrag, wordt nog slechts terugbetaald aan de helft van het honorarium (waarbij het remgeld voor de patiënt hetzelfde blijft bij een consultatiehonorarium aan 100 % of aan 50 %)".*

Als voordelen geeft VAN DEN OEVER aan dat de maatregel (citaat) :

1. eenvoudig toepasbaar is door het invoeren van enkele toepassingsregels



2. *vergelijkbaar is met een reeds bestaand precedent in de nomenclatuur tandheelkunde (artikel 5)*

3. *selectief is in zijn effect en de disciplines spaart waar er voornamelijk met intellectuele honoraria wordt gewerkt (pediatrie, geriatrie, psychiatrie, ...), maar de systematische cumulatie remt van meerdere technische prestaties tijdens de raadpleging voor andere specialismen (cardiologie, gastro-enterologie, pneumologie, ...).*

Al naargelang VAN DEN OEVER het plafondbedrag op 1.500, 2.000, 2.500 of 3.000 BEF legde, onttrok hij resp. 955, 740, 565 of 452,5 miljoen aan de consultatiehonoraria. De lat werd op 3.000 BEF gelegd of 452,5 miljoen BEF besparingen, waarvan 370 bij de inwendige en 82,5 bij de chirurgische disciplines. De huisartsen kwamen de facto niet in aanmerking voor deze vorm van besparingen.

Zij kwamen wel aan bod bij het laatste voorstel van Dr. VAN DEN OEVER dat het honorarium voor de aanwezigheid van een arts bij een operatie schrapte. Dit is niet het verlenen van assistentie bij de operatie zelf. Deze maatregel zou 100 miljoen opleveren, 70 bij de huisartsen en 30 bij sommige specialisten.

T.G.R.-voorzitter DE TOEUF, zelf niet stemgerechtigd (G.V.U.-wet art. 28 § 2), legde het ganse pakket besparingen ter stemming voor. Op de onthouding van de twee aanwezige Kartel-leden na, werd het geheel, ter waarde van 2.229,2 miljoen BEF goedgekeurd.

Ter gelegenheid van de BVAS-beheerraad van 12.12 en van het V.B.S.-bestuurscomité van 13.12.2001 kwamen heel wat zowel objectieve (splitsen van consultaties en technische verstrekkingen over de tijd of over verschillende collega's) als subjectieve (de inwendige geneeskunde "zwaarder" aangepakt dan de chirurgische, etcetera ...) bemerkingsen naar boven.

De vergadering van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van 17.12.2001 weerhield derhalve de bijkomende besparingsmaatregelen van VAN DEN OEVER (552,5 miljoen BEF) niet, en beperkte zich tot de door de T.G.R. goedgekeurde selectie uit de ministeriële lijst ter waarde van 1.667 miljoen BEF.

De wettelijke verplichting was volbracht om erger te voorkomen, maar er was geen reserve meer om eventueel een deel van de medische prestaties, met name de intellectuele acten van artikel 2 toch vanaf 01.01.2002 te indexeren met 2,82 % (cfr. II.1.3.) Voor de index restte er nog één enkele mogelijkheid als alternatieve financieringsbron : met name de besparingen via het referentiebedrag voor standaardoperaties die minimaal 400 miljoen moeten bedragen volgens de regeringsverklaring, maar waarschijnlijk een veelvoud ervan kunnen opleveren. Die kans kon nog worden gegrepen in de finale vergadering van de Task Force Perl van dinsdag 18.12.2001. Maar door de stugheid van de ziekenhuisbeheerders liep ook deze poging op een sisser uit. We komen er verder op terug (cfr. III).

Sinds zijn aantreden zomer 1999, zal de besparingsmachine VANDENBROUCKE bijna 25 miljard hebben binnengerijfd : 0.800 in 2000 (klinische biologie), +/- 5.8 in 2001, +/- 12.4 in 2002 en, nu al gekend, minstens 5.9 in 2003.

Het Verzekeringscomité keurde op 28.01.2002 het ontwerp-K.B. goed om de besparingen beslist op 17.12.2001 in uitvoering te brengen. Deze inlevering met 1.667 miljoen BEF op jaarbasis zal in voege treden op 01.03.2002.

Ter herinnering : van de gevraagde opwaardering met 15,75 miljard voor de intellectuele acten werd nog maar 0,625 miljard uitgevoerd. Geen vestzak-broekzak operatie, maar

dokterszak-staatszak operatie. Enkele reis dus naar de bodemloze put van de vele dure structuren die als paddestoelen uit de staatsgeneeskundige grond schieten.

### ***II.1.3. Reactie van de radiologen, biologen, nefrologen***

#### ***II.1.3.1. Zeer goed opgevolgde stakingsoproep***

Op 07.08.2001 riep het VAS (Vlaams Artsensyndicaat) de Vlaamse vleugel van de BVAS (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten) alle Vlaamse radiologen, klinisch biologen en nefrologen in Antwerpen samen om te beraden hoe er moest gereageerd worden op de wetswijzigingen inzake medische beeldvorming en klinische biologie, en op het selectief op rood zetten van het knipperlicht voor de nierdialyse en tegen het moedwillig onderbudgetteren van de gezondheidssector in zijn geheel.

Met ruim 100 stemmen vóór en 2 tegen, besliste de vergadering om, zodra de verlofperiode voorbij was, samen met de Franstaligen van de BVAS en met het VBS, o.m. via zijn specifieke beroepsverenigingen, de NUR (Nationale Unie der Radiologen) en de Belgische Beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Medische Biopathologie, een zorgenbeperkingsactie te organiseren. Meteen riepen de getroffen specialisten de collegae van de andere disciplines op om actief deze stakingsactie te steunen.

In continu overleg met VBS en BVAS werd op 05.09.2001 beslist van alle artsen op te roepen om onmiddellijk de conventie voor 2002 op te zeggen, en om zich te beperken tot zondagsdienst in de diensten radiologie en biologie, om de dialyse verder uit te voeren maar de nefrologen geen consultaties te laten verrichten, en om alle andere collegae te vragen zich te beperken tot dringende technische onderzoeken. Met andere woorden "Naked hands medicine". Deze actie werd gepland over twaalf dagen : eerst drie (maandag 17 tot woensdag 19 september), dan vier (maandag tot donderdag 4 oktober) en voorlopig tot slot vijf dagen (van maandag 15 tot en met vrijdag 19 oktober 2001).

De eerste actie van zorgbeperking op 17, 18 en 19 september was een voltreffer. Dag na dag gaf het kabinet AELVOET bulletins uit die in feite zegebulletins waren voor de organisatoren van de zorgbeperking. Urgenties werden overal correct opgevangen, zoals uitdrukkelijk vooraf gepland.

De meeste ziekenhuizen steunden volop hun actievoerende artsen, ondanks het onbegrip van V.V.I.-directeur, Dr. Carine BOONEN (cfr. ook III. 6). De universitaire ziekenhuizen foeterden maar staakten uiteraard niet mee. Zij hopen via hun geflikflooi met (het kabinet) VANDENBROUCKE enkele honderden miljoenen die bespaard worden op de artsenhonoraria terug te krijgen via hun B7-deel van de ligdagprijsvergoeding.

Slechts enkele privé klinische laboratoria hebben de moed om de actie van hun ziekenhuiscollegae effectief te steunen. Ze lichtten hun voorschrijvende (huis-)artsen in waarom de zorgen dienden te worden beperkt en waarom ze op wachtdienstregeling overschakelden.

We herhalen onze bijzondere waardering voor deze klinisch biologen. De grootste roepers om toch maar gewoon voort te werken – uit schrik dat de bikkelharde concurrentie anders met hun voorschrijvende artsen zou gaan lopen – zijn dezelfde als degenen die eind de jaren zeventig tot ver in de jaren tachtig het medisch specialisme klinische biologie gedegradeerd hebben tot een platte commercie en hun grove winsten goed – of minder

goed – belegden in zeer gevarieerde bedrijven gaande van voetbalploegen tot innoverende genetische ontwikkeling van geneesmiddelen of laboratoriumtesten.

Vanuit mutualiteitszijde wordt tegen de staking geageerd. De Socialistische Mutualiteit maakt zelfs (betaalde ?) publiciteit in “De Morgen”, de “Nieuwe Gazet” en de “Gazet van Antwerpen” onder de eye-catcher : “Stakingen kunnen uw gezondheid schaden”.

### **II.1.3.2.      Commentaar in de media en van VANDENBROUCKE**

Gepikeerd door het grote succes van de specialistenactie, ging minister VANDENBROUCKE maandagochtend 17.09.2001 volledig uit de bol in een rechtstreeks debat op Radio 1 met ondergetekende. Woordspelletjes over wetten die in de maak zouden zijn en Koninklijke Besluiten die wel degelijk al van toepassing zijn, bedierven de pret volledig en maakten, eens te meer, het spektakel ongenietbaar, want onbegrijpelijk. Bij het buitengaan uit de studio, kreeg Frank VANDENBROUCKE een van zijn inmiddels berucht geworden woede-uitbarstingen, waarbij de termen die rechtstreeks de ether waren ingegaan alleen maar benigne prodromi bleken.

Twee VRT-cameraploegen die ons opwachtten voor een TV-interview moesten enigszins beduusd dit verbaal ministerieel geweld mee aanhoren.

Is dat de dialoog waartoe de toenmalige SP-voorzitter Frank VANDENBROUCKE alle Vlaamse artsen had opgeroepen met zijn belerende open brief van 20.10.1992 ? Dr. Louis BECKERS, op dat moment BVAS-voorzitter, noemde het ooit de dialoog van meester tot knecht. Omdat de problemen nog steeds even actueel zijn citeer ik een stukje uit zijn open antwoord van 02.11.1992 :

*“De geneesheren hebben zich inderdaad grote offers getroost om een behoorlijke verzorging te verzekeren met eerder bescheiden middelen. Ik ben al de tel kwijt van het aantal keren dat zij een volledige of een gedeeltelijke indexesprong (wat voor U “onbespreekbaar” is als het om andere werkers gaat) hebben aanvaard omwille van de uitgavenstijging in de ziekteverzekering. Zulke indexesprong is nochtans méér dan een lineaire vermindering van de koopkracht : alle kosten die wij op onze honoraria ten laste nemen stijgen sneller dan de inflatie, en de plethora die jullie, politici, opzettelijk hebben georganiseerd, maakt de zaak nog veel erger, vooral voor de minderbegoede jongeren, maar ook voor sommige ouderen, waarvan velen blijven werken na de pensioenleeftijd omdat ze helemaal niet “binnen” zijn, maar het geld nodig hebben.*

*Tegenover de geneesheren maakt U dus zeker geen kans met uw zoetsappig belerend proza. Zij weten best aan hoeveel beperkingen en hoeveel zinloze bureaucratistische betutteling ze reeds onderworpen zijn in naam van een “solidariteit” waarbij iedere onbevangen waarnemer zich steeds grotere vragen stelt. ...”*

*...” Jullie zijn opnieuw bezig te proberen aan de bevolking een systeem op te dringen dat aan de mensen verbiedt zich in te mengen in hun eigen zaken. De geneesheren trappen daar niet meer in en de bevolking begint ook stilaan door te hebben wie haar bedriegt, en hoe gevaarlijk het is om het oor te lenen aan de heerschappen die zeggen dat ze de bevolking willen behoeden voor de “vrijheid van de vos in het kippenhok”, maar die ons in ruil de vrijheid van de kippen op de legbatterij willen schenken. Zolang jullie maar de eieren mogen rapen.”*

Dat was 10 jaar geleden en dus Oude Politieke Cultuur. Binnen de Nieuwe Politieke Cultuur vergemakkelijkt minister VANDENBROUCKE de dialoog door om de haverklap wetten en besluiten aan zijn inzichten aan te passen en minister AELVOET heeft intussen een instituut dat eieren voor haar moet rapen ...

In de media-acties bakt hoofdredacteur Luc VANDERKELEN van "Het Laatste Nieuws" het wel erg bruin op 19.09.2001. Onder de titel "Hoe meer ze verdienen, hoe heldhafter ze staken" schrijft hij over radiologen en biologen :

"De dokters gebaren van kromme haas. De regering moet de huisartsen maar dwingen om minder onderzoeken aan te vragen, is hun stelling. "Wij zijn uitvoerders" zeggen de stakende specialisten. "Wij zijn uitvoerders". Ja, dat zei dokter MENGELE ook. Het is een lafhartige redenering. Medici horen hun verantwoordelijkheid op te nemen..."

Ik citeer ons editoriaal van het oktobernummer 2001 van "De Geneesheer-Specialist" *"Het is een lafhartige redenering van VANDERKELEN om laaghartige nonsens als een vergelijking met de nazi-beulen op papier te zetten. Een flagrante uiting van ethische normvervaging die de krant waarvoor de auteur werkt niet tot eer strekt."*

VANDERKELEN was wel zo wijs niet te vermelden dat de nefrologen zich beperkten tot het opschorten van hun consultaties. Stoppen met dialyseren vanaf een bepaalde leeftijd – met een gewisse dood tot gevolg – zoals in sommige van onze geciviliseerde Europese buurlanden – hoort niet tot onze actiepunten.

Voor een Vlaming is het elke dag opnieuw een bizarre ontdekkingsstocht om de Vlaamse media, en in het bijzonder de kranten, te vergelijken met de Franstalige. De artsen krijgen doorgaans een positievere pers in Franstalig België en er wordt ook meer aandacht besteed aan medico-sociale problemen.

Voor de specialisten en de BVAS-stemmers komt daar nog de handicap bovenop dat de VUM-groep een historische sympathie koestert voor het "Vlaamse" ASGB. Het toenmalige artsensyndicaat van Dr. Marcel DE BRABANTER hielp immers het failliete "De Standaard" redden op 21.06.1976 met 300.000 BEF (cfr. Hugo DE RIDDER, "Geen blad voor de mond", Lannoo, 2001, hoofdstuk 5 "Een krant kun je kopen, een redactie niet", pag. 114).

### **II.1.3.3. Resultaten**

Terug naar de actie !

De aangekondigde actie van zorgbeperking van 1 tot 4 oktober wordt volgens plan uitgevoerd. Het bericht dat de VLD het budget 2002 voor de gezondheidszorgen wil beperken tot 568 miljard, had alleen tot gevolg dat nog meer collegae dan voorheen overtuigd waren dat actie nodig was om hoger budget af te dwingen. Zoals bij de eerste actie, zijn het vooral de radiologen die het voortouw nemen.

Op 03.10.2001 roept de BVAS samen met het VBS de actievoerders opnieuw samen voor beraad. Ondertussen had minister VANDENBROUCKE aangekondigd dat hij een aantal structurele maatregelen zou nemen waarbij hij rekening zou houden met de doelstellingen van de artsen. Binnen de Regering waren de meningsverschillen over de gezondheidszorgbegroting nog niet van de baan. De "State of the Union" van Premier VERHOFSTADT werd pas op 09.10.2001 verwacht. Derhalve werd de volgende actie – een algemene stakingsactie van alle specialisten – uitgesteld tot 29, 30 en 31 oktober 2001. De oproep om te deconventioneren wordt herhaald en geactiveerd.

Op 17 oktober 2001 stelt het BVAS-bureau vast dat het "definitief interimverslag" van de Task Force Perl een aantal positieve elementen voor het artsenkorps bevat. Om de verdere onderhandelingen niet de hypoteceren wordt, in overleg met het VBS, beslist om de staking aangekondigd voor eind oktober, op te schorten sine die.

Als concrete resultaten van 7 dagen actie kunnen we opsommen dat :

1. ondanks de rode knipperlichten voor alle medische verstrekkingen – behalve de raadplegingen en huisbezoeken – geen terugvorderingen werden georganiseerd zoals voor de dialyse en zoals voorzien in artikel 51 van de G.V.U.-wet;
2. ondanks de dreigementen van de VLD, het budget gezondheidszorg verhoogd werd van 568 naar 581,5 miljard BEF, waarbij specifiek 1,971 miljard BEF extra voor de geneesherenhonoraria (nota C.G.V. nr. 2001/290 4<sup>de</sup> add. dd. 04.12.2001), met o.a. 312,7 miljoen voor de klinische biologie en 561,8 voor de medische beeldvorming.
3. we een stevige positie hadden verworven om te discussiëren in de Task Force Perl (cfr. ook III).

## **II.1.4. Casus belli voor de huisartsen : de halvering van de index**

### **II.1.4.1. Het akkoord als vodje papier**

Op 26 maart 2001 riep minister VANDENBROUCKE de pers bijeen om hen mee te delen dat het budget 2001 met 5 miljard BEF dreigde overschreden te worden en dat ondermeer de artsen dienden in te leveren, 1.050 miljoen BEF.

Half 2001 bleek de overschrijding veel groter te zullen zijn, 7 à 8 miljard. De van de artsen geëiste inlevering steeg niet gelijkmatig met 50 à 60 %, maar werd praktisch vervijfvoudigd. Dit bleek uit de detailnota gevoegd bij de "State of the Union" van premier VERHOFSTADT op 9 oktober 2001. In de begrotingsopmaak 2002 steeg de van de artsen geëiste inlevering liefst naar 5.100 miljoen. Zoveel geld vinden gaat alleen via drastische ingrepen. De verstrekkers die van honoraria leven werden gedurende 6 maand beroofd van hun index. De grootste brok van die besparingen viel de artsen te beurt : 2.500 miljoen indexinlevering op een totaal van 3.750 miljoen of exact twee derden. Het personeel dat ze uit hun honoraria moeten betalen, wordt wel correct geïndexeerd. Die verpleegkundigen en kinesitherapeuten die leven van honoraria worden ook geslachtofferd. De werknemers uit deze beroepscategorie krijgen een speciale financiële injectie, o.m. 570 miljoen voor de georganiseerde thuisverpleging. Alle Belgen zijn immers gelijk voor de Wet !

Punt B, I, 3 van het akkoord van 18.12.2000 stipuleert dat de honoraria worden geïndexeerd in 2002, volgens de wettelijke regels (K.B. 08.12.1997; B.S. 23.12.1997) en dat de toewijzing van de indexmassa door de medico-mut wordt onderhandeld vóór 01.12.2001.

Indien er geen specifieke afspraken worden gemaakt over een eventuele preferentiële toewijzing van een stuk van de index aan een of andere verstrekking of groep van verstrekkingen, dan worden normaliter alle prestaties gelijkmatig geïndexeerd. Voor 2002 zou dit met 2,82 % moeten zijn.

Ondanks de begrotingsopmaak in oktober 2001, was er helemaal niets wettelijk gewijzigd aan het indexeringsmechanisme ... tot het K.B. van 12.12.2001 dat slechts op 28.12.2001 in het Belgisch Staatsblad verscheen. Dit K.B. ontnemt dus de zelfstandige zorgverstrekkers een half jaar hun index. Nog uit het akkoord stappen was op dat moment onmogelijk. Dit diende immers vóór 15.12.2001 te gebeuren.

Na het bestendigen van de bij akkoord afgesproken éénmalige besparing met 1.200 miljard in de klinische biologie begin 2001, na de wetswijziging van 17.07.2001 betreffende de biologie en de radiologie, wijzigt minister VANDENBROUCKE voor de derde maal binnen éénzelfde jaar unilateraal de regels van het akkoordensysteem.

Vooral de huisartsen voelden zich geïsoleerd. Vermits de raadplegingen en huisbezoeken netjes – en als enige sector – binnen het budget waren gebleven (cfr. tabel 1), vermits ze al grote inspanningen hebben geleverd in het voorschrijven van generische, vermits ze meer en meer geresponsabiliseerd worden, riep een "adviescomité ad hoc" van Vlaamse huisartsenverenigingen, met als woordvoerder de voorzitter van het Vlaams Huisartsenparlement (V.H.P.), Piet VANDEN BUSSCHE, op 28.12.2001 in de media de huisartsen op om vanaf 01.01.2002 toch hun honoraria te indexeren. Een raadpleging moet 16 euro kosten (645 BEF, in 2001 627 BEF) een huisbezoek 20,5 euro (827 BEF, in 2001 803 BEF).

#### **II.1.4.2. Socialistisch en Christelijk fundamentalisme**

Omwille van dit "patiëntonvriendelijk en onwettelijke supplement" van resp. 18 BEF (0,45 euro) en 24 BEF (0,59 euro) schiet de huisartsvriendelijke Frank VANDENBROUCKE meteen met scherp : terugvorderingen door de mutualiteiten van het teveel gevraagde en verlies van het zeer gevoelig liggend sociaal statuut.

Alhoewel dit slechts de uitvoering is van het akkoord van 18.12.2000, hebben de (huis-)artsen toch bijna een jaar moeten wachten vooraleer het sociaal statuut via het K.B. van 13.11.2001 (B.S. 21.11.2001) werd vastgelegd : 102.326 BEF (2.536,60 euro) voor de volledig, en 68.217 BEF (1.691,06 euro) voor de partieel geconventioneerden. En een maand later dreigt die minister om het (veel te laat toegekende) bedrag al weer af te pakken.

C.M.-voorzitter Marc JUSTAERT vond het nodig op Radio 1 de sancties van de minister te expliciteren. Volgens punt L § 6 van het akkoord van 18.12.2000 "mag de rechthebbende van de geneesheer een vaste vergoeding vorderen, die gelijk is aan driemaal het bedrag van de overschrijding, met een minimum van 500 frank". Er aan toevoegend dat de mutualiteiten zich in de plaats van hun leden kunnen stellen. "Bovendien", ging hij verder "kunnen we de artsen nog dieper in hun vlees snijden door hen hun sociaal statuut af te nemen".

Christelijk fundamentalisme met andere woorden vanwege een vooraanstaand C.D.&V-er, wiens organisatie besliste per 01.01.2002 haar ledenbijdrage te verviervoudigen. De C.M. trok de bijdrage op met 9,54 euro (of 385 BEF). Met dat prijsverschil kunnen de leden 21 keer bij hun huisarts of "kleine specialist" op consultatie gaan en er de "onwettige" index mee betalen.

#### **II.1.4.3. De BVAS zegt akkoord op voor de intellectuele acten**

Na grondig voorbereidend werk door zijn juristen besliste de BVAS in zijn bureauvergadering van 09.01.2002 het akkoord van 18.12.2000 op te zeggen voor wat betreft de verstrekkingen van het artikel 2 van de nomenclatuur (raadplegingen, huisbezoeken en psychotherapieën), zich baserend op punt I, Romeinse I,1 van het akkoord.

De aangetekende brief van 10.01.2002 die voorzitter Gabriël PERL in kennis stelde van deze beperkte opzegging werd door hem dringend op de agenda gezet van de vergadering van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van 14.01.2002. Essentieel in de BVAS-opzegging is het feit dat, t.g.v. de beperking tot enkele codenummers (de technische verstrekkingen blijven in het akkoord) het sociaal statuut

bewaard blijft. Met deze démarche wilde de BVAS legaliseren wat één op drie huisartsen ondertussen de facto aanrekende : hun geïndexeerde honoraria.

#### **II.1.4.4. De minister weigert elk vergelijk**

Vrijdagavond 12.01.2002 riep voorzitter PERL enkele tenoren van de Medico-Mut dringend samen. Zowel de minister als de voorzitter waren immers van mening dat de BVAS-opzegging geen voldoende juridische basis heeft. En dus zocht PERL een alternatief via de 625 miljoen uit punt BIII van het akkoord die niet tijdig werden toegekend ter herwaardering van de intellectuele acten. Ons inziens is de index een verworven recht voor alle burgers, ook de zelfstandigen, en kan die 625 miljoen er dus niet voor ingeruild worden. Uiteraard wilden de artsen die 625 miljoen (slechts 11,9 % van de door ons gevraagde jaarlijkse opwaardering met 5,25 miljard BEF voor de intellectuele acten !) niet kwijt raken en als compromis stelde ondergetekende voor de BVAS-delegatie in de medico-mut voor te stellen de 625 miljoen te gebruiken voor de indexering onder twee voorwaarden. De minister mag niet eigenhandig via artikel 35 § 2 van de G.V.U.-wet bijkomende besparingen opleggen. En twee : de minister mag, indien het succes bij de uitbreiding van het Globaal Medisch Dossier (G.M.D.) naar de ganse bevolking vanaf 01.05.2002 groter zou zijn dan verwacht en gebudgetteerd, de overschrijding van dit specifiek budget niet terugvorderen bij de huisartsen.

Bij de RIZIV-nieuwjaarsreceptie, maandag 14.01.2002, na de vergadering van het Verzekeringscomité, vernamen we "in de wandelgangen" dat de minister het compromisvoorstel al bij voorbaat had afgewezen. Hij wil nog meer besparingen. Alleen op die manier wil hij de indexering toch toekennen vóór 01.07.2002. VANDENBROUCKE schreef dit in een brief aan DE TOEUF gedateerd 11.01.2002.

De medico-mut van maandagavond 14.01.2002 raakte niet verder dan de goedkeuring van het verslag van 17.12.2001 (waardoor de besparingsvoorstellen t.b.v. 1.667 + 648 miljoen op jaarbasis radiologie – cfr. tabel 5) formeel werden bekrachtigd en de bespreking van de deconventiebrief van de BVAS. Vermits bij stemming de 5 leden van het KARTEL zich weigerden aan te sluiten bij de BVAS, vond de deconventie niet de vereiste  $\frac{3}{4}$  meerderheid op de artsenbank. Voorzitter PERL brak de vergadering af en riep ze voor een nieuwe stemming en de rest van de 13 dagordepunten samen op 21.01.2002. Alhoewel het derhalve onmogelijk was geweest om over besparingsmaatregelen te discussiëren, verklaarde de minister op dinsdag 15.01.2002 dat hij zelf bijkomende besparingsmaatregelen zou opleggen en dat hij had beslist de intellectuele acten van artikel 2 te indexeren vanaf 01.02.2002. In een televisiedebat diezelfde 15.01.2002 (Canvas Terzake), antwoordde ondergetekende de minister dat hij geen enkele wettelijke basis had om nog bijkomende besparingen op te leggen. De kostprijs van deze indexoperatie, met zijn verschillende onderdelen, wordt weergegeven in tabel 7.

Tijdens het debat over de BVAS-deconventiebrief moest C.M.-voorzitter Marc JUSTAERT toegeven dat de BVAS weliswaar volgens hem niet als partij de beschreven beperkte opzegging kon doen, maar dat inderdaad – zoals de brief van DE TOEUF ook meldde – alle individuele geneesheren, conform punt I, Romeinse I. 2. d., het akkoord volledig kunnen opzeggen. Dan wel mét verlies van het sociaal statuut voor het jaar 2002.

#### **II.1.4.5. Een eerbaar compromis, "verkeerd begrepen" door VANDENBROUCKE**

Vermits de minister publiek via de media had aangekondigd dat hij zou indexeren op 01.02.2002, trok de BVAS zijn deconventiebrief in tijdens de vergadering van de N.C.G.Z.

van 21.01.2002. Na moeizaam onderhandelen – waarbij ondergetekende de reeds besliste besparingen ten bedrage van 12 à 13 miljard in de artsenhonoraria citeerde (tabel 5) – werd volgend compromis bereikt.

Alhoewel de datum van 01.12.2001 voorbij is, wordt voor de 625 miljoen voor de revalorisatie van de intellectuele acten een bestemming gezocht en wordt dit financieel in toepassing gebracht vanaf 01.07.2002. Besparing 312,5 miljoen BEF.

De regeling voor de betere honorering voor de spoedgevallen door huisartsen - voorzien bedrag : 100 miljoen BEF - moet nog technisch worden uitgewerkt. Als datum van invoeging wordt ook 01.07.2002 vooropgesteld. Besparing 50 miljoen BEF.

De medico-mut van 17.12.2001 bespaarde 1.667 miljoen BEF i.p.v. de wettelijk verplichte 40 miljoen euro (= 1.614 miljoen BEF). Besteedbaar bedrag 53 miljoen BEF.

Deze "besparingsmaatregelen" leveren 415,5 miljoen BEF op of bijna voldoende om 5 maanden index van artikel 2 mee te financieren.

De N.C.A.Z. legde bovendien de politieke intentieverklaring af dat, indien dit bedrag niet zou volstaan, ze bereid is om maximaal 300 miljoen bijkomende besparingen te zoeken in de medisch-technische verstrekkingen, beperkt tot het jaar 2002.

s'Ochtends had de minister een fikse pandoering van het Verzekeringscomité gekregen, toen hij een niet-geagendeerd ontwerp van wijziging van het "index-K.B." van 12.12.2001 voor advies deed voorleggen. Op die manier wou hij toch een wettelijke basis zoeken om zelf bijkomende besparingen te creëren om de index te financieren. Van de 34 aanwezigen stemde er NIEMAND voor, 19 tegen (15/16 aanwezige verstrekkers en 3 leden van de onafhankelijke ziekenfondsen), en waren er 15 onthoudingen (waaronder – volstrekt onbegrijpelijk – als enige verstrekker, de kersverse interim voorzitter van het Syndicaat voor Vlaamse huisartsen, Dr. Guido ISTAS.

De minister had bij de briefing van voorzitter PERL 's nachts na de vergadering van de N.C.A.Z., alleen maar gehoord dat de artsen 300 miljoen extra gingen besparen op de medisch technische verstrekkingen. Toen hij vernam dat dit slechts voorwaardelijk en voor een beperkt bedrag was afgesproken, ontstak hij – eens te meer – in toorn. Gabriël PERL, Guy PEETERS (S.M.) en Marc JUSTAERT (C.M.) kregen nu een flinke ministeriële beurt. In Artsenkrant van 25.01.2002 en Le Soir van 23.01.2002 kunnen we lezen dat de N.C.A.Z.-voorzitter PERL zelfs overwoog om op te stappen.

#### **II.1.4.6. Algemene Raad dd. 28.01.2002 : doek over het indexmelodrama**

Om het index-melodrama af te ronden besliste uiteindelijk de Algemene Raad van het RIZIV op maandag 28.01.2002, zich baserend op een analyse door de Commissie voor budgetcontrole (C.B.C.) van 23.01.2002, dat de prestaties van artikel 2 van de nomenclatuur vanaf 01.02.2002 zullen geïndexeerd worden, mits de medico-mut bijkomend 198 miljoen BEF weet te vinden.

Dit bedrag past perfect in het beloofde maximum van 300, en alhoewel de cijfers van de C.B.C. lichtjes verschillen van die van de N.C.A.Z. en ook op een andere manier werden bekomen, zal de plechtige belofte van de N.C.A.Z. waar gemaakt worden. Et fiat index de dato 01.02.2002 !



## **II.2. De verhoging van het sociaal statuut lokt huisartsen, geen specialisten**

Bij mijn jaarverslag 2000 op 03.02.2001 was nog niet bekend hoeveel artsen het akkoord van 18.12.2000 hadden geweigerd.

De verhoging van het sociaal statuut van +/- 62.000 in 1998 naar +/- 102.000 BEF in 2000, deed het aantal weigeringen bij de huisartsen significant afnemen : van 14,5 % in 1998 naar 12,17 % in 2000 (cfr. tabel 8). Bij de specialisten daarentegen nam het aantal weigeringen toe van 17,29 % voor het akkoord van 15.12.1998 naar 20,79 % voor het akkoord van 18.12.2000.

Dit was voornamelijk het gevolg van de sterke toename van het aantal cardiologen die zich deconventioneerden in het vooruitzicht van de zware besparingen in hun sector, gepubliceerd in het B.S. van 16.01.2001 (K.B. 08.12.2000) en in voege vanaf 01.03.2001. Het aantal cardiologen dat weigerde de conventie te tekenen verdrievoudigde ruimschoots van 11,50 naar 35,58 % (cfr. tabel 9), of in absolute cijfers van 78 naar 269.

T.g.v. de aankondiging van de nieuwe besparingsmaatregelen van 5,1 miljard BEF in 2002, waaronder de niet-indexering, beslisten 1.780 specialisten om voor het tweede jaar van het akkoord 2001-2002 uit de conventie van 18.12.2000 te stappen zodat het deconventiecijfer opliep met 9 % van 20,79 naar 29,77 %. Vooral de actie van de radiologen (van 10,64 naar 51,67 % weigeringen of x 4,9) en de klinisch biologen (van 0,87 naar 8,9 % of x 10,2) springt in het oog.

De redenen liggen voor de hand : inleveren, inleveren, inleveren ....

Ter herinnering. Toen Philippe MOUREAUX, P.S., als minister van Sociale Zaken, na de weigering vanwege de BVAS in 1992 om een akkoord te sluiten, een individuele overeenkomst vroeg te onderschrijven aan alle artsen, weigerden 37,8 % der huisartsen en 63,7 % der specialisten, of 51,5 % van het totaal aantal artsen. Philippe MOUREAUX legde wijselijk geen tarieven op. Die waren vrij in 1992. En ze bleven sociaal verantwoord.

## **II.3. De accreditering**

### ***II.3.1. De accrediteringsstructuren wettelijk geregeld***

Het K.B. van 13 juli 2001 (B.S. 29.08.2001) detailleert de samenstelling en de taken van de verschillende accrediteringsorganen. Naast de reeds bestaande Accrediteringsstuurgroep, de Technische accrediteringsraad en de 26 Paritaire Comités, ziet ook – na een moeilijke bevalling (cfr. onze vorige jaarverslagen dienaangaande) – de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie het levenslicht. In deze N.R.K.P. zetelen namens de representatieve artsenorganisaties 6 huisartsen en 6 specialisten, 7 artsen namens de universiteiten en 7 namens de wetenschappelijke verenigingen, 12 mutualiteitsgeneesheren, 3 artsen namens de minister van Sociale Zaken en 3 artsen namens de minister van Volksgezondheid. Voor elk van deze 44 leden wordt ook in een plaatsvervanger voorzien.

De N.R.K.P. vervangt het huidige Nationaal Peer Review Comité. Eens al deze organen officieel zullen zijn geïnstalleerd, zal aan de leden mogelijkerwijze een zitpenning en verplaatsingskosten kunnen worden uitbetaald voor hun deelname aan de desbetreffende vergaderingen.

Jammer genoeg werden de regionale leescomités (R.L.C.) over het hoofd gezien. Zij moeten de jaarverslagen van de LOK's nalezen en er nuttige en interessante informatie uit putten die ze in de toekomst zullen moeten doorsturen naar de N.R.K.P. Tot op heden informeerden de leescomités het Nationaal Peer Review Comité.

Het ter beschikking stellen van vergaderruimte, een minimale secretariaatsinfrastructuur e.d.m. kost geld en werd tot op heden door de leden van de R.L.C. zelf gefinancierd, naast het pro deo investeren van hun tijd en verplaatsingen. Op 18.04.2001 nam de Stuurgroep kennis van een brief van het Paritair Comité voor Huisartsen waarin werd meegedeeld dat de R.L.C.'s van de huisartsen in staking gingen. Ze werden gevolgd door meerdere leescomités van specialisten en tot op heden zijn de meeste leescomités verlamd.

De formele belofte vanwege de ministers AELVOET en VANDENBROUCKE om de drie overbodig geworden K.B.'s van Marcel COLLA over het Algemeen Dossier (K.B. 03.05.1999; B.S. 17.07.1999, Ed. 1), de afdeling artsen bij de Hoge Raad voor de Gezondheidsberoepen (K.B. 16.06.1999; B.S. 08.09.1999, Ed. 2) en de evaluatie van de medische praktijkvoering (K.B. 16.06.1999; B.S. 08.09.1999, Ed. 2) te schrappen, werd nog niet ingelost.

### ***II.3.2. Aantal geaccrediteerde artsen op 01 februari 2002***

Tabel 10 rangschikt de specialismen van de groep met meest geaccrediteerden, naar de specialisatie met minst geaccrediteerden, resp. (en sinds jaren ongewijzigd) van dermatologie naar stomatologie.

Tabel 11 herneemt deze gegevens volgens het erkenningsnummer van de desbetreffende disciplines (kolom 1).

In kolom 5 vindt U het aantal artsen dat is ingeschreven in een LOK (in totaal 25.923). Dit aantal overtreft systematisch het totaal aantal geaccrediteerden in kolom 3 (22.454). Naast de geaccrediteerde leden (22.330) in kolom 7 zijn er dus ook 3.593 niet-geaccrediteerde leden (kolom 8). De reglementering laat dit inderdaad toe, zolang het aantal geaccrediteerde leden per LOK begrepen is tussen het minimum van 8 en het maximum van 25.

Het aantal LOK's vindt u in kolom 9 en het gemiddeld aantal leden per LOK in kolom 10.

Het verschil tussen kolom 3 (totaal geaccrediteerden) en kolom 7 (aantal geaccrediteerden ingeschreven bij een LOK) bedraagt 124 waarvan 31 bij de huisartsen en 93 bij de specialisten. Dit zijn artsen die op 01.02.2002 op zoek zijn naar een LOK omdat ze zelf willen veranderen of omdat hun LOK-collega's hen gevraagd hebben van op te stappen. Sommige individuele gevallen zijn echt problematisch en belanden bij de Stuurgroep. Alleen in de neurochirurgie, de radiotherapie en de nucleaire geneeskunde zijn alle specialisten onder dak. Bij alle andere specialismen ligt het aantal zoekenden naar een LOK beneden de 1 % der geaccrediteerden, behalve bij de orthopedisten waar 14 op 583 geaccrediteerden of 2,4 % (nog) niet (meer) aangesloten is bij een LOK-groep.

Het gemiddeld aantal aangesloten leden per LOK ligt bij de huisartsen op 15,6 en bij de specialisten op 17,2, met een variatie van gemiddeld 11,8 leden onder klinisch biologen tot 21,4 leden bij de neurologen. Wij maken hierbij abstractie van het gemiddelde van 31,2 leden per LOK-groep psychiatrie dat niet reglementair is.

### ***II.3.3. Doet Frank VANDENBROUCKE de accreditering imploderen ?***

Bij herhaling drong de accrediteringsstuurgroep aan op mensen en financiële middelen om de zware taken van het accrediteringssysteem te realiseren en om het te informatiseren. Keer op keer werd bot gevangen.

Het wekte dan ook grote wrevel dat "van hogerhand" werd beslist om de accrediteringsstuurgroep te voorzien van een "informatiecel", afkomstig van het Ministerie van Volksgezondheid, maar als ambtenaren betaald door het RIZIV, dus door Sociale Zaken, bestaande uit twee artsen, een psycholoog-informaticus en een universitair geschoolde administratieve medewerkster.

Deze cel, die geen enkele wettelijke basis heeft, moet aanreiken en ondersteunen waar de artsen zich via de accreditering "kunnen" mee bezighouden. De eerste twee concrete topics betreffen de NSAID (niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen) en de antibiotica. De cel vormt grotendeels dubbel gebruik met het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen, met de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (N.R.K.P.) en met de Technische Accrediteringsraad (T.A.R.).

De bedoeling is dat LOK-groepen die thema's behandelen die door deze (politieke) "informatiecel" worden aangereikt, vergoed zouden worden.

Na een eerste heftige afwijzing vanwege het paritair comité voor huisartsen, wordt de zaak opnieuw in beraad genomen.

Terwijl de politieke informatiecel betaald wordt om door de artsen ongevraagde info te produceren, jakkert de eigenlijke mini-staf van de dienst accreditering zich af om een gigantische achterstand aan ingediende navormingen te verwerken (ruim 2000 dossiers half januari 2002), worden de leden van de Paritaire Comités moedeloos en haken af wegens het al 7 jaar uitblijven van enige onkostenvergoeding en zijn de regionale leescomités in staking gegaan.

Na een zoveelste, maar nu ultieme inspanning en démarche bij de hoogste RIZIV-verantwoordelijken en bij de minister, werd op 19.12.2001 aangekondigd dat het systeem zou geïnformatiseerd worden in drie fasen. De eerste fase betreft het elektronisch aanvragen van de individuele accrediteringsaanvragen. De tweede fase moet het elektronisch aanvragen tot erkenning van navorming realiseren. En de derde fase moet de geïnformatiseerde opvolging van de LOK's mogelijk maken.

De realisatie van deze informatisering kan jammer genoeg geen soelaas bieden om direct de achterstand in de erkenning van de navormingssessies in te halen en om de +/- 14.000 verlengingen van accrediteringsdossiers van individuele artsen tussen 1 maart en 30 juni 2002 te versnellen. Het is van levensbelang voor het accrediteringssysteem dat alle paritaire comités onmiddellijk hun (eventuele) achterstand inhalen en dat de bevoegde Overheid, in casu minister VANDENBROUCKE, onmiddellijk bijkomende mankracht ter beschikking stelt. Zoniet dreigen honderden, zoniet duizenden artsen hun accreditering kwijt te raken, volkomen buiten hun wil om.

## **III. DE TASK FORCE PERL**

### **III.1. 11 september 2001 : agenda voor verandering in de gezondheidszorg**

Luttele minuten vóór de eerste Boeing zich op 11 september 2001 in de eerste toren van het World Trade Center in New York boorde, startte Frank VANDENBROUCKE een

persconferentie over zijn beleidsnota "Agenda voor verandering in de gezondheidszorg" waarmee hij de Belgische gezondheidszorg drastisch wou veranderen.

Terwijl de wereld in opschudding was over de grootste en meest moorddadige terroristische aanslag ooit, startte Medico-mut voorzitter Gabriel PERL in opdracht van de minister een strak scenario om een Task Force op poten te zetten met artsen, mutualiteiten en ziekenhuisbeheerders, die binnen de drie weken een eerste verslag moest uitbrengen en die drie weken later concrete operationele voorstellen moest overmaken over de drie uitdagingen die de minister in zijn beleidsnota als volgt omschreef :

*"1. Het terugdringen van individuele praktijkverschillen tot een aanvaardbaar niveau van variatie ten opzichte van wetenschappelijk gefundeerde objectieve maatstaven. Deze praktijkverschillen zijn niet alleen aanzienlijk op individueel niveau maar ook op geaggregeerd niveau : arrondissement, provincie, gewest.*

*2. Het uitschakelen van mechanismen die er toe leiden dat zowel beheerders als ziekenhuisartsen baat vinden bij ondoelmatig gebruik van gezondheidszorg*

*3. Het ontwikkelen van technieken waardoor de voorschrijver en verstrekkers individueel geresponsabiliseerd worden voor de door hen aangewende middelen en gegenereerde kosten".*

De voorstellen van de Task Force zouden worden getoetst aan de hand van zeer concrete vragen i.v.m. enkele goed gedocumenteerde voorbeelden :

- *Zullen de voorstellen er toe bijdragen dat de vastgestelde verschillen op vlak van preoperatieve onderzoeken bij appendectomie teruggebracht worden tot een aanvaardbaar niveau ?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat de vastgestelde verschillen inzake voorschrijven van antibiotica daadwerkelijk verminderen ?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat in elk ziekenhuis een aanvaardbaar percentage wordt bereikt aan alternatieve vormen van dialyse ?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat de aanzienlijke verschillen inzake voorgeschreven bedrag en aantal acten voor klinische biologie teruggebracht worden tot een aanvaardbare variatie ?*
- *Zullen de voorstellen er toe leiden dat de aanzienlijke verschillen inzake voorgeschreven bedrag en aantal acten voor medische beeldvorming teruggebracht worden tot een aanvaardbare variatie ?*

### **III.2. De opstartfase**

Van bij de eerste vergadering van de voorloper van de TASK FORCE, met enkele artsen (6) en mutualiteitsbonzen (6), leden van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen op 21.09.2001, was het bijzonder duidelijk dat zowel de voorzitter als de administratie opdracht hadden gekregen een tekst te doen goedkeuren die door het kabinet – of de minister zelf - werd geschreven.

De werkdocumenten moesten ultra vertrouwelijk worden behandeld.

Op 26 september kwam de voorloper van de Task Force nogmaals samen om de tekst grondig aan te passen. Op 28 september werden de ziekenhuisbeheerders apart door voorzitter PERL ontvangen en geconfronteerd met het "vertrouwelijk interim rapport" van de embryonale Task Force. De ziekenhuisbeheerders waren zeer ontstemd dat ze niet van in den beginne bij de Task Force betrokken waren.

Op 04.10.2001 werd het “Definitief interimverslag” aangaande de agenda voor de verandering in de gezondheidszorg met de antwoorden “goedgekeurd door de artsorganisaties en de ziekenfondsen” opgesteld. Exact binnen het ultimatum gesteld door Frank VANDENBROUCKE. Elk woord in de aanhef van het verslag heeft een eigen verhaal. Een “definitief interimverslag” klinkt als een contradictio in terminis, maar is het niet. “Goedgekeurd door de artsorganisaties en de ziekenfondsen” is sterk te relativiseren. De teksten werden nooit voorgelegd laat staan goedgekeurd door de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. “De” artsorganisaties werden beperkt tot 3 BVAS en 3 KARTEL-leden, die verbod kregen, - en trouwens in de praktische onmogelijkheid waren wegens de tijdsdruk – om de teksten vrij te geven en dus om er met hun achterban over te overleggen. “De” mutualiteiten werden beperkt tot de christelijke, socialistische en onafhankelijke.

### III.3. De Task Force installatie

Op 08.10.2001 startte dan de eigenlijke Task Force, d.w.z. representatieve artsorganisaties, mutualiteiten en ziekenhuisbeheerders. De ziekenhuisbeheerders hadden hun ideeën bij het “definitief interimverslag” van 04.10.2001 en hun niet-betrokkenheid van bij de aanvang in een reeks documenten neergepend. Enkele citaten :

\* VVI-nota (03.10.2001) “Modify or mummify” (pag. 11) *“In de wanordelijke ophoping van overlegorganen, inbegrepen de verheerlijking van de medico-mut en de minorisering van de ziekenhuizen zijn het gezondheidssysteem en a fortiori de bevolking niet gebaat.”*

\* Standpunt Belgische Vereniging van Ziekenhuizen (L. TIELEMANS, 05.10.2001) *“Men is in België, ondanks de grote verdiensten van de veralgemeende ziekteverzekering in 1963 ook in een cultuur terechtgekomen waarbij de arts op een quasi onbeperkte (en onbesproken) vrijheid van diagnose en therapie teert. In deze cultuur was tot het begin van de jaren 90 elke detailstudie over consumptie onmogelijk gemaakt. Nog steeds is de nomenclatuur (overeengekomen opgesteld tussen verzekeraars en artsen) een vrij te gebruiken “woordenboek” van prestaties. Gebruiksregels, schema’s, guidelines, ontbreken praktisch altijd in deze “vrijheidscultuur”. ....”*

*... “Verandering hierin dreigt tijd te vergen en men kan zich de vraag stellen hoe ver de verantwoordelijkheden van de absolute vrijheid geloofwaardig zijn in hun huidige voorstellen. Ervaringen in weinig effectief werkende profielcommissies voor geneesheren-specialisten, accrediteringscommissies en farmanetstuurgroep bevestigen alleen maar deze indruk “.*

\* VOV-AEPS (01.10.2001) (Verbond van Openbare Verzorgingsinstellingen)

*“De VOV-AEPS is van mening dat fundamentele problemen moeten worden aangepakt met fundamentele oplossingen. Indien het echt de bedoeling is de gezondheidszorg toegankelijk te houden – dit is een stelling waar wij als openbare ziekenhuizen niet van willen afwijken – moet men durven afstappen van een prestatie geneeskunde en moet gespecialiseerde medische hulpverlening geïntegreerd blijven in de ziekenhuisomgeving ...”*

*...” Gezondheidszorg betekent een globale aanpak van een patiënt als individu, niet enkel de behandeling op een of andere manier van een diagnose. Het is voor de VOV-AEPS dan ook duidelijk dat de vergoeding per medische prestatie en de kostenverrekening per geneesmiddel moet worden vervangen door meer globale betalingsvormen die rekening houden met de aard van de aan de patiënt verstrekte zorgen.”*

\* AFIS (Association Francophone d'Institutions de Santé) (05.10.2001)  
..." Par ailleurs, la Belgique reste un des seuls pays européens où les médecins hospitaliers restent rémunérés à l'acte. La multiplicité des sources de financement de l'activité hospitalière empêche une gestion efficace des ressources au sein de l'hôpital. Il faut s'inscrire résolument dans un mode de financement plus cohérent sur base d'un budget global intégrant les frais de fonctionnement, les honoraires et les médicaments. Le financement par budget global doit être ouvert à toute institution qui le désire. Il faut mener cette réflexion parallèlement à la réflexion sur le statut du médecin hospitalier évoqué ci-dessus."

\* Cobeprié (04.10.2001)  
"Développer des techniques responsabilisant les prescripteurs et les prestataires au niveau individuel pour les moyens utilisés et les frais générés. De nouveau, la réponse à ce défi est de la compétence exclusive des médecins.  
A noter qu'une réelle responsabilisation des actes médicaux ne peut se concevoir sans un accès libre à tous les équipements, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui : les hôpitaux et les médecins ne veulent plus du dirigisme et de l'arbitraire – conséquences de lobbying politique et idéologique – qui caractérisent l'actuelle politique ministérielle en matière de programmation et d'agrément".

\* De nota's die Dr. Bart VAN DAELE (K.U.Leuven) als voorzitter van de Raad voor Universitaire Ziekenhuizen (R.U.Z.) ter voorbereiding van de vergadering van de Task Force toestuurde, waren vooral georiënteerd naar de B-7 financiering, m.a.w. naar een speciaal voor de universitaire ziekenhuizen gecreëerd onderdeel van de verpleegdagprijs. Besparingsmaatregelen van minister VANDENBROUCKE in de medische honoraria (cfr. tabel 5) – door de U.Z. voor hen geraamd op 1 miljard BEF – kunnen zonder blikken of blozen voor de universitaire ziekenhuizen geneutraliseerd worden via financiële injecties in het B7-deel van de verpleegdagprijs.

De toon was gezet, maar voorzitter PERL deelde de plenaire Task Force onverstoortbaar in drie werkgroepen in.

De werkgroep 1 moest het "Individueel responsabiliseren van artsen" uitwerken onder leiding van Jo DECOCK, de RIZIV-administrateur-generaal, van CD&V-strekking en, volgens het weekblad KNACK van 19.09.2001, niet geslaagd in de assessment-proef van het SP-geïnspireerde Copernicusplan dat topambtenaren moet evalueren en eventueel (her-)benoemen.

Werkgroep 2 moest vernieuwingen uitwerken in verband met klinische biologie, medische beeldvorming, dialyse en referentiebedragen voor "standaard" chirurgische ingrepen. Op eis van minister Magda AELVOET, werd François PRAET, Directeur-generaal van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, geflankeerd door UCL-professor Guy DURANT als co-voorzitter.

De Landsbond der Onafhankelijke Ziekenfondsen (L.O.Z.) protesteerden vruchteloos bij minister VANDENBROUCKE tegen de aanstelling van Prof. DURANT. De L.O.Z. schreef aan minister VANDENBROUCKE dat het weinig geloofwaardig overkomt dat als co-voorzitter van een werkgroep, die ondermeer de praktijkvariabiliteit tussen ziekenhuizen moet onderzoeken, de administrateur-generaal van de universitaire ziekenhuizen St. Luc van de UCL werd aangesteld, een ziekenhuis waar de L.O.Z. reeds meermaals vragen stelde over bepaalde factureringspraktijken, zoals bij hartcatheterisaties (juli 1998), wondhechtingen (Fax medica 1) en risicobevallingen (Fax medica 2).

Werkgroep 3 moest voorstellen doen inzake de herziening van ziekenhuisnormen en de kostenverdeling artsen-ziekenhuisbeheerders, zeg maar artikel 140 van de ziekenhuiswet. Christiaan DE COSTER, directeur-generaal van het Bestuur der gezondheidszorgen van het ministerie van Volksgezondheid, ook van CD&V-strekking en (volgens KNACK van 19.09.2001) eveneens "out" voor een topfunctie in de volgens het Copernicusplan hervormde overheidsdienst, werd als voorzitter aangesteld om door dit mijnenveld te trekken.

Met de werkgroep 4 waarvan sprake in sommige documenten, wordt in feite de Technisch Geneeskundige Raad (T.G.R.) bedoeld. Via de nomenclatuur diende hij, volgens de Regeringsverklaring, 1.600 miljoen besparingen te realiseren vóór 15.12.2001, volgens de Programmawet van 30.12.2001 (B.S. 31.12.2001) 40 miljoen euro vóór 31.12.2001.

### **III.4. De werkzaamheden tot de dead-line van 31.10.2001**

#### ***III.4.1. Overbelasting van de actoren en van de administratie***

Vermits VANDENBROUCKE de ultieme datum voor het indienen van het Task Force-rapport op 31 oktober 2001 had vastgepind, moest er als gek worden vergaderd door de drie werkgroepen, dikwijls op hetzelfde moment, door dezelfde mensen. Coördinatie van de werkzaamheden was voor de artsenvertegenwoordigers volstrekt onmogelijk. De normale werking van de artsenorganisaties werd danig verstoord door de diarree aan bijeenkomsten op het RIZIV en op Volksgezondheid. De RIZIV-ambtenaren voerden een huzarenstuk op om de informatiestroom met alle snel van inhoud wisselende rapporten, zowel elektronisch als op papier aan de juiste personen te bezorgen. Andere administratieve RIZIV-taken, zoals vb. de accrediteringsformaliteiten, kwamen noodgedwongen in de verdrukking wegens de absolute topprioriteit van de TASK FORCE. Maar ... het rapport werd door voorzitter Gabriel PERL tijdig aan minister VANDENBROUCKE bezorgd.

#### ***III.4.2. Task Force Number One : het individueel responsabiliseren van artsen***

RIZIV-administrateur-generaal Jo DE COCK slaagde erin de gemoederen te bedaren na twee weken balanceren op een zeer slappe koord. Onder druk van de BVAS-vertegenwoordigers werd het vermoedelijk door Frank VANDENBROUCKE aan DE COCK gedicteerd ontwerp van "voorlopig basisschema van het verslag" omgebogen van een louter repressieve aanpak tot een procedure van begeleiding en analyse waarbij de Commissie evaluatie van de medische praktijk, opgericht in de schoot van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie en de Accrediteringsstuurgroep, elk op hun geëigend niveau worden ingeschakeld. De meest gevoelige van alle besproken materies blijven voor de huisartsen het geneesmiddelenvoorschrift, en voor de specialisten de autoprescriptie.

Alhoewel de Task Force bestond uit leden van de representatieve artsenorganisaties en de mutualiteiten die vertegenwoordigd zijn in de medico-mut, uitgebreid met vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders, was ook een vertegenwoordiging van het Vlaams Huisartsen Parlement (V.H.P.) aanwezig, onder andere zijn voorzitter Dr. Piet VANDEN BUSSCHE, die later, op 28.12.2001, in Vlaanderen de oproep lanceerde om tegen de wet in, toch de honoraria te indexeren (cfr. II.1.3.).

Op een schriftelijke vraag van onze Voorzitter, Prof. Jacques GRUWEZ dd. 31.10.2001, waarom wel het – volgens de K.B.'s op de artsenverkiezingen – niet-representatieve V.H.P. en niet het – volgens dezelfde K.B.'s – evenmin representatieve VBS werd uitgenodigd, antwoordde Frank VANDENBROUCKE dat niet hij het V.H.P. had uitgenodigd, maar dat dit de verantwoordelijkheid was van de Heer PERL.

In de feiten verbood Jo DE COCK, allicht goed de les gespeld door VANDENBROUCKE's adjunct-kabinetschef en tot voor kort actief lid van het V.H.P. Dr. Ri DE RIDDER, bij de eerste vergadering van zijn werkgroep, ongebruikelijk autoritair, dat zelfs maar kritiek zou geuit worden op de aanwezigheid van de V.H.P.-leden. Hun opdracht bestond er in om in de tekst iets te doen opnemen over de financiële verantwoordelijkheid van de patiënt. Met name : de verplichte inschrijving bij de huisarts, zonder dewelke de patiënt meer zou moeten betalen indien hij een specialist wil consulteren. De BVAS was ook akkoord iets op nemen over de responsabilisering van de patiënt, maar in gans andere zin. De BVAS is van oordeel dat de verplichte inning van het remgeld, zeker nu de MAF (maximumfactuur, hét paradepaardje van Frank VANDENBROUCKE) is gerealiseerd, moet uitgebreid worden van de verstrekkingen klinische biologie naar alle prestaties.

Kortom, beide pistes stonden in het verslag dat de voorzitter op 31.10.2001 aan Minister VANDENBROUCKE overhandigde.

### **III.4.3. Task Force Number Two : klinische biologie, medische beeldvorming, dialyse, referentiebedragen**

#### **III.4.3.1. Klinische biologie**

De uitgangspunten lagen zeer ver uit elkaar. Het ASGB wou voor de verblijvende klinische biologie één nationaal gemiddelde per ziekenhuisbed per verpleegdag, daarin gesteund door de christelijke mutualiteiten.

De BVAS wou een pathologie-gebaseerde financiering, daarin gevolgd door de meerderheid der ziekenhuizen, op voorwaarde dat daar een objectief en controleerbaar meetinstrument voor bestond. Eind oktober werd als compromis overeengekomen dat voor de chirurgische pathologie het bestaande systeem zou worden voortgezet en voor de inwendige ziekten een gemiddelde per verpleegdag zou worden ingevoerd. Ondertussen zou het All Patients Refined-Diagnosis Related Groups (APR-DRG)-systeem worden getoetst om het in de klinische biologie in te schakelen.

Voor de ambulante patiënten zou worden teruggekeerd naar vier niveaus van forfaitair honorarium per voorschrift, waarbij de BVAS niet akkoord ging dat het vierde niveau van forfaitair honorarium lager zou liggen dan het derde.

#### **III.4.3.2. Medische beeldvorming**

De vraag of veeleer de opdracht van de minister was : verder forfaitariseren tot 60 %, en tegelijkertijd ook 486 miljoen BEF besparen in 2002. Erg vernieuwend was dat opzet niet. De klinisch biologen ondergaan dergelijk scenario ongevraagd al sinds 1988 met als enig resultaat dat het budget 2001 in constante prijzen sindsdien bijna gehalveerd is.

Op de artsenbank was het ASGB vragende partij om het forfaitair honorariumdeel van het huidige percentage van 31 op te drijven tot 50 %. Sommige ziekenhuisbeheerders zagen het forfait liever totaal, met het weglaten van het begrip honorarium.



Het debat was niet afgesloten eind oktober, want noch de BVAS-bank, noch de mutualiteiten wilden de nomenclatuurwijzigingen, die nog maar sinds 01.01.1999 in werking waren gebracht, alweer door iets anders vervangen.

#### **III.4.3.3. Dialyse**

Via aparte onderhandelingen tussen de Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique, de Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie, het ASGB en de BVAS, dienden de artsensyndicaten op 29.10.2001 een gemeenschappelijk voorstel in voor een nieuwe financiering van de chronische hemodialyse. De verschillende soorten forfaits en honoraria zouden worden vervangen door één enkel forfaitair honorarium per week en per chronische dialysepatiënt, onafhankelijk van de toegepaste dialysevorm.

De ziekenfondsen steunden, na lang aarzelen, de artsenbank. De beheerders waren onmiddellijk en, zeer uitzonderlijk, unaniem tegen.

#### **III.4.3.4. Referentiebedragen chirurgische ingrepen**

De aanleiding tot het voorstellen van deze techniek, was de voorstelling van de resultaten in de "Werkgroep JADOT" van de Algemene Raad van het RIZIV, in verband met de appendectomieën.

Het gemiddelde aan honoraria varieerde van +/- 22.000 BEF in het ene naar +/- 55.000 BEF in het andere ziekenhuis, de "outliers" niet meegerekend. Ook het gemiddeld verbruik aan allerlei geneesmiddelen ter gelegenheid van een appendectomie varieerde van +/- 2.000 tot +/- 20.000 BEF. Het aantal verpleegdagen schommelde van een gemiddelde van 2,5 tot 7,5 dagen (CM-cijfers), na uitzuivering voor andere ingrepen.

De appendectomie-studie dateerde van 1995 en een aantal anomalieën, zoals vb. het uitvoeren van een pre-operatief vecto-cardiogram, werden intussen door de Technisch Geneeskundige Raad onmogelijk gemaakt.

De regering besliste dat de invoering van de referentiebedragen in 2002 een recuperatie van 400 miljoen BEF zou moeten opbrengen. Ziekenhuizen die vb. meer dan 20 % meer uitgeven dan het statistisch bepaald referentiebedrag voor vb. een katarakt-, heupkoprothese-, appendix- etcetera-operatie, zouden moeten terugbetalen. Vermits het gaat over prestaties uit het verleden, en vermits er nog geen specifieke wetgeving over bestaat, kunnen tal van juridische procedures worden verwacht. Ondergetekende verwees naar de situatie van de terugvorderingen in de klinische biologie waar momenteel nog +/- 130 rechtszaken lopende zijn over de periode 1988-1991 !

De werkgroep was van oordeel dat de aankondiging van deze recuperatietechniek en het tegelijkertijd uitwerken van de nodige wetgeving, meer dan de verwachte 400 miljoen BEF zou opleveren. Dit "meer" zou dan kunnen worden aangewend om de index vroeger dan 1 juli 2002 toe te passen voor de intellectuele acten van artikel 2 van de nomenclatuur (cfr. II.1.4.). De werkgroep verklaarde zich akkoord om een experiment te starten voor de toepassing van een referentiebedrag voor welbepaalde ingrepen, om de enorme praktijkvariabiliteiten weg te werken. Hij was evenwel niet akkoord met een prospectieve budgetfinanciering zoals door de Regering werd gevraagd.

### **III.4.4. Task Force Number Three : normering en kostenverdeling**

Directeur-generaal Christiaan DE COSTER had slechts twee vergaderingen nodig (met name op 22 en 29 oktober 2001) om tijdig een rapport klaar te krijgen tegen de ultimatumdatum dat met unanimitéit der stemmen werd goedgekeurd, met uitzondering voor wat de PET-scannormering betreft, waar één universiteitsafgevaardigde voorbehoud maakte.

Elkeen was snel akkoord dat moest worden afgezien van structurele normering en dat de beperking van het aantal diensten, functies en programma's in de ziekenhuizen moet worden herzien.

Wat de kostenverdeling betreft (toepassing van artikel 140 van de ziekenhuiswet), onderstreepte de werkgroep dat de Regering dringend een oplossing moet vinden voor de structurele onderbudgettering van de ziekenhuizen. Die wordt door de "Sectie financiering" van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen geraamd op 17 miljard BEF.

De werkgroep was unaniem akkoord dat transparantie en gegevensuitwisseling tussen beheerders en ziekenhuisartsen onontbeerlijk zijn en dat hiertoe zo snel als mogelijk een Koninklijk Besluit dient te worden gepubliceerd. Over het artikel 140 kwam men tot een unaniem akkoord om volgende wijzigingen aan te brengen :

" a) artikel 140, § 3

- Er moet benadrukt worden dat, indien de afhouding in percentages worden uitgedrukt, dit percentage enkel de werkelijke kosten mag dekken;
- Het uitvoerings-K.B., voorzien in artikel 140, § 3, 2<sup>de</sup> alinea, moet zo snel mogelijk van toepassing worden en duidelijk de beoogde kosten omschrijven (aard en grootte van de uitgaven). Te dien einde wil de werkgroep dat de beheerders en de artsen beschikken over informatie over de onkostenelementen van de gemeenschappelijke sector (vergelijking per groep of andere).
- Het budget voor medische activiteiten moet, vóór de beoogde jaargang, ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Medische Raad. De informatie dienaangaande moet dermate precies zijn dat de werkelijke omvang van de geprogrammeerde uitgaven en inkomsten kan worden ingeschat.

b) artikel 140, § 4 :

- De bedragen waartoe in gemeenschappelijk overleg wordt beslist moeten wel degelijk aangewend worden voor de beoogde doelstellingen. De tekst van art. 140 § 4 moet in die zin worden aangepast."

De werkgroep was bovendien van oordeel dat de rol van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen beter zou moeten worden bekend gemaakt in de ziekenhuissector en dat er, binnen de bestaande wettelijke mogelijkheden, een arbitragesysteem zou moeten worden uitgewerkt om snel de betwistingen i.v.m. de toepassing van artikel 140 te deblokkeren.

### **III.5. De reactie van de Regering dd. 14.11.2001**

Een nieuwe terroristische aanslag van Osama BIN LADEN, op vb. de Nato in Evere, of een Taliban-overwinning op de USA-strijdkrachten had niet meer consternatie verwekt bij de deelnemers aan de Task Force, dan de reactie van de Regering op het verslag van de tientallen uren onderhandelen in de Task Force. Met de zekerheid van het eigen gelijk van

de paars-groenen, debiteert het regeringsdocument na ruim twee weken bedenktijd een paar onbenullige appreciatie termen voor het geleverde werk (*“een inventaris van de elementen die deel moeten uitmaken van een systeem van individuele responsabilisering van de huisartsen. In zoverre de operationalisering van dit systeem tot stand wordt gebracht conform het tijdschema ... kan het antwoord van de Task Force worden beschouwd als een belangrijke stap voorwaarts ...”*) en houdt voor de rest nauwelijks rekening met de gemaakte voorstellen.

In de ambulante klinische biologie wil de Regering degressieve honoraria, en voor de gehospitaliseerde patiënten een volledig op pathologie gebaseerde financiering volgens het APR-DRG systeem (All Patient Refined – Diagnosis Related Groups).

Dit systeem is niet geconcipeerd om de noden aan klinische biologie (noch aan medische beeldvorming, noch aan enig ander diagnosemiddel te meten), maar wel om een relatie tussen de behandelde pathologie en verblijfsduur in het ziekenhuis vast te stellen.

Uit een aantal officiële documenten van maart 2001, vanwege de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen bleek dat het Ministerie van Volksgezondheid niet in staat is om gestandaardiseerde APR-DRG's te geven. Bovendien ontbreekt de controle er op en heeft men geen personeel om meer dan enkele sumiere pro forma steekproeven te doen.

Toch schrijft minister VANDENBROUCKE op 28.11.2001 aan de co-voorzitters PRAET en DURANT van Task Force nummer 2 : “De Regering stelt dat, voor de aanpassing van de forfaitaire honoraria per dag voor gehospitaliseerde patiënten, de APR-DRG's aan de basis moeten liggen van de verdeelcriteria, hetgeen toelaat dat alle pathologiegroepen in rekening kunnen gebracht worden.”

Voor de medische beeldvorming blijft de regering bij zijn eis om 60 % te forfaitariseren met uitzondering van echografie en coronarografie. “Door forfaitarisering kunnen consumptieverhogende effecten, inherent aan een systeem van betaling per prestatie, worden doorbroken”, stelt de regeringsreactie. Nonsens uiteraard. Ondanks de forfaitarisering à ratio van 75% zowel in de ambulante als verblijvende sector, blijft het aantal verstrekkingen klinische biologie (zeer) sterk stijgen. De Regering miskent al te simplistisch dat ook de zorgbehoeften stijgen.

Voor de referentiebedragen eist de Regering een prospectieve financiering, die door de Task Force nochtans uitdrukkelijk was afgewezen. Als verzachtende omstandigheid vermeldt de regeringstekst : “Inzake de medische prestaties betreft het een prospectief budget van honoraria dat niet wordt opgenomen in het verpleegdagbudget”.

Wat de normering van ziekenhuisdiensten betreft, in casu de PET-scan, kondigt de Regering aan dat ze een groep van internationale onafhankelijke experts inzake health technology assessment zal aanstellen om aanbevelingen te doen. Daarbij wijst de Regering (= Frank VANDENBROUCKE = zijn adjunct-kabinetschef, ex-huisarts en ex-V.H.P.-bestuurslid Dr. Ri DE RIDDER) naar de waarschuwing van “zekere Vlaamse huisartsenorganisaties dat een opheffing van programmatie zonder regulering van de patiëntenstroom een gevaar inhoudt voor kostenexplosie.”

In verband met de kostenverdeling stelt het antwoord van de Regering dat de Task Force concrete voorstellen zou doen i.v.m. betwistingen omtrent artikel 140, maar aanvaardt ze de voorstellen met betrekking tot kostenverdeling. Dus toch een lichtpuntje. De Regering belooft initiatief te nemen tot het noodzakelijke wetgevende werk. En ze vervolgt “Verder herinnert de Regering aan haar engagement om een wetsontwerp tot

regeling inzake de medische aansprakelijkheid uit te werken met het oog op een spoedige goedkeuring door het Parlement, zo mogelijk voor het einde van de legislatuur.”

Voor deze laatste belofte verwijzen we naar punt VI.4..

### **III.6. De afloop : woordbreuk van de ziekenhuisbeheerders**

Met zeer scherpe bewoordingen verwijt de BVAS minister VANDENBROUCKE dat hij slechts voor de schone schijn de deelnemers aan de Task Force liet opdraven, terwijl het scenario al gedetailleerd in zijn schuif klaar lag.

“Le rapport Perl a été réécrit par Robespierre et Fouquier-Tinville. Nous allons saboter” dondert Jacques DE TOEUF in Le Soir van 15.11.2001. Ik had het in de Vlaamse kranten over een regelrechte oorlogsverklaring vanwege de minister.

I.v.m. de individuele verantwoordelijkheid, noemden Vlaamse huisartsen VANDENBROUCKE de valse Messias.

De minister reageert als de vermoorde onschuld : “Er zijn geen oekazen” (Artsenkrant online, 19.11.2001). Een understatement van formaat. Oekazen (Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal – 12<sup>de</sup> druk verklaart : “[< Russ.ukaz] , (streng) hoog bevel”) vormen nochtans de gebruikelijke omgangstaal van VANDENBROUCKE, oversopt met een betweterig academisch sausje, en vingertje omhoog.

Uitgenodigd met de BVAS voor een ontbijtdiscussie om 08.00 uur dd. 20.11.2001, horen we, tussen twee slokken koffie door, de minister zeggen dat hij geen seconde zal twifelen om tarieven aan de tandartsen op te leggen als ze formeel de opzegging van hun akkoord bekendmaken. (In feite was het akkoord al opgezegd maar de minister weigerde de handgeschreven aangetekende brief in ontvangst te nemen). Voor de artsen kondigde hij aan hetzelfde te doen en bovendien dat hij de wet zal wijzigen zodat hij – wanneer de artsen zelf niet voldoende besparingen ophoesten – zelf om het even welke nomenclatuurwijziging kan opleggen. De teksten waren al geschreven en klaar voor de Programmawet van eind december 2001.

De avond voordien sprak de minister al afzonderlijk met het Kartel en met de ziekenhuisbeheerders.

Na het ontbijt, de hoogmis. Vanop de kansel van de Wetstraat 62 zet hogepriester VANDENBROUCKE met zijn acolieten Jan BEECKMANS, Dr. Ri DE RIDDER, Dr. Dirk RAMAEKERS, de betrokken partijen, artsen, mutualiteiten en ziekenhuisbeheerders, samen met Task Force voorzitter Gabriël PERL, uiteen dat de agenda voor verandering in de sector “constructief” maar onvoldoende is en dat dit overleg het overleg van de laatste kans is.

Al slaand en zalvend krijgt VANDENBROUCKE de vastgelopen vergaderlocomotief weer op gang. Opnieuw lopen de vergaderzalen van het RIZIV vol, voor Werkgroep 2 zelfs nog viermaal, inclusief een vrijdagavond.

Voor de apotheose op dinsdag 18.12.2001, werden allen verzocht een ganse dag uit te trekken. Tegen de middag waren de drie werkgroepen, samen met hun 4 voorzitters, onder de vastberaden leiding van Task Force-voorzitter PERL, goed opgeschoten : de rapporten van Task Force 1 en 2 werden goedgekeurd. Alleen voor de dialyse werd nog niet uitgemaakt of het forfaitair bedrag per week per patiënt (35.500 BEF) nu integraal een honorarium zou wezen voor de dialyse-artsen dan wel een deel forfait voor het ziekenhuis en een deel forfaitair honorarium voor de nefrologen.

Na de lunch kwam Task Force number three aan bod. Omdat de ziekenhuisbeheerders, na meerdere ontmoetingen met het kabinet en met VANDENBROUCKE zelf, er niet in geslaagd waren bijkomende financiële middelen los te peuteren om hun structureel deficit (door hen op 17 miljard BEF geraamd) aan te zuiveren, kwam het tot een clash tussen een unanieme artsenbank en een (op één stem na) unanieme beheerdersbank over de kostenverdeling. We citeren het (niet goedgekeurd) werkdocument van 18 december 2001 :

*“De bank van de geneesheren is van mening :*

- *dat teneinde de financiële verhouding tussen beheerders en geneesheren te verbeteren een snelle wijziging van artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen nodig is;*
- *dat het gebrek aan middelen van de beheerder een feit is en dat er daarom moet worden aan gedacht om de wijziging van artikel 140 in werking te laten treden wanneer het budget van 2003 voor de ziekenhuizen is uitgewerkt*

*De bank van de beheerders is van oordeel :*

- *dat over een herziening van de kostenverdeling niet kan gesproken worden zolang volgende voorwaarden niet zijn vervuld : de structurele onderfinanciering dient te zijn opgelost door middel van een kredietwaardig plan en de volledige relatie geneesheren-beheerders moet parallel met een wijziging van de kostenverdeling worden bekeken;*
- *dat het aangewezen is dat gedurende de periode van voornoemde globale discussie geen besluiten worden gepubliceerd op het vlak van normering of programmatie.”*

De beheerders verbraken met andere woorden alle afspraken gemaakt op 29.10.2001. ASGB-voorzitter, Dr. Robert RUTSAERT, zegt in “De Morgen” van 20.12.2001 terecht dat de ziekenhuisbeheerders van de Task Force, een Task Farce hebben gemaakt. Ondergetekende noemt de houding van de beheerders laag-bij-de-grondse chantage. De simplistische ideeën die VVI-directeur, Dr. Carine BOONEN op 12.10.2001 in Artsenkrant over de onderbudgettering ten beste gaf, beloven niets goeds voor de toekomst. Volgens haar mag de 17 miljard BEF onderfinanciering ongehinderd uit de zakken van de ziekenhuisartsen worden geklopt. Staken mogen de artsen ook. “Maar” zegt ze “aangezien hierdoor ziekenhuisbedden komen leeg te staan, ontvangen de beheerders geen verpleegdagprijs. Terwijl de personeelskosten uiteraard doorlopen. We zien ons dus genoodzaakt tekorten te verhalen op de dokters”, aldus Dokter BOONEN.

De krantencommentaren besloten dat de bal nu in het kamp van de minister(s) ligt. Niettegenstaande de stugge houding van de ziekenhuisbeheerders, krijgen de artsen weer de grootste schuld in het debacle. Met de titel “Medische blunder” (een – ongewild ? – pijnlijke verwijzing naar het schijnbaar onoplosbare probleem van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering) legde Evelyne HENS, doorgaans zeer goed geïnformeerd én objectief, in de Financieel Economische Tijd van 20.12.2001, mijns inziens onterecht, de schuld vooral bij de artsen.

### **III.7. En de conclusies van de ministers dd. 29.01.2002**

Op 29.01.2002 stelden de ministers VANDENBROUCKE en AELVOET hun “Agenda 2002 voor verandering in de gezondheidszorg” aan de verzamelde media voor (Persmap 29.01.2002; 17 blz).

Voor Magda AELVOET ongetwijfeld een welkome verademing na de kritiek over de mankementen in de beveiliging van de voedselketen. Die beveiliging was in 1999 nochtans de enige zinnige verklaring waarom de groenen plots in de Regering konden terechtkomen.

Wat de artsen vreesden, kwam uit. De minister wil geen knopen doorhakken met betrekking tot de kostenverdeling in de ziekenhuizen. M.a.w., de regeling van artikel 140 wordt verschoven naar Sint Juttemis. Als doekje voor het bloeden zal (ik citeer) *“de wet onmiddellijk worden aangepast om de oprichting in elk ziekenhuis van een Financiële Commissie op te leggen waarin beheer, directie en Medische Raad geregeld overleg plegen over de geldstromen binnen het ziekenhuis”*.

De ministers beschouwen hun “Agenda 2002” als een lastenboek. We zullen er in ons volgend jaarverslag of onze volgende jaarverslagen ongetwijfeld op terugkomen. Preliminair hopen we dat het geen boek vol lasten voor de medici wordt. De artsen zullen continu ter verantwoording worden geroepen i.v.m. het voorschrijven van geneesmiddelen, medische beeldvorming, klinische biologie en kinesitherapie. De patiënten worden zachter behandeld. Ik citeer : *“Tenslotte moet in SOMMIGE situaties ook de verantwoordelijkheid van de patiënt gevraagd worden”* (pag. 4 van de persmap). Blijkbaar beperkt die verantwoordelijkheid zich tot het misbruik van de spoedgevallendiensten.

Voor het overige hebben de ministers veel van de compromissen van de Task Force Perl overgenomen.

Voor de dialyse, waar geen consensus was gevonden, heeft ze de peer in twee gedaan. Enerzijds een forfaitair honorarium voor de arts en anderzijds een forfaitair bedrag voor het ziekenhuis telkens per patiënt en per week ongeacht het type dialyse. De concrete uitvoering roept veel vragen op vandaag. Het moratorium op de dialysecentra blijft gehandhaafd.

In de biologie vervangt een politiek compromis het voorstel van de Task Force wat betreft het forfaitair honorarium per verpleegdag : de helft op basis van pathologie-gegevens en de helft op basis van een nationaal gemiddeld verbruik per bed. Voor de pathologie wordt meteen het APR-DRG-systeem ingevoerd, zonder verdere evaluatie.

Over de radiologie lezen we : *“We volgen de werkgroep van de Task Force om niet verder te gaan in de forfaitarisering”*. Maar ook hier wil hij – in tegenspraak met de aanbevelingen van de Task Force – onmiddellijk de APR-DGR-gegevens invoeren.

Dit nieuwe nec plus ultra APR-DRG-systeem zal ook dienen om te starten met het wegwerken van praktijkverschillen voor 13 chirurgische en 13 internistische pathologieën.

In 2002 wordt er een belangrijk afschrikkingseffect verwacht en ten vroegste vanaf 2003 zal het te recupereren bedrag bij te dure behandelingen in mindering worden gebracht van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis.

Via een (citaat) *“herziening van de Wet op de ziekenhuizen zal de beheerder het recht krijgen om een deel of het geheel van dit bedrag te verhalen op de honoraria van de betrokken specialisten, afhankelijk van de afhoudingssystemen die binnen het ziekenhuis gelden.”*

Verder schenkt de “Agenda 2002” veel aandacht aan een toekomstplan voor de huisartsgeneeskunde en aan de financiering ervan, aan de specifieke rol van de

universitaire ziekenhuizen en aan het inschakelen van de mutualiteiten bij het doelmatig gebruik van middelen in ziekenhuizen.

Ook het versterken van de verantwoordelijkheid van de mutualiteiten komt aan bod. Onder invloed van de bemerkingen van de artsen vinden wij volgende zinssnede : *“Analoog met de benadering die geldig is voor de praktijkverschillen bij de zorgverstrekkers, zijn er ook tussen de V.I.’s kwaliteitsverschillen inzake de uitvoering van hun talrijke wettelijke opdrachten.”*

De bedoeling zou zijn om die kwaliteitsverschillen mede in rekening te brengen bij de toekenning van de administratieve vergoeding van de mutualiteiten.

## **IV. NOMENCLATUUR, INTERPRETATIEREGELS EN GENEESKUNDIGE CONTROLE**

### **IV.1. Goed bestuur en georganiseerde rechtsonzekerheid**

Onze diensten hebben, zoals steeds, ook in het voorbije jaar verscheidene collegae bijgestaan met de verdediging van hun rechten t.o.v. de geneeskundige controle en bij betwistingen door sommige ziekenfondsen.

De aanhoudende nomenclatuurwijzigingen van het voorbije jaar hebben bovendien voor een toenemende staat van rechtsonzekerheid gezorgd. Nomenclatuurbesluiten hebben immers het onaangename nadeel compleet onleesbaar te zijn. Maar gecoördineerde versies laten doorgaans vrij lang op zich wachten. Ook bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV ontbreekt het blijkbaar aan middelen om het ritme bij te houden. De overheid doet er niets aan. De overheid treft maar maatregelen, schort ze op, verandert ze, stelt vervaldata uit, laat afgewerkte aanpassingen opzij liggen, of duwt ze in een vergeethoek, terwijl andere al toegepast worden, alvorens de besluiten getroffen zijn en zelfs als die nog geen wettelijke basis hebben! Niet alleen de burger kan niet volgen, zelfs de ambtenaren, ondanks jarenlange ervaring, geraken verstrikt in het kluwen.

Terwijl de website van de Minister van Sociale Zaken dagelijks met fonkelende beleidsreclame uitpakt of hevige lastercampagnes voert tegen vermeende beleidsvijanden, staat de elektronische uitgave van de nomenclatuur ongeveer zes maanden achter, net zoals bijna wanhopig gepoogd wordt om de aanzienlijke achterstand met de registratie van de gegevens m.b.t. de accreditering weer bij te benen.

Het handvest van de Burger ? Zelfs op websites van sommige Administraties durft men de conformiteit van de geleverde informatie niet meer garanderen.

### **IV.2. Interpretatieregels**

De oude "roze blaadjes" gaan in een nabije toekomst verdwijnen. Sedert de wet van 25.01.1999 heeft het College van Geneesheren Directeurs geen interpretatieve bevoegdheid meer. Interpretatieregels worden ontworpen door de T.G.R., ter goedkeuring voorgelegd aan het Verzekeringscomité en vervolgens gepubliceerd in het Staatsblad, met vermelding van de datum van invoeging. De bedoeling van deze maatregel was een grotere rechtszekerheid te scheppen. De TGR heeft daarom in de loop van het voorbije jaar werk gemaakt van een actualisering van de oude interpretatieregels. Wanneer deze gepubliceerd zijn in het Staatsblad worden ze tegenstelbaar aan de artsen.

Een tweede interpretatieve rechtsbron van de nomenclatuur is de rechtspraak van de Beperkte Kamer en van de Commissie van Beroep, d.w.z. de administratieve rechtbanken

van het RIZIV, weliswaar in ruime mate beïnvloed door de Dienst voor Geneeskundige Controle die de vervolgingen instelt, en die er soms eigen interpretaties op nahoudt.

### IV.3. Geneeskundige controle

Wanneer collegae ondervraagd worden door geneesheren-inspecteurs verwarren ze dikwijls drie begrippen bij die kritische benadering van hun praktijksituatie : is dit medisch verantwoord ? Is de prestatie werkelijk verricht ? Is de prestatie conform de nomenclatuur ? Enerzijds zijn werkelijkheid en conformiteit in feite één en hetzelfde begrip in die zin dat een prestatie slechts kan aangerekend worden als ze beantwoordt aan de regels van de ZIV. De enige afwijking ligt in de eventuele toepassing van de zgn. "verschilregel", wanneer een niet-conforme prestatie met een hogere relatieve waarde toch conform de omschrijving en toepassingsregels van een lager gequoteerde verstreking blijkt. In dat geval dient de terugvordering berekend te worden op het verschil tussen beide.

Anderzijds is er een essentieel onderscheid tussen "medisch verantwoorde zorg" en "conformiteit" Dit laatste wordt uitsluitend beoordeeld door de Beperkte Kamer of de Commissie van Beroep. Niet-conformiteit leidt, naast de eventuele sancties (boete, schorsing) hoe dan ook tot de terugvordering van het nadeel van de ZIV over een periode van max. 2 jaar (verjaringstermijn), tenzij bewezen wordt dat de arts bij de inbreuk te kwader trouw heeft gehandeld (verjaringstermijn 5 jaar).

Wat de "medisch verantwoorde zorg" betreft, deze wordt uitsluitend beoordeeld door de Controlecommissies, een andere soort administratieve rechtscolleges die de inbreuken op artikel 73 van de Wet Geneeskundige verzorging en uitkeringen (G.V.U.-wet) beteugelen. De specifieke verjaringstermijn is hier meteen de hoogste, nl. 5 jaar. Daarom leggen wij er de nadruk op dat niet lichtzinnig mag omgesprongen worden met guidelines en consensussen waarvan het oorspronkelijk eerder kwaliteitsbevorderende oogpunt in deze context helaas in een zwaar normatieve betekenis wordt omgezet. Art. 73, 4<sup>e</sup> lid van de GVU-wet zegt: *"Het onnodig dure karakter van onderzoeken en behandelingen en het overbodig karakter van verstrekkingen dienen geëvalueerd te worden in vergelijking met de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen die een zorgverlener voorschrijft, verricht of laat verrichten in gelijkaardige omstandigheden."*

Er bestaat evenwel geen specifiek juridisch kader voor de tegenstelbaarheid van dit soort gedrags-"regels", noch enige datum van invoegetreiding. Hier berust alles op interpretatie, en een door de controlecommissie vastgestelde inbreuk heeft dus hoe dan ook een retroactieve uitwerking over de volledige verjaringstermijn. Sancties: onverminderd straf- of tuchtrechterlijke vervolgingen, de geheel- of gedeeltelijke terugvordering van de uitgaven m.b.t. de prestaties en het verbod tot derde betalingsregeling.

Belangrijk m.b.t. hetzij conformiteitscontrole, hetzij onderzoeken ingesteld in het kader van art. 73, is te weten dat meestal gespoord wordt naar extrapoleerbare vaststellingen door de geneesheren-inspecteurs. Tijdens de verhoren wordt de bevraging van de arts georiënteerd in de richting van een vast stramen in de praktijkvoering, typologieën in de behandelingen, enz.... Nochtans moet elke patiënt als een afzonderlijk geval benaderd worden.



## V. NUMERUS CLAUSUS EN PLANNINGSCOMMISSIE

In vergelijking met het in voege zijnde K.B. van 07.11.2000 (B.S. 08.12.2000) (cfr. tabel 12) zijn er meer kandidaten in opleiding dan er binnen het RIZIV-systeem toelaatbaar zijn. Aan Vlaamse zijde wordt het overschot geraamd op 120 kandidaten de jaren 2004, 2005 en 2006 of 40 per jaar. De oorzaak ligt in het feit dat de eerste selectieproeven niet het vooropgestelde doel bereikten.

Aan Franstalige zijde legt men doelbewust het overschot jaarlijks vast op 15 % of 42 kandidaten.

Bij de Vlamingen zal dit overschot verdwijnen. De Franstaligen daarentegen wensen deze overproductie aan te houden.

De Planningscommissie is van oordeel dat deze artsen kunnen ingeschakeld worden in enerzijds niet-curatieve functies als arbeidsgeneeskunde, data manager, gerechtelijke geneeskunde (drie nieuw erkende specialistische beroepstitels), verzekeringsgeneeskunde ... en anderzijds in curatieve functies die niet door het RIZIV worden terugbetaald (ik citeer het verslag van de Planningscommissie dd. 06.12.2001) zoals "*alternatieve geneeswijzen, eventuele ziekenhuisfuncties, niet gespecialiseerde ziekenhuisarts, enz ...*".

De beslissing van de Planningscommissie, met de uitsplitsing huisartsen-specialisten tot en met het jaar 2011, vindt U in tabel 13.

Het voorstel om geriatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie uit de quota te halen, vond geen meerderheid in de Planningscommissie. De geriatrie blijft dus opgenomen in het quotum interne geneeskunde, de kinder- en jeugdpsychiatrie in het quotum psychiatrie. Het ministerieel idee om tussen 2004 en 2010 240 kinderpsychiaters bij op te leiden werd als niet-realistisch verworpen. Het eerder geplande aantal (volwassen-)psychiaters van 22 per jaar (15 Nederlands- en 7 Franstaligen) werd opgetrokken tot 39 per jaar (27 Nederlands- en 12 Franstaligen) (cfr. tabel 14).

Volgens de administratie van Volksgezondheid werd aan de beide kamers van de 25 erkenningscommissies voor geneesheren-specialisten in de gecontingenteerde basisdisciplines gevraagd hoeveel specialisten er in hun discipline moeten worden opgeleid. Hun voorstellen werden herberekend volgens het model van de contingentering. Van het quotum dat daarvan werd afgeleid werd 80 % genomen en zo werd het minimumaantal per discipline vastgelegd (in praktijk 330 van de 400 te begeven specialisaties). De overige 20 % (in praktijk 70 specialisatieplaatsen) zal naar gelang van de specifieke behoeften binnen elke Gemeenschap over de verschillende disciplines kunnen worden verdeeld. De administratie wil op die manier enige soepelheid creëren binnen het beperkingsmechanisme.

Het verhogen van het aantal artsen in 2005 van 650 naar 700 en in 2006 van 600 naar 700 haalde het met een bescheiden meerderheid in de Planningscommissie. Deze beslissing vereist een wijziging van het K.B. van 07.11.2000. Voor de jaren 2007 tot 2011 wou Prof. D. DELIEGE (UCL) het cijfer optrekken tot 850 artsen per jaar. Wij nemen een deel van haar argumentatie over :

\* *de algemene bevolkingsgroei (??!!) en het behoud van de toegankelijkheid;*

\* *de toename van de behoeften, reeds zichtbaar in het toegenomen gebruik van de geneeskunde;*

- \* de vastgestelde tekorten (anesthesie);
- \* de vergrijzing van de artsenpopulatie en de bevolking in het algemeen (= jaarlijks + 0,7 %);
- \* vastgestelde tendensen in de consumptie;
- \* groeihypothesen van het planbureau;
- \* de technologische vooruitgang"

Ze kon de Planningscommissie niet overtuigen. Meerderheid tegen minderheid adviseert de Commissie minister AELVOET om het totaal aantal artsen op 700 te bewaren, met 300 huisartsen t.o.v. 400 specialisten en een taalverhouding 60 % Nederlandstaligen tegenover 40 % Franstaligen (tabel 13).

De Planningscommissie is uiteraard slechts een adviesorgaan. Bovenvermelde cijfers zijn adviezen van de vergaderingen van de Planningscommissie van 06 en 21.12.2001. Momenteel is alleen het K.B. van 07.11.2000 in voege. Het nieuwe K.B. moet nog worden opgesteld.

In de rand van dit verhaal dient ook nog vermeld dat het VBS fel heeft geprotesteerd bij Mevrouw AELVOET, minister van Volksgezondheid en bij premier VERHOFSTADT tegen de – meerderheid tegen minderheid – beslissing van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen van 29.11.2001 die de specialisten discrimineert. De drie jaar durende beroepsopleiding tot huisarts, die overeenstemt met de Europese richtlijn terzake, vangt aan na het zesde jaar geneeskunde-opleiding. De opleiding tot geneesheer-specialist vangt slechts na het zevende studiejaar geneeskunde aan.

Het V.B.S heeft alvast aangekondigd dat, indien dergelijk Besluit zou verschijnen, het dit juridisch zou aanvechten ondermeer omdat de federale Hoge Raad niet bevoegd is om zich uit te spreken over de gemeenschapsmaterie die het onderwijs in de geneeskunde is.

## **VI. DE RECHTEN VAN DE PATIENT EN DE MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID**

### **VI.1. De Hoorzittingen in het Parlement**

Precies op 9 januari 2001 werden in de Kamer hoorzittingen georganiseerd over de verschillende ontwerpen en voorstellen die de laatste jaren waren ingediend en waarvan we de inhoud reeds uitvoerig besproken hebben in voorgaande verslagen. Het gaf onze voorzitter, J.GRUWEZ en mezelf de gelegenheid om een globaal overzicht te maken, doch vooral onze scherpe kritiek uit te brengen over de « Conceptnota Rechten van de Patiënt » - in feite een voorbereidende beleidsnota- van Minister AELVOET. Naast een controversiële uiteenzetting door Dr Ivo UYTENDAELE, Nederlandstalig Ondervoorzitter van de Nationale Raad van de Orde, die blijkbaar geen bezwaren zag tegen de directe inzage van het patiëntendossier door de patiënt zelf, kwam vanwege alle vertegenwoordigers van de medische sector niet alleen zware kritiek, maar vooral de eis dat artikel 95, 1<sup>e</sup> lid van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst zou geschrapt worden.

## VI.2. Het voorstel van de Regering

### VI.2.1. *Eerste versie van voorontwerp.*

Een nieuw, uitgebreider ontwerp (versie 01.03.2001) kwam aan het licht toen de regering ging uitpakken met een « megawet » over de gezondheidszorg. Al spoedig zou blijken dat het voorontwerp nog lang niet rijp was, zodat het verschoven werd naar een latere regeringsagenda, en besloten werd dat er twee halve megawetten zouden komen. Het voorontwerp, met zijn sterk consumentistisch getinte uitgangspunt (de patiënt als « gebruiker van diensten inzake gezondheidszorg »), behield de op felle kritiek onthaalde versmelting van alle beroepsbeoefenaren van het KB nr. 78 samen met de niet-conventionele praktijken en zelfs alle vormen van instellingen (gezondheidsvoorzieningen), tot één polymorf verzamelbegrip « zorgverlener », dat met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid hoe dan ook de nu bestaande bescherming van de patiënt zou schaden.

Een tweede ernstig bezwaar was dat niet alleen bij wet, maar zelfs door verzorgingsinstellingen beperkingen aan de patiëntenrechten konden opgelegd worden. Bestaande rechten afbouwen bleek wel een zonderling object voor een wet over de patiëntenrechten. Zelfbeschikkingsrecht impliceert immers ook in het ziekenhuis een vrij keuzerecht, de keuze tussen soorten van behandeling, voortzetting of stopzetting van behandeling, de al dan niet verwijzing en het zich al dan niet wenden tot een ander beoefenaar of het inwinnen van een tweede advies.

Het laat echter geen twijfel dat dit gedachtegoed, ook al was het maar een reeks denkpistes van een ministerieel kabinet, op eerder korte termijn heel wat ethische waarden in de wortel heeft aangetast zodat we het vandaag al terugvinden in concreet uitgewerkte opvattingen over bvb. sommige zorgnetwerken.

Alhoewel het gaat over een materie die een breed principiële debat vergt, werd meteen in het ontwerp een ruime verdere uitvoerings- en toepassingsbevoegdheid bij KB voorzien.

Ook was het dadelijk duidelijk dat de wijze waarop zou omgesprongen worden met medische informatie geenszins werkbaar zou zijn. De onrealistische vereiste « alle » informatie betreffende de patiënt schriftelijk te bezorgen zou leiden tot een fenomenale overlast voor de artsen en zou elke consultatie omtoveren tot een proces-verbaal.

Een van de weinige positieve elementen dat de « hoor »zittingen hadden nagelaten, nl. de schrapping van art 95 1<sup>e</sup> lid van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst, werd teniet gedaan door een bepaling luidens dewelke de arts zou verplicht zijn de informatie betreffende de patiënt mede te delen « aan een door hem aangewezen persoon ». We merkten op dat deze blijkbaar ook een rechtspersoon kon zijn, en zelfs een verzekeraar, een bankier, een vastgoedmakelaar, een werkgever, een geldschietter, een sportclub... Het woord « vertrouwensarts » bleek gewoon taboe. De rechtstreekse toegang tot het medische dossier : een « must ». En het ging zo maar verder. Als de patiënt het wenst kan hij zich laten bijstaan of zijn inzagerecht laten uitoefenen, andermaal door de onbekende « third man », de « door hem aangewezen persoon ».

Wel was het de bedoeling mogelijke dérapages met medische gegevens te verhinderen door een bepaling die voorzag dat « geen inmenging is toegestaan met betrekking de uitoefening van het recht » op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Die bepaling zou echter hoe dan ook dode letter blijven wat betreft de door de patiënt vrijwillig aangeduide (al dan niet rechts-)« persoon ». We lieten de minister verstaan dat haar ontwerp geenszins verhinderde dat een commerciële firma de medische gegevens zou afkopen van alle Belgen..

Al even absurd bleek tenslotte de bepaling volgens dewelke de zorgverlener het dossier geheel of gedeeltelijk moest vernietigen op vraag van de patiënt. Wat met gegevens van erfelijke belasting, die van belang zijn voor de medische behandeling van nakomelingen ? Wat met het genoteerde « informed consent » ? Wat met de elementen die noodzakelijk zijn voor mogelijke medico-legale problemen ? Over welke bewijsmiddelen mag de arts nog beschikken als de vernietiging op vraag van de patiënt afdwingbaar is ?

De persoonlijke notities van de arts bleven, in deze eerste versie van het voorontwerp, volledig vrij van inzagerecht. In een tweede versie zou dit al heel wat anders liggen...

### **VI.2.2. Tweede versie van voorontwerp: rechtstreeks inzagerecht en de Orde.**

In juni 2001 pakte Minister AELVOET uit met haar « gecorrigeerde » definitieve versie van het voorontwerp ; het zou naar de Raad van State vertrekken voor advies, en gehoopt werd dat in het najaar de Parlementaire besprekingen zouden kunnen aanvatten. « De Standaard » (14.06.2001) had het over « een doorbraak » en die was « uitgerekend te danken aan de Orde van Geneesheren. Die toonde aan dat het inzagerecht de relatie tussen arts en patiënt niet doet verslechteren, maar verbeteren. » (einde citaat). Blijkbaar had de minister zeer selectief geluisterd op de parlementaire hoorzittingen van begin januari en werden alleen de persoonlijke bedenkingen van Dr. I. UYTENDAELE in haar geheugen weerhouden, handig omgezet evenwel in een standpunt van de Orde. We hebben de Nationale Raad om een rechtszetting gevraagd met een brief van 21.06.2001 waarop we tot nog toe geen inhoudelijk antwoord ontvingen. Eind december 2001 werd ons meegedeeld dat onze vraag zal worden behandeld op 16 februari 2002.

Blijkbaar houdt de Orde het bij haar standpunt (over de oorspronkelijke Conceptnota van minister AELVOET), zoals het door de Nationale Raad op 17.02.2001 officieel werd omschreven en op de website [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be) gebracht : « Het recht op directe inzage van het medisch dossier door de patiënt zelf ligt in het verlengde van de informatieplicht en de voorgestane open communicatie » (nb : «... het recht op informatie moet leiden tot een open dialoog waarin arts en patiënt samen zoeken naar de beste oplossing voor het gestelde probleem »). Doch principieel herhaalt de Nationale Raad dat de arts op vraag van de patiënt alleen de objectieve gegevens uit het medisch dossier mag overhandigen. En zij voegt eraan toe dat er, naast de persoonlijke notities van de arts en gegevens omtrent derden (die van het inzagerecht zijn uitgesloten), er zich nog een reeks andere gegevens in het dossier bevindt die « noch als objectieve gegevens kunnen worden beschouwd, noch onder de categorie gegevens vallen die volgens de Conceptnota van inzage uitgesloten zijn ».

Uit die verklaring blijkt duidelijk dat de Minister in haar interpretatie het zgn. bijtreden van haar politieke optie door de Orde aanzienlijk heeft overschat. Bovendien bevestigt deze laatste : « Tot vandaag was het medisch dossier enkel een werkinstrument van de arts in functie van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg (deze frase van de Orde wordt door de minister straal genegeerd, nvdr). Het dient dan ook voorkomen te worden dat de kwaliteit van het dossier onder het inzagerecht van de patiënt zou lijden».

Inhoudelijk brengt de tweede versie van het voorontwerp weinig fundamentele verandering aan de eerste versie. Jammer genoeg zijn de « zorgverleners » nog altijd dezelfde heterogene groep waarbij de niet-conventionele praktijken voor de minister nog altijd dé diensten bij uitstek zijn zonder dewelke een wetsontwerp over patiëntenrechten onbestaanbaar wordt geacht :

- De ruime uitvoeringsbevoegdheid blijft gehandhaafd. Bij KB kunnen nog altijd nadere regelen bepaald worden inzake de toepassing van de wet op nader te omschrijven rechtsverhoudingen. Ons inziens een zeer onbestemd gelaten uitvoeringsbevoegdheid.
- De rechtenbeperkende rol van de verzorgingsinstellingen werd wel afgezwakt : de patiëntenrechten blijven gelden t.o.v. alle zelfstandige beroepsbeoefenaren en t.o.v. het ziekenhuis zelf en haar personeel (bedienden of statutair benoemd).
- De wet kan noch altijd beperkingen opleggen aan de keuzevrijheid.
- De patiënt heeft nog altijd recht op « alle »(dus : volledige) informatie, behalve als hij uitdrukkelijk verklaart dat niet te wensen of in geval van ernstig nadeel voor de patiënt zelf of derden. In dat geval raadpleegt de zorgverlener een ander zorgverlener en een desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon van de patiënt. Het verzoek van de patiënt wordt opgetekend in het patiëntendossier. De motivering van de therapeutische exceptie moet eveneens genotuleerd in het dossier en de vertrouwenspersoon wordt ervan ingelicht.
- Als de patiënt het vraagt wordt alle informatie schriftelijk ter beschikking gesteld.
- De gegevens moeten nog steeds medegedeeld worden aan een door de patiënt aangewezen vertrouwenspersoon. Dat moet dan wel genotuleerd worden in het dossier.
- De bepalingen i.v.m. het informed consent leveren aanzienlijke problemen inzake rechtszekerheid voor de arts. De toestemming is vereist voor ieder optreden. Ze wordt uitdrukkelijk gegeven, tenzij de zorgverlener dit uit « de gedragingen van de patiënt » kan afleiden, maar dan moet hij kunnen bewijzen dat hij :

1° de patiënt voldoende heeft geïnformeerd ; die informatie is voorafgaandelijk en tijdig, en heeft betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's, de financiële gevolgen, de mogelijke alternatieven, de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en..."andere door de patiënt (nvdr: dit vergt translucide vermogens in hoofde van de arts) of de zorgverlener relevant geachte verduidelijkingen".

2° de arts moet de afleiding uit « de gedragingen » redelijkerwijze kunnen verantwoorden. Een notering in het patiëntendossier heeft in deze visie generlei juridische waarde, tenzij kan bewezen worden dat dit op verzoek of met het akkoord van de patiënt is gebeurd.

Gelijkaardige bewijsproblemen ontstaan uiteraard eveneens wanneer patiënt de toestemming weigert of intrekt, wat eveneens moet genotuleerd worden in het dossier.

In dergelijke omstandigheden kan de zorgverlener slechts enige rechtszekerheid genieten wanneer hij, alvorens elk optreden, de patiënt een kopie van desbetreffende notulering bezorgt en hem enige bedenktijd laat. Slechts dan kan hij mogelijks uit de « gedragingen » van de patiënt afleiden dat hij wel degelijk al dan niet met de behandeling instemt.

- De bepalingen betreffende de rechtstreekse toegang tot het dossier (nb : « onverwijld en ten laatste binnen 45 dagen »), kregen bovendien nog een staartje. Zoals hoger vermeld zijn de persoonlijke notities van de arts en gegevens betreffende derden hiervan

uitgesloten. Maar de vertrouwenspersoon van de patiënt krijgt nu wél toegang tot deze elementen. Het is slechts voor de therapeutische exceptie, gemotiveerd in het dossier ingeschreven, dat het inzagerecht dient uitgeoefend te worden door een vertrouwensberoepsbeoefenaar (arts, tandarts, apotheker, kinesitherapeut, verpleegkundige, paramedicus, of niet-conventioneel beoefenaar) die uiteraard ook inzagerecht verwerft in de zgn. persoonlijke notities.

Om echt enige privacy te genieten in zijn professioneel geheugen, zal de arts dus een derde pak vellen vol tekeningetjes (want het mogen geen notities zijn), netjes ingekaderd in de praktijkruimte moeten hangen, zodat niemand kan raden dat het iets anders is dan plastische kunst.

- De patiënt heeft recht op een afschrift van het geheel of een gedeelte van het dossier tegen kostprijs. Vermoedelijk zijn de bedekte elementen (persoonlijke notities) hiervan ook uitgesloten. Nochtans staat er geschreven dat de zorgverlener dit slechts kan weigeren als het beroepsgeheim jegens derden in gedrang kan komen.

- In geval van overlijden van de patiënt verwerven de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten t.e.m. de tweede graad via een door elk van hen aangewezen beroepsbeoefenaar (arts, tandarts, apotheker...enz) op hun verzoek het inzagerecht, weliswaar mits motivering. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de persoonlijke notities.

- Tenslotte werd het recht op schrapping van het geheel of een deel van het dossier weggelaten.

Voorts wordt in het ontwerp het klachtenrecht i.v.m. de uitoefening van de patiëntenrechten beschreven, via een bevoegde ombudsfunctie. Een Federale Commissie « Rechten van de Patiënt » wordt opgericht om nationale en internationale patiëntenrechtelijke informatie in te zamelen, advies te verstrekken aan de minister, o.m. omtrent de bij K.B.'s uit te werken ombudsfunctie, en om de toepassing van de rechten en de werking van de ombudsfuncties te evalueren. De samenstelling en werkingsregelen zullen voorzien worden bij KB. Een evenwichtige verhouding tussen vertegenwoordigers van de patiënten, van de zorgverleners en verzekeringstellingen wordt gewaarborgd.

Inmiddels kwam het wetsontwerp nog steeds niet in de Kamer terecht. Naar verluid bestudeert de regering op dit ogenblik de verwerking van de bemerkingen van de Raad van State, waarvan de tekst ons helaas onbekend is. Een federaal-communautair bevoegdheidsprobleem i.v.m. de relatie patiënt-verzorgingsinstelling zou hier een ingewikkelde juridische klus vormen die voor enige onenigheid zorgt..

## **VI. 3 Het wetsvoorstel VISEUR - PAQUE**

### ***VI.3.1. De vrije arts-patiëntrelatie***

Op 26 juni 2001 werd in de Kamer door de PSCers Jean-Jacques VISEUR en Luc PAQUE het zoveelste wetsvoorstel ingediend over dezelfde materies, onder de vorm van een reeks toevoegingen (een hoofdstuk III bis) aan het KB nr. 78 van 10.11.1967 over de geneeskunst. Blijkbaar hadden de auteurs met aandacht kennisgenomen van de talloze bezwaren die langs medische zijde waren geopperd t.o.v. het ontwerp AELVOET, want op verscheidene vlakken geven de vooropgestelde bepalingen uiting van een veel ruimere realiteitszin. Mits een aantal aanpassingen zouden verscheidene artikels hier zowel voor

de patiënt als voor de zorgverlener een veel pragmatischere en in de praktijk meer werkbare regeling bieden. Zo bvb. de vrije keuze van de patiënt: « *Behalve in spoedeisende gevallen... berust de relatie arts-patiënt op de vrije keuze van de zorgverlener door de patiënt en op de vrije aanvaarding van die keuze door voormelde zorgverlener.* » En verder: « *De keuzevrijheid van de patiënt blijft beperkt tot de keuze van de zorgverlener voor het toedienen van individuele zorg en van de ziekenhuisinstelling* ».

Het lijkt de eenvoud zelve, een kleine oase van gezond verstand middenin een vreselijk op betutteling verzuchte overheid. Gans anders dan de twijfelzaaiende dubbelzinnigheid die in het ontwerp AELVOET ontstaat, zodra de patiënt een voet heeft geplaatst in het ziekenhuis. Ook de vrije aanvaarding van de relatie door de zorgverlener is een evident gegeven dat in de verscheidene andere voorstellen of in het regeringsontwerp niet wordt erkend. Bovendien vinden we in dit voorstel geen onontwarbaar kluwen van zgn. zorgverleners waarin naast instellingen ook de beoefenaars van niet-conventionele praktijken worden vermengd. Men beperkt zich hier tot de beoefenaars van de geneeskunde, de tandheelkunde, de kinesithérapie, verpleegkunde, en de paramedische beroepen (de art. 2,3, 21bis, 21quater en 22 van het KB nr. 78). De niet vermelding van de artsenijsbereidkunde is bijzonder betekenisvol.

### **VI.3.2. Een werkbare informatieplicht**

De zorgverlener wordt verondersteld voor handelingen die een verhoogd risico impliceren de patiënt te informeren over aanzienlijke en significante risico's, over de voordelen, de gevolgen van niet-behandeling, alsmede over alternatieve therapeutische of palliatieve mogelijkheden. Let wel, men heeft het hier uitdrukkelijk over geplande medische handelingen.

De informatie wordt mondeling medegedeeld, zo volledig en optimaal mogelijk, in een begrijpelijke taal. Schriftelijke mededeling geschiedt ofwel op vraag van de patiënt, ofwel wanneer de beoefenaar het zelf nodig acht. Als de patiënt niets vraagt wordt hij geacht conform de wettelijke bepalingen te zijn ingelicht.

Ook dit geeft een schril contrast met de absolute informatieplicht van het ontwerp AELVOET, waarbij de zorgverlener geen rechtszekerheid wordt gegund en het beste advocatenadvies aan de patiënt erin zou bestaan nooit inlichtingen te vragen aan de arts; zo heeft hij alleszins de meeste kans om hem of haar op tekortkomingen te vatten.

Ook het schriftelijk mandaat aan een vertrouwenspersoon wordt hier op bijzonder zinvolle wijze behandeld. De zorgverlener is volledig vrij te beslissen welke informatie al dan niet aan voormelde persoon wordt vrijgegeven. Kan het logischer in een samenleving waar perslui zich voorstellen als senatorchauffeur om een gevangeniscel binnen te sluipen?

De therapeutische exceptie wordt geëerbiedigd. Als de zorgverlener in eer en geweten meent dat de informatieverstrekking de patiënt ernstige schade kan veroorzaken, kan hij zich uitzonderlijk, geheel of gedeeltelijk aan zijn informatieplicht onttrekken. Het moet dan wel in het medisch dossier vermeld worden met het waarom.

De patiënt heeft ook het recht om niet ingelicht te worden, mits schriftelijke wilsbeschikking. In dat geval moet de wil van de patiënt geëerbiedigd worden, tenzij dit schade kan veroorzaken aan de gezondheid van een derde.

### **VI.3.3. Een werkbaar informed consent**

Een behandeling mag noch ingesteld noch stopgezet worden zonder voorafgaande, vrije en weloverwogen toestemming van de patiënt. Die toestemming wordt mondeling verleend aan de arts tijdens de raadpleging nadat aan de informatieplicht is voldaan. De arts kan, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de patiënt, de toestemming schriftelijk in ontvangst nemen. Als de patiënt dat verzoek niet formuleert, wordt hij verondersteld zijn instemming te hebben verleend. In het ontwerpvoorstel AELVOET kreeg het eigen initiatief van de arts in casu geen enkele juridische waarde.

Een schriftelijke vaststelling is evenwel vereist voor « zware handelingen », nl. deze die tegelijkertijd ernstige en onomkeerbare gevolgen kunnen hebben, handelingen waarbij vaak risico's of ernstige neveneffecten optreden, handelingen gepaard gaande met een verminderd bewustzijn of die dit veroorzaken.

### **VI.3.4. Het recht op weigering van zorgen**

Als de patiënt zorgen weigert of zijn instemming intrekt, licht de zorgverlener hem volledig in over de alle voorzienbare gevolgen. Hij tracht te vernemen of de patiënt vrijelijk en met kennis van zaken beslist. Als de weigering de gezondheid of het leven van de patiënt in gevaar kan brengen, moet ze schriftelijk geformuleerd worden in aanwezigheid van getuigen. De weigering ontlast de zorgverlener van de verantwoordelijkheid voor de gevolgen ervan. Deze laatste zal niettemin de continuïteit van de zorgen verzekeren en de nodig geachte prestaties verrichten, doch kan de geweigerde behandeling stopzetten en de patiënt verzoeken zich tot een ander zorgverlener te wenden.

### **VI.3.5. Dossier en vertrouwensarts**

Na een omstandige inhoudelijke beschrijving van het dossier (NB : in feite alleen gepast voor een clinicus), dat in geval van ziekenhuisopname wordt medeondertekend door een verpleegkundige, volgen de bepalingen inzake de toegang tot het dossier. De auteurs sluiten een rechtstreekse toegang volledig uit en laten de patiënt vrij om een vertrouwensarts te kiezen, die hij schriftelijk machtigt, met vermelding van de redenen, om toegang te hebben tot het dossier en hem de inhoud ervan ter hand te stellen.

Van dat principe wordt echter afgeweken in geval van een aansprakelijkheidsvordering tegen de zorgverlener. In dit laatste geval beschikt de patiënt over een rechtstreekse toegang en het recht om het dossier integraal te kopiëren. Men kan zich afvragen waarom de vertrouwensarts hier plots overbodig wordt, zelfs in geval van zgn. therapeutische exceptie.

### **VI.3.6. Klachten en een bemiddelaar**

De patiënt die meent dat zijn rechten niet in acht genomen worden, kan een klacht neerleggen bij een klachtencommissie ingesteld bij de provinciale geneeskundige commissie of , in geval van ziekenhuisverzorging, bij de bemiddelaar aangewezen in het ziekenhuis. Op dit vlak vertoont het wetsvoorstel uiteraard gelijkenissen met verscheidene andere ontwerpen . Innoverend is nochtans dat de aanstelling van de bemiddelaar door de beheerder van het ziekenhuis gebeurt ... na advies van de medische raad.

Dat de bemiddelaar « van niemand richtlijnen krijgt voor de uitoefening van zijn opdrachten », en dat de beheerder hem « de middelen ter beschikking stelt die nodig zijn voor de uitoefening van zijn functie », zijn hopelijk iets meer dan twee mooi klinkende



vrome wensen als slotbepaling van een wetsvoorstel. Gelet op het belang dat het huidige gezondheidsbeleid in sommige opzichten hecht aan ethische principes, vooral als de patiënt in de mazen van het netwerk verstrikt geraakt, vrezen wij ten zeerste voor een omgekeerde, meer realistische versie, nl. dat de bemiddelaar van niemand veel middelen moet verwachten, en dat beheersstructuren hem wel richtlijnen ter beschikking zullen stellen die nodig zijn voor de uitoefening van zijn functie.

#### **VI.4. Wat met patiëntenrechten en medische aansprakelijkheid in de Eis-tijd ?**

Dat een regenboogregering koud en warm blaast tegelijkertijd, in bepaalde dossiers tegenstrijdige opties neemt zodat het einde van de discussies als maar voor zich uit geschoven wordt, is waarschijnlijk niet te vermijden. In het dossier van de patiëntenrechten was dat meteen duidelijk toen minister AELVOET nog lang vóór ze haar « Conceptnota » opstelde, enerzijds wel verklaarde dat patiëntenrechten niet zodanig mochten geformuleerd worden dat de medische beroepsuitoefening onmogelijk zou worden, doch anderzijds vooropstelde dat eerst de patiëntenrechten moesten geregeld worden en slechts daarna het aansprakelijkheidsprobleem.

Het is Professor Herman NYS die met zijn werk « Rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners » (Universitaire Pers Leuven, 2001, 184 pp.) uitpakte met het woord « Eis-tijd ». De titel van het boek zegt al duidelijk dat het de bedoeling is patiëntenrechten en medische aansprakelijkheid, de twee keerzijden van hetzelfde probleem, te verzoenen in een vertrouwensrelatie.

Men heeft niet echt de indruk dat die wil ook bestaat in synthesevorm binnen de regering. Hoe zou het ? De minister van volksgezondheid wil niet eens van een « vertrouwens »-arts weten. Ze noemde zoiets, weze het onrechtstreeks, « water en vuur verzoenen », in de memorie van toelichting van haar wetsontwerp.

Geen wonder dus dat de kern van het aansprakelijkheidsdebat in 2001 geen centimeter vooruitkwam en nog steeds zit waar hij zat meer dan anderhalf jaar geleden : in een interkabinettenwerkgroep waar enkele goedmenende politici af en toe de indruk willen geven dat de oplossing nabij is. En zolang men niet van de noodzaak van een vertrouwensrelatie als uitgangspunt vertrekt kan men geen oplossing verwachten.

Het vertrekpunt, helaas, zowel van de ontwerpen inzake patiëntenrechten en van de eerste « no-fault » ontwerpen ligt bij de onwaarachtig abstracte veronderstelling van onfeilbaarheid van de medische wetenschap en van de personificatie ervan, de alwetende en alles genezende onfeilbare « ervaren specialist ». Een hypothetisch wezen dat niet kan bestaan. Contradictie nummer één.

Dat hypothetisch alvermogen moet geconcretiseerd worden in een gezondheidszorg waarop men bespaart tot op de graat met het slagwoord « E.B.M. » en geen eurocent voor defensieve geneeskunde. Contradictie nummer twee.

De medico-legale rechtspraak inzake fout-aansprakelijkheid evolueert rechtstreeks in de richting van een omkering van de bewijslast, zonder uiteraard met enige E.B.M.-redenering rekening te houden. Contradictie nummer drie.

In het « no-fault » systeem wordt gewoon uitgegaan van het begrip « vermijdbare schade » (VS), maar niet elke VS : alléén de VS van de onfeilbare « ervaren specialist ». Contradictie nummer vier.

Naast het « no-fault »systeem blijft de fout-aansprakelijkheid bestaan. In de oorspronkelijke versie kon het slachtoffer beide sporen volgen; in een recentere versie (juni 2001) moest je kiezen. Maar de deskundige kwalificatie van de aard van de schade door het « schadefonds » bleef het uitgangspunt. Als schade vermijdbaar is, zal er...zeker voor de onfeilbare « ervaren specialist », wel iets fout gelopen zijn. Contradictie nummer vijf.

In de oorspronkelijke versie kreeg het slachtoffer een uitkering waarmee een fout-procedure kon ingesteld worden . In de tweede moest men kiezen tussen de uitkering of de fout-procedure, maar dan wel beschikkend over een formele vaststelling van VS. Maar vanuit sommige ziekenfondsen wordt gesteld dat het onrechtvaardig is alleen VS te vergoeden. Bij therapeutische ongevallen hoort ook de « onvermijdbare schade » vergoed te worden. De kwalificatie van de schade wordt dan nog duidelijker. Contradictie nummer zes.

Toen enkele weken geleden plots persberichten in de media kwamen over het « nieuwe » vergoedingssysteem van de therapeutische ongevallen, dacht elke burger dat er schokkende veranderingen op til waren. Het enige dat nog moest geregeld worden zou de financiering zijn.

Er zijn helaas geen schokkende veranderingen. Er is zelfs geen nieuwe ontwerptekst. En evenmin een sluitende financieringspiste waarover de regering het eens is. Hoogstens hoopt men rond Pasen een coherent project naar de ministerraad te krijgen. Misschien kan een ontwerp nog voor de zomer naar de Raad van State. En dan is er een kleine kans dat er tegen het jaareinde een wetsontwerp naar de Kamer gaat. Misschien.

Wie denkt dat het no-fault systeem de druk van de verzekeringslast gaat wegnemen, vergist zich. Over de combinatie van de drie financieringspistes, nl. de artsen (via bijdragen of additionele verzekeringen), burgers (via een belasting en beperking van de schadefonds- vergoedingen), en de sociale zekerheid, is men het in de regering helemaal niet eens. Dankzij de duidelijke contradicties in het systeem, zullen de artsen hoe dan ook minstens tweemaal betalen: zoals nu voor hun fout-aansprakelijkheid, plus de medefinanciering van het schadefonds, en mogelijks nog voor een private ongevalverzekering tegen schade aan hun patiënten.

De enige concrete daad op het vlak van de medische aansprakelijkheid in de loop van het jaar 2001, kwam van de Nationale Raad van de Orde die, in zijn vergaderingen van 16 juni en 18 augustus de zeer juiste en verstandige beslissing nam een §2 in artikel 34 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer in te lassen, luidend als volgt :

*« Een slachtoffer van een medische fout heeft recht op vergoeding van de door die fout veroorzaakte schade en elke geneesheer dient hiervoor verzekerd te zijn. »*

Inmiddels meldden ons in de loop van het voorbije jaar enkele leden een klein medisch probleem waarbij het ziekenfonds een terugbetaling weigerde wegens (foutloos) « therapeutisch ongeval », de patiënt terugsturend naar de arts met de stellige bewering dat zijn verzekering de kosten moest vergoeden. Men kan zich inbeelden wat de reële gevolgen zouden zijn van de invoering van het zo begeerde « no-fault »-systeem : de banalisering van alle kleine al dan niet vermijdbare, medisch foutloze schadegevallen of complicaties, die al dan niet door het schadefonds of lastens de additionele privé-verzekering van de geneesheer worden vergoed... op verhaal van het ziekenfonds. Eens te meer een budgetverschuiving, de regenboog waardig.

De enige realiteit die niemand wil zien, is nl. dat de Eis-tijd onbetaalbaar is..

## **VII. De oncologie en de oncologische zorgprogramma's**

De oorspronkelijke versie van het nieuwe ontwerp MB betreffende de erkenning van een bijzondere beroepstitel bereikte ons op 10.01.2001 en zou op dinsdag 6 februari besproken worden tijdens een bureauvergadering van de Hoge Raad.

Dit voorstel ging uit van een totale ommekeer in de benadering van deze ingewikkelde problematiek, en men verliet de visie dat voor alle disciplines die bij de oncologische zorg betrokken zijn een bijzondere beroepstitel moest voorzien worden, maar dan wel mits duidelijke voorwaarden. De toekenning van de bijzondere beroepstitel van internist-oncoloog of van pediater-oncoloog kon geenszins een exclusiviteit impliceren, en werd gekoppeld aan het principe dat deze geen enkele beperking mag inhouden van de bevoegdheid van andere specialisten die de oncologie beoefenen. Om te verhinderen dat mogelijks aan dit principe zou getornd kunnen worden via het te verwachten KB over de oncologische zorgprogramma's, werd uitdrukkelijk in het titelbesluit een regeling opgenomen m.b.t. het multidisciplinair oncologisch overleg en de aanwijzing van de coördinator hiervan.

De eerste versie onderging nog verscheidene aanpassingen tijdens de bureauvergaderingen van de Hoge Raad. Op 05.09.2001 werd het Bureau, waaronder onze Voorzitter Prof. Dr. J. GRUWEZ, zelfs ontboden door Minister AELVOET voor een open discussie over de oncologie. Veel verder dan de zoveelste filosofische beschouwingen kwam men echter niet, precies omdat een belangrijk sluitstuk, nl. het ontwerp over de oncologische zorgprogramma's nog steeds niet voorhanden was. Onze Voorzitter heeft bij deze gelegenheid andermaal benadrukt dat het invoeren van een bijzondere beroepstitel van de internist-oncoloog geen exclusiviteitspositie aan deze laatste mag verlenen.

Op 5 oktober 2001 vernietigde de Raad van State het vroegere erkenningsbesluit (M.B. van 16 april 1999 – B.S. 22.06.1999), op een verzoekschrift ingediend door de BVAS, nadat een verzoekschrift van het VBS verworpen werd omdat we slechts een zeer gedeeltelijke nietigverklaring van het M.B. gevorderd hadden (wat beschouwd werd als een wijziging van de maatregel, die niet tot de bevoegdheid van de Raad behoort).

Daarnaast bleef wel het titelbesluit zelf (K.B. van 11.04.1999 tot wijziging van het K.B. van 25.11.1999 – B.S. 22.06.1999) gehandhaafd, zodat dus een bijzonder moeilijke situatie is ontstaan: enerzijds voorziet het K.B. van 25.11.1999 twee aanvullende beroepstitels, nl. "... en in de oncologie" en "...en in de medische oncologie", terwijl men anderzijds werkt aan erkenningscriteria voor de aanvullende beroepstitels van "internist-oncoloog" en "pediater-oncoloog". De Minister zal dus ook het titelbesluit moeten aanpassen.

De Minister zal ongetwijfeld moeten rekening houden met sommige elementen van het arrest: "...*qu'il ressort par contre du dossier de l'instruction qua la partie adverse, consciente de l'imperfection de la réglementation, envisage d'élaborer un nouveau texte "dès que les problèmes de chaque spécialité auront été identifiés"; que s'il fallait admettre, comme le soutient la partie adverse (d.w.z. de Staat), qu'il n'est pas interdit aux titulaires de spécialités non mentionnées par l'arrêté attaqué de pratiquer l'oncologie ou l'oncologie médicale dans le cadre de leur spécialité, sans pouvoir cependant en porter le titre particulier, il s'avérerait que l'acte attaqué crée, sans justification, une différence de traitement entre des médecins de compétence et d'expérience identiques ou similaires...*"

De nieuwe ontwerpen van aanvullende beroepstitels « internist-oncoloog » of « pediater-oncoloog » beantwoorden ook beter aan dit concept dat meer een specifieke indentiteit van practicus beoogt, dan wel het zeer ruime, transdisciplinair medisch deelgebied van de gezwelziekten als dusdanig. Het onderscheid tussen de beoefening van dit laatste in de verschillende specialismen enerzijds, en het opzet van de beschermde titelvoering anderzijds, is nu duidelijker.

Een probleem blijft de achterliggende RIZIV-reglementering betreffende de terugbetaling van chemotherapiemiddelen. Sedert juni 1999 heeft die haar criteria gebonden aan de oude beroepstitels. Ook hier zal een aanpassing moeten geschieden zodat een monodisciplinaire exclusiviteit vermeden wordt. Misschien zal de beste oplossing erin bestaan een verwijzing naar de in voorbereiding zijnde zorgprogramma's in oncologie te voorzien.

Op 29.11.2001 werd het inmiddels aangepaste ontwerp MB voorgelegd aan de plenaire zitting van de Hoge Raad . Tot een formele goedkeuring bij stemming kwam het niet. Sommige aanwezige professoren veronderstelden dat het ontwerp in een herwerkte versie opnieuw zou voorgelegd worden. Anderen dachten begrepen te hebben dat de diverse tijdens de zitting gemaakte bemerkingen zouden resulteren in een tekstoiletage door het Bureau van de Raad. Gelet op het lichtelijk verward verloop van de vergadering besloten onze Voorzitter en ikzelf om nog een brief (dd. 13.12.2001) te richten aan Dr. J.P.DERCQ, Voorzitter van de Hoge Raad, teneinde een aantal noodzakelijke aanpassingen te bevestigen, die ook rekening houden met de nieuwste versie van het ontwerp KB over de oncologische zorgprogramma's dat ter zitting werd uitgedeeld.

Zo werd een duidelijke formulering voorgesteld voor de aanvulling van art 1,§1, luidend als volgt: "Tevens zijn de geneesheren-specialisten in andere inwendige disciplines, zoals de pneumologie en de gastro-enterologie, en de geneesheren-specialisten in de heelkunde, de gynecologie, de urologie, de neurochirurgie, de oto-rhino-laryngologie en andere, bevoegd in de oncologie van hun gebied." De open opsomming eindigend op "en andere", was bedoeld om elke uitsluiting te vermijden, een euvel waardoor het MB van 16 april 1999 meer dan twee jaar tijdverlies had veroorzaakt.

De meest recente versie van het ontwerp KB over de oncologische zorgprogramma's dateert van 1 oktober 2001. Ondanks een "gunstige" algemene indruk, blijft onze Voorzitter, met de glimlach, dit ontwerp als vreselijk betuttelend catalogeren. Waarbij hij de oevers van de Méditerranée ergens situeerde aan de Nederlands-Belgische grens, want bij onze Noorderburen wordt deze problematiek door het beroep zelf en op de meest voluntaristische wijze georganiseerd, in een "gebruiksvriendelijke" sfeer van onderlinge gelijkheid. Daarmee legde hij meteen de vinger op de wonde. De tekst werd overheerst door een verplichte ongelijkheid tussen basiszorg (minder bekwame? bevoegde?) en de suprematie van het hoger oncologisch zorgprogramma, en een quasi verwijzingsverplichting. Op de mogelijkheid tot initiatief vanwege de specialisten van het basiszorgprogramma wordt herhaaldelijk een rem gezet, wat moet leiden tot een blijvende ondergeschiktheid van de "perifere" teams en uiteraard tot een verstarring van het systeem op zichzelf.

Die zorgvuldige kritische bemerkingen gaven aanleiding tot een verbeterde versie (uitgedeeld op de Hoge Raad van 29.11.2001) die op haar beurt bemerkingen uitlokte in een brief van 21.12.2001 aan Prof. Dr. Marc WAER, Kabinetsmedewerker van minister AELVOET en aan de Drs. Jan NAGLER en Dirk RAMAEKERS, kabinetsmedewerkers van minister VANDENBROUCKE.

Het ondergeschiktheids-gen zat en zit er nog steeds in. Dat bvb. de betrokken geneesheren-specialisten vermeld worden in het opgelegde “kwaliteitshandboek” van het basisprogramma is ongetwijfeld logisch, doch dat dit gegeven vooraf de goedkeuring moet krijgen van de multidisciplinaire commissie van het Zorgprogramma voor oncologie, is een vorm van inmenging die mogelijke exclusie beoogt en niet alleen deontologisch onaanvaardbaar is, doch ook strijdig met het statuut van de ziekenhuisgeneesheer.

Het principe van de schriftelijke samenwerkingsverbanden tussen het Zorgprogramma voor oncologie en een basisprogramma is duidelijk gericht op een ondergeschiktheid, te meer daar uitdrukkelijk wordt voorzien dat het gaat om “niet noodzakelijk exclusieve” banden! Dit betekent dat het (hogere) Zorgprogramma “exclusieven” mag stellen, en dat dit zelfs aanbevolen wordt. Dat de medische staf vanuit een basisprogramma met meerdere Zorgprogramma’s voor oncologie moet kunnen werken lijkt in het ontwerp als normaal beschouwd te worden. Dat vereist trouwens de keuzevrijheid van de patiënt. Maar anderzijds wordt gesteld dat een Zorgprogramma voor oncologie basisprogramma’s zou kunnen uitsluiten. Dit is onredelijk en trouwens strijdig met de keuzevrijheid van de patiënt. Men begrijpt bovendien de redenering van de Overheid niet. Van zo’n Zorgprogramma dat door de Overheid wordt erkend en gefinancierd mag toch verwacht worden dat het zijn dienstbaarheid openstelt voor elk basisprogramma.

Van “basiszorg” wordt verwacht dat ze zich in alle intellectuele nederigheid onderwerpt aan de richtlijnen van het Zorgprogramma voor oncologie en haar oncologische commissie. Dat is onaanvaardbaar. Even onaanvaardbaar als het feit dat overleg en goedkeuring steeds unidirectioneel moet verlopen van het Zorgprogramma voor oncologie naar het basisprogramma, en nooit omgekeerd.

Zeer recent ontvingen we de nogmaals herwerkte versie, waarin de “goedkeuring” door het Zorgprogramma voor oncologie van het kwaliteitshandboek – dat de geneesheren betrokken bij de oncologische zorg aanduidt - werd vervangen door een “overleg” tussen de artsen van het basisprogramma en het Zorgprogramma voor oncologie. De “niet noodzakelijk exclusieve” samenwerkingsovereenkomsten bleven weliswaar behouden. De discussies over de oncologie zijn dus nog niet afgerond. Maar we zien toch stilaan een lichtpuntje groeien. In de verte.

## **VIII. URGENTIEGENEESKUNDE**

De snelheid waarmee de Raad van State bepaalde verzoekschriften afwerkt kan enorm verschillen. Een verzoekschrift tot nietigverklaring vanwege de reumatologen (cfr. IX) moest 9 jaar op een uitspraak wachten.

De procedures die BeSEDIM (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine) startte tegen de K.B.'s van 26.03.1999, kregen al hun beslag op 11 juni 2001 of binnen een tijdsbestek van 2 jaar en 3 maand. Een spoedbehandeling dus.

Door die beslissingen van de Raad van State nr. 96.289 van 11 juni 2001 en 96.285 van 8 juni 2001 werden respectievelijk het K.B. van 26 maart 1999 tot wijziging van het besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden en het K.B. van 26 maart 1999 tot wijziging van het basisbesluit van 10 augustus 1998 houdende

vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend, vernietigd.

Een ganse reeks aanpassingen waar het V.B.S. samen met het Vlaams Artsensyndicaat (VAS) hadden voor geijverd, om de realiteit op het terrein te officialiseren, werden weer afgevoerd.

Zowel op Federaal als op Gemeenschapsniveau heeft men weinig commentaar geleverd op de vernietiging van deze besluiten. Sindsdien werden, gezien de totaal ondoorzichtige situatie, ook geen bijkomende controles meer uitgevoerd. Men wacht een nieuw te publiceren besluit af.

Welke geneesheren zijn nu officieel bevoegd om de spoed of MUG te bestaffen ?

\* Geneesheer-diensthoud : geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde en voltijds aan het ziekenhuis verbonden. Hij besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel van zijn functie.

De arts die omwille van verworven rechten (meer dan 5 jaar diensthoud zonder aan de strikte regels van het M.B. te voldoen) zijn diensthouderschap had verworven, is het door de hogervermelde vernietiging weer kwijtgeraakt.

\* Medische permanentie :

- een geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde;
- een geneesheer-specialist in opleiding om de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde te behalen;
- een geneesheer die de opleiding bedoeld in artikel 5 § 2, 2°, b) van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde gevolgd heeft; m.a.w. de "gebrevetteerde" artsen;
- overgangsmaatregel tot 1 december 2002 : het betreft hier de geneesheer-specialisten bedoeld in artikel 2, § 1 van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde, die zijn erkenning als geneesheer-specialist heeft verkregen op de datum van inwerkingtreding van dit besluit; m.a.w. de dertien categorieën specialisten die de mogelijkheid hebben om de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde te verwerven.

De mogelijkheid dat specialisten deelnemen aan de bestaffing van spoed of MUG via een attest van hun hoofdgeneesheer dat ze hiertoe de vereiste bekwaming bezitten, is weggevallen t.g.v. de nietigverklaring van de betrokken M.B.'s.

Een werkgroep binnen het V.B.S., onder voorzitterschap van Prof. J. GRUWEZ, heeft een ontwerp van syntheseverslag opgemaakt over de "Acute medische zorgverlening". Het zal eerstdaags met de betrokken groepen in de schoot van het V.B.S., zijnde de BeCEP en de beroepsvereniging van vooral de chirurgen, anesthesisten en internisten gefinaliseerd worden.

Bij dit ontwerp van syntheseverslag gaat een voorstel van onze juridische dienst met een uitgebreide reeks voorstellen tot wijziging aan de desbetreffende Ministeriële en Koninklijke Besluiten.

Wij hopen U in ons volgend jaarverslag te kunnen meedelen dat deze wijzigingen geïmplementeerd zullen zijn.  
En ondertussen ... de boer, die ploegde voort. Of in casu, de MUG, die rukte uit.

## **IX. DE « HERTEKENING » VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP**

### **IX. 1. De « ziekenhuispatiënt » en de wet van de « oneigenlijke contracten ».**

Op de vooravond van onze vorige algemene vergadering viel een eerste werkdokument betreffende een grondige herziening van de ziekenhuiswet in onze brievenbus. Enkele dagen later verscheen in het Staatsblad (BS 08.02.2001) het KB van 07.11. 2000 tot wijziging van het KB van 31 mei 1989 over de normen van de ziekenhuisfusies. Beide documenten gingen voor een grondige gedaanteverwisseling van het Belgische ziekenhuislandschap zorgen. Voorlopig vooral juridisch, doch spoedig ook budgettair en fysisch.

Het voorontwerp van wet, dat bestemd was om opgenomen te worden in één mega-wet over de gezondheidszorg heeft ons, het ganse jaar door, een aanzienlijke hoeveelheid werk bezorgd, met chronisch weerkerende hectische vlagen tijdens dewelke in alle haast gezocht moest worden naar steeds nieuwe argumenten en tekstvoorstellen, telkens wanneer een nieuwe, gewijzigde versie was opgedoken.

De opeenvolgende documenten werden, globaal genomen, geschreven vanuit een overwegend « anti- » mentaliteit. Ondanks alle lovenswaardige inspanningen van Dr. Jan VAN EMELLEN, die als medewerker van de Eerste Minister verbonden was aan de interkabinettenwerkgroep, om de arts-vijandige houding om te buigen, bleef deze onstuitbaar. De behandelde thematiek bestond grotendeels uit een verzameling van zowat alles dat de geneesheren-specialisten in hun professionele situatie kan bedreigen of verzwakken ; het kabinet van Sociale zaken beschikt immers over goed in dit verband geïnformeerde medewerkers uit het universitair ziekenhuisbeheer enerzijds en syndicale artsorganisaties (Kartel) anderzijds. Zoiets leidt tot een gedachtegoed dat zijn spontaneïteit moeilijk kan verbergen. We vatten zeer verkort onze inhoudelijke vaststellingen samen :

- een zwaar geprivilegieerde rol van de universitaire ziekenhuizen, met een inherent afgeleide bestemming de « perifere » gezondheidszorg te verdringen ;
- een extreem hospitalocentrisme (zoals bvb. de ambulante... « ziekenhuispatiënt »), een streven naar verregaande machtsconcentratie in het ziekenhuislandschap ( de « zorgnetwerken » en « zorgcircuits », de individuele patiëntenrechten en de keuzevrijheid ten spijt), en onverantwoorde pogingen tot afschaffing van het afzonderlijk beheer van het ziekenhuis, alsof trustvorming bevorderend zou werken voor de volksgezondheid;
- het onmogelijk maken van extramurale specialistische zorg en medisch-technische middelen buiten het ziekenhuis;

- maatregelen betreffende het nieuwe financieringssysteem, gekoppeld aan nieuwe aantastingen van de medische honoraria en de individuele basisrechten van de ziekenhuisarts.

De enige enigszins liberale component, zorgvuldig doordeesemd met een opeenstapeling van voorwaarden en beperkingen, bleek uiteindelijk de nieuwe tarievenregeling te zijn. Deze moest het omstreden artikel 50bis van de GvU-wet, dat zou geschrapt worden, vervangen.

Einde februari kwam aan het licht dat Dhr C. DECOSTER, Directeur-generaal van het Bestuur der Gezondheidszorgen van het Ministerie van Volksgezondheid uitsluitend de vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders had uitgenodigd op een overlegvergadering omtrent het voorontwerp. Dat bevestigde dan meteen de « anti »-mentaliteit, en formeel protesterend namens de 11.000 Belgische ziekenhuisartsen, stuurden we per post een ganse reeks bemerkingen.

## **IX. 2. « Iatrisme »**

Een werkweek later plofte versie 01.03.2001 in de brievenbus. En nauwelijks was die « verteerd » of een versie 09.03 volgde, verwerkt met een reeks GvU-wijzigingen en grondige aanpassingen van het KB nr. 78 (nieuwe definitie van de verpleegkunde, en inlassing van een quasi medisch-diagnostische bevoegdheid verwervende klinisch psychologen), verwerkt in één megawet « houdende maatregelen inzake gezondheidszorg » (later zouden de rijpe en de onrijpe delen van elkaar gescheiden worden tot twee halve megawetten).

Enkele dagen later werden de werkzaamheden in het interkabinetten-overleg beschouwd als « afgerond ». Al onze in aller haast voorgestelde tekstaanpassingen, werden opzij geschoven. We gaven in een open brief van 13.03.2001 aan Premier G. VERHOFSTADT en aan Vice-Premier L. MICHEL, uiting van onze zware ontgoocheling. Begin mei zonden we een kopie aan alle volksvertegenwoordigers van de liberale fracties. Minstens 25 artikels van het ontwerp van gezondheidswet hadden onze haren ten berge doen rijzen. Het leek wel of de definitieve doorbraak van het zuil-collectivisme en een ware gauchistische revolutie door de regering « VERHOFSTADT » werd opgezet. De definitie van het begrip « ziekenhuispatiënt » was onaanvaardbaar. We legden de nadruk op het « hospitalocentrisme in het kwadraat » van de zgn. netwerken en zorgcircuits en hekelden fel het principiële verlies ten gevolge van de verdwijning van het « afzonderlijk beheer van elk ziekenhuis ». En we tekenden ernstig verzet aan tegen de schending van de individuele burgerrechten van de ziekenhuisartsen, aangezien een (collectieve ?) afspraak tussen de beheerder (die zelf contracterende partij is) en de Medische Raad, de financiële bepalingen van de individuele overeenkomst arts-ziekenhuis zouden kunnen wijzigen (inlassing van §5 in art. 140 van de ziekenhuiswet). Bij werknemers bepalen collectieve overeenkomsten minimumvoorwaarden, doch nooit (persoonlijke !) inleveringen, laat staan formeel ondertekende individuele contractwijzigingen .

We stelden dat deze en talloze andere maatregelen alle ingegeven waren door een stilaan groeiende politico-sociologische beleidsconstante, de uiting van een nieuwsoortige vorm van maatschappelijk reductionisme. Een collega psychiater gaf haar de naam « iatrisme ».



### **IX. 3. Het « ontslag » van de ziekenhuisarts**

Het verschil tussen « blue » en « blues » is...de « s ». Dus schreven we op 22 maart, met kopie aan de Premier en alle leden van de regering, aan de eigenlijke hoofdauteur van het treurspel (« OI IATPOI »), nl. Minister F. VANDENBROUCKE, : « In zoverre het rechtsverhoudingen tussen ziekenhuizen en ziekenhuisartsen betreft, gaat uw belangstelling uitsluitend naar het ontnemen van rechten aan ziekenhuisartsen, zelfs deze waarop elke burger normaal aanspraak kan maken. Naar uw mening is de Medische Raad wel bevoegd om in overeenstemming met de beheerder essentiële voorwaarden van een schriftelijk contract, met name de financiële voorwaarden, van de ziekenhuisartsen te wijzigen. Maar wat betreft de beëindiging van datzelfde contract is volgens u de verzwaarde adviesprocedure van de medische raad niet eens nodig . De ziekenhuisartsen van het ganse land kunnen niets anders dan deze houding begrijpen als intellectueel oneerlijk en als een negatieve vooringenomenheid tegen hun rechtmatige belangen.» Waarna we eisten dat eens en voor altijd elke vorm van beëindiging van de rechtsverhoudingen van de ziekenhuisarts door de beheerder dient gepaard te gaan met het verzwaard advies van de Medische Raad.

We veronderstelden dat deze laatste brief door de bestemming nauwelijks gelezen zou worden. Hij bleef ook onbeantwoord. We zagen in onze verbeelding de beleefde glimlach en een verveeld afwijzende blik van een deskundig medewerker. Wel ontvingen we van de Premier de ontvangstmelding van het afschrift. En meer dan een maand later vernamen we dat de Ministerraad op 30.03.2001 genotuleerd had dat het voorontwerp van wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg was goedgekeurd, doch zou gevolgd worden door een initiatief van de Eerste Minister i.v.m.de problematiek van de extramurale specialisten, het ontslag van de ziekenhuisgeneesheer en de opheffing artikel 139bis (waarvan de schrapping dus voor de tweede maal in vijf jaar beloofd werd door een Eerste minister aan het artsencorps). Tevens zou in de memorie van toelichting de vermelding opgenomen worden dat het begrip « ziekenhuispatiënt » inhoudelijk geen enkel gevolg kan hebben voor wat de aard van de rechtsverhoudingen betreft tussen ziekenhuis en arts of de rechtspersoon voor wiens rekening hij zijn beroep uitoefent in het ziekenhuis.

### **IX. 4. Met de Raad van State als bondgenoot tegen sexisme en oneigenlijke contracten.**

En daarmee kon het voorontwerp naar de Raad van State vertrekken, met wiens advies het nadien opnieuw aan de Ministerraad zou worden voorgelegd. We begrepen de boodschap als zou de « ziekenhuispatiënt » hoe dan ook in de ontwerp tekst blijven, omringd met een eventueel verzachtende commentaar, evenzeer als het zonderlinge artikel waardoor de individuele contracten van burgers-artsen unilateraal zouden gewijzigd kunnen worden n.a.v. een overleg beheerder-medische raad. Eerder ontgoocheld, verkozen we toen een ongebruikelijke weg te volgen om toch minstens enkele bepalingen van het toen 181 artikels tellende wetsontwerp gewijzigd te krijgen : we bezorgden de Raad van State rechtstreeks een aantal juridische argumenten :

- « de ziekenhuispatiënt » : de ziekenhuiswet heeft geen enkele nood aan de definitie van dit begrip vermits geen enkel ander artikel van deze wet die term vermeldt. Kort samengevat (het waren twee pagina's) voegden we eraan toe dat de « ziekenhuisarts » weliswaar gedefinieerd werd als de arts « verbonden aan het ziekenhuis », doch dat we

het, op zijn zachtst gezegd, weinig ethisch vonden de patiënt ook aan het ziekenhuis te verbinden, a fortiori wanneer hij (nog) ambulant en niet opgenomen is.

- een overeenkomst tussen de Medische Raad en de beheerder die dwingende uitwerking zou hebben onafgezien van de individuele overeenkomst, was o.i. een schending van de basisrechten van elk burger.

- gelet op de snel voortschrijdende feminisering – misschien wel de enige aangename gedaantewijziging - van het medisch beroep, leek het ons onbetamelijk dat nog altijd de term « ziekenhuisgeneesheer » werd gebruikt. We vroegen die overal in de wet te vervangen door « ziekenhuisarts ».

Toen het ontwerp van de Raad van State terugkwam, bleek dat deze de afvoering van de « ziekenhuispatiënt » vroeg, doch de bepaling over de oneigenlijke contracten bleef onaangeroerd. Bovendien oordeelde de Wijze Raad vermoedelijk dat zoiets als « verbonden zijn aan een ziekenhuis » nog steeds een viriele aangelegenheid was, want het woord « ziekenhuisgeneesheer » bleef in zijn overvloedig gebruik gehandhaafd in de wet.

Later in het jaar bemerkten we nochtans hoezeer dit aspect van het ziekenhuislandschap al gewijzigd was, toen enkele vrouwelijke collegae door hun ziekenhuisbeheerder met juridisch geweld werden aangepakt, of zonder meer – al dan niet via deurwaardersexploot- werden buitengekieperd. In sommige sferen van het ziekenhuisbeheer is vandaag een metamorfose aan de gang die soms gepaard gaat met een toename van « macho » gedrag. De ouderen onder ons zullen misschien met een zekere weemoed terugdenken aan het verre verleden toen, in gans België, met een minzame glimlach « révérende mère » werd gezegd tegen de ziekenhuisbeheerder. En toentertijd kreeg men een zachte zaligmakende glimlach terug.

## **IX. 5. Het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg.**

Gelet op de zware taakbelasting wegens het Voorzitterschap van Europa, kwam er vermoedelijk bij de allerlaatste besprekingen in de ministerraad niet veel meer terecht, althans wat dat vervelend wetsontwerp over de gezondheidszorg betreft. De tekst vertrok, weliswaar zonder de « ziekenhuispatiënt » naar de Kamercommissie, waar plots opnieuw naar onze voorstellen voor het initiatief van de Eerste Minister werd gevraagd. We hadden die reeds in mei 2001 aan zijn kabinetsmedewerker bezorgd.

1.- We vragen de aandacht voor de problematiek van de extramurale specialisten in verband met de vrijheid van de patiënt en de omkering van de ziekenhuis-aanzuigende tendensen. Als de patiënt niet langer ambulant kan verzorgd worden, wendt hij zich vrij tot een beoefenaar van zijn keuze verbonden aan een ziekenhuis, met het oog op opname. Wij vragen dat extramurale artsen op gelijke wijze behandeld worden in het kader van de zgn. netwerken en zorgcircuits. De termen « zorgaanbieders » dienen vervangen door « categorieën van beroepsbeoefenaren ». In zorgcircuits en netwerken moeten de beoefenaars van dezelfde categorie gelijk behandeld worden, zonder afbreuk te doen aan de keuzevrijheid van de patiënt. We vragen dat lichte ingrepen ook ambulant kunnen gebeuren buiten het ziekenhuis, in afwijking van de huidige K120- of N200- grens.

2.- We willen een correcte regeling voor het ontslag van de ziekenhuisgeneesheer. In art.125,7° van de ziekenhuiswet dient verduidelijkt te worden dat elke beëindiging door de beheerder het verzwaard advies van de medische raad vergt, zoals sedert 1991 wordt

toegelicht door de NPCGZ . Minister F. VANDENBROUCKE zou dat inderdaad veranderd willen zien.

3.- De realisatie van de belofte van ex-premier DEHAENE, met name de schrapping van art. 139bis. Voor het geval dat geweigerd zou worden (wat we vermoeden), stelden we een redelijke, alternatieve tekst voor.

4.- Wat de eenzijdige financiële contractwijziging door de beheerder in overeenstemming met de Medische Raad betreft, stelden we de schrapping van de nieuwe bepaling voor, nl. de in te lassen §5 in artikel 140 van de ziekenhuiswet. Als dat onmogelijk zou blijken, vroegen we minstens beschermende maatregelen te voorzien. De contractwijziging mag niet discriminerend zijn, nooit toegepast worden in strijd met de algemene regeling van de rechtsverhoudingen, en evenmin wanneer een procedure van beëindiging werd opgestart. Zoniet zou het écht puur bedrog zijn. De beheerder ontslaat een arts, en in plaats van de contractuele opzegvergoeding te betalen, vraagt hij de Medische Raad in te stemmen met een zware afhouding, zoniet... moeten de artsen dan maar zelf het gelag betalen. latrisme...

Wat dit laatste punt betreft was (en is nog steeds) onze vrees dat de Medische Raad onder druk zal gezet worden, onder de meest uiteenlopende omstandigheden en in een eindeloze variatie van scenario's, om zijn medewerking te verlenen aan een willekeurige beslissing van de beheerder. Het ligt voor de hand dat deze maatregel in individuele of zelfs collectieve crisis-situaties, zoals bvb. selectief ontslag, fusie- en overnameprocessen, netwerk-intriges... zou kunnen leiden tot misbruiken.

Namens de BVAS bracht ondergetekende op 25 september 2001, voor de gemengde Kamercommissies Volksgezondheid en Sociale Zaken, een door Voorzitter J. de TOEUF en mezelf opgestelde lange reeks bemerkingsen voor, tijdens een zitting georganiseerd door Dr. Yolande AVONTROODT. Uiteraard hadden we hierover uitgebreid ruggespraak gehouden met het VBS.

Bij de verdere besprekingen in de Kamer werd er nog nauwelijks iets gewijzigd. De tekst werd in plenaire zitting goedgekeurd op 29.11.2001, nog steeds zonder de definitie van het begrip « ziekenhuispatiënt ». Onze bemerking dat zulks onnodig was voor een begrip dat nergens elders in de wet vermeld wordt, kreeg nog een onverwacht gevolg, want in de uiteindelijke tekst werd plots (in artikel 2, de definitie van « ziekenhuis ») het woord « personen » vervangen door « patiënten ». Zo verkregen onze van corporatisme verdachte bemerkingsen uiteindelijk toch een belangrijke maatschappelijke relevantie.

Het wetsontwerp werd voor evocatie verstuurd naar de Senaat, waar het op 13.12.2001 ongewijzigd werd goedgekeurd, en terugverwezen naar de Kamer. Ondanks de dubbele goedkeuring vrezden we dat het inmiddels verstrikt is geraakt in de ravage aangericht door de discussies met de ziekenhuisbeheerders in de Task Force, onder het waakzame, doch machteloze oog van de aartsengel Gabriel. We hopen met gekruiste vingers dat de Premier de interministeriële afspraken van 30.03.2001 nog niet helemaal vergeten is.

Eén deeltje werd allerm minst vergeten. Zeker van zijn stuk, trof minister F. VANDENBROUCKE reeds op 10 november 2001 zijn nieuwe B6 besluit i.v.m. de verpleegdagprijs. Het wetsontwerp was toen nog niet gestemd in de Kamer. Hij deed dit op basis van... artikel 139bis van de ziekenhuiswet. De enige wijziging die aan het beruchte artikel 139bis werd aangebracht is de vervanging van de woorden « verpleeg-

dagprijs » door « budget van financiële middelen van het ziekenhuis ». En daar bleef het bij.

Het K.B. van 10.11.2001 werd toevallig gepubliceerd in het B.S. van 13.12.2001, datum van goedkeuring van het "Wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg" in de Senaat.

## **IX. 6. Universiteiten en referentiecentra.**

Artikel 4 van het in VIII.5 behandelde wetsontwerp voorziet dat « als universitaire ziekenhuizen, universitaire ziekenhuisdiensten, universitaire ziekenhuisfuncties of universitaire zorgprogramma's » worden beschouwd, diegene die, gelet op

- hun eigen functie op het gebied van patiëntenverzorging
- het klinisch onderricht
- het toegepast wetenschappelijk onderzoek
- de ontwikkeling van nieuwe technologieën
- en de evaluatie van de medische activiteiten,

voldoen aan de voorwaarden gesteld door ... de Koning en ... derhalve als dusdanig bij K.B. worden aangewezen op voorstel van de Academische Overheid.

De academici verwerven dus een ruimere bevoegdheid dan de Koning zelf !

We formuleerden volgende punten van kritiek :

- De eigen functie inzake patiëntenzorg : andere dan basisklinische zorg (dus top-klinische zorg) moet elders dan in universitaire instellingen ook mogelijk zijn. We werden daarin gevolgd door een ontwerpwijziging die ook buiten-universitaire referentiecentra voorziet (artikel 56 van het wetsontwerp). Maar de contradictie (art 4) bleef gehandhaafd: vermits top-klinische zorg ook elders bestaat is er nochtans geen reden meer om dit als een specifiek voorbehouden universitaire eigenschap te behandelen. Contradictie nummer één.

- Het klinisch onderricht : in de mate dat het onderricht betreft, hoort dit niet in de federale financiering via de ziekteverzekering ; onderricht is bovendien gedefederaliseerd. Tenzij men de praktische opleiding (stages) bedoelt, in welk geval ook buiten-universitaire opleidingscentra erkend zijn. Contradicties nummer twee en drie.

- Toegepast wetenschappelijk onderzoek : hoort noch in de ziekenhuiswet, noch in de ziekenhuisfinanciering via de Z.I.V. . Hoe wordt toegepast wetenschappelijk onderzoek in de andere wetenschapsgebieden gefinancierd ? Ook dit is een gedefederaliseerde materie. Contradictie nummer vier.

- De ontwikkeling van nieuwe technologieën : behoort evenzeer tot wetenschapsbeleid en hoort geenszins in de ziekenhuiswet. Contradictie nummer vijf.

- De evaluatie van medische activiteiten : deze wordt volgens de bestaande reglementering georganiseerd door « Colleges van geneesheren » samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken beoefenaars van desbetreffende activiteit (diensten, functies, zorgprogramma's...), onder federaal toezicht van de tripartite cel ziekenhuisbeleid. Het betreft dus geenszins een gereserveerde rol van de universitaire ziekenhuizen. Contradictie nummer zes.

Nochtans vermeldt artikel 97 van het wetsontwerp een bijkomende toelage die de specifieke kosten dekt die verband houden met voormelde « specifieke » taken. Wij

begrijpen ten zeerste dat de ziekenhuissector die met een globaal financieringstekort te kampen heeft van, naar eigen zeggen, 17 miljard BEF, en de artsen die in deze instellingen werkzaam zijn, uiterst bezorgd zijn omtrent deze extreme budgettaire vrijgevigheid van de Federale Regering, ten laste van de globale begroting van de sector. Conclusie : « blue » is kleuren- en dus budget-blind. Terugwijzend naar punt II.1., is deze houding totaal onbegrijpelijk.

Reeds eerder in het jaar tekenden we bij de Raad van State verzet aan, op initiatief van onze Voorzitter Jacques GRUWEZ, in samenwerking met de BVAS en verscheidene niet-universitaire opleidingsziekenhuizen, tegen het KB van 12.01.2001 (BS 06.02.2001) dat plots voorzag in een bijzondere financiering van de opleidingsfunctie (kandidaat-specialisten) van universitaire ziekenhuizen, (op de koop toe) voorbehouden aan wie voldoet aan de voorwaarde van een overwegend (70%) gesalarieerde medische staf.

Het ligt voor de hand dat het VBS zich ook juridisch zal verzetten tegen de voorgenomen legalisering via het nieuwe artikel 4 van het wetsontwerp, van dit soort initiatieven die op vermeende, niet in het minst relevante « specifieke » eigenschappen berusten en bijgevolg een zuivere discriminatie maskeren bij de toekenning/verdeling van het globaal financierings-budget van de ziekenhuissector.

## **IX. 7.       Zorgnetwerken, fusies en afzonderlijk beheer**

Alhoewel oorspronkelijk bedoeld om bijzondere ontwikkelingen mogelijk te maken in het kader van de psychiatrische zorg, doch door het Arbitragehof nietig verklaard op communautaire gronden, werden de « zorgnetwerken » en « zorgcircuits » weer opgenomen in het wetsontwerp, maar dit keer zeer uitdrukkelijk gefederaliseerd. Ook al verwijst het ontwerp van Memorie van toelichting nog naar de oorspronkelijke bestemming zoals toegelicht voor de wet van 25. 01.1999, toch zijn deze bepalingen zodanig opgesteld dat ze vooral de verbeelding en fantasmata van beheerders van zeer grote ziekenhuizen doen op hol slaan. Het gevolg was dan ook dat sommigen onder ons dezelfde machtsfilosofie, anticiperend op de nieuwe wettelijke bepalingen, nog vóór het einde van het jaar gingen terugvinden in zeer concrete contractuele ontwerpen van authentieke trustvorming. VBS-Voorzitter J. GRUWEZ meende dat deze « modellen » van juridische samenwerkingsverbanden in verscheidene opzichten het vrije keuzerecht van de patiënt aan banden legden. Samen met onze administratief directeur vond hij dat het onaanvaardbaar was de naleving van minimale, algemeen toepasselijke deontologische regels te herleiden tot engagementen die uitsluitend in het kader van een samenwerkingsovereenkomst dienen te worden nageleefd. Daarom stuurden onze Voorzitter en onze administratief directeur samen een uitvoerige bevraging omtrent deze problematiek aan de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren.

De mogelijkheid tot trustvorming bleek nochtans duidelijk een optie van de regering, want in het allereerste voorontwerp werd reeds voorzien dat de bepaling volgens dewelke (art. 10 van de ziekenhuiswet) elk ziekenhuis een eigen afzonderlijk beheer heeft, moest vervangen worden door een andere regeling die zegt dat een ziekenhuis beheerd wordt door een rechtspersoon die uitsluitend het beheer van één of meerdere ziekenhuizen als statutair doel heeft. Een aanvullende bepaling zou bovendien nog voorzien dat van dit principe kon afgeweken worden via een gewoon uitvoeringsbesluit. M.a.w. een volmacht aan de minister.

Toen het wetsontwerp in de Senaat gestemd werd, onthield zich één Senator (collega Jan REMANS) precies omwille van het artikel over de zorgnetwerken en -circuits, en wel omdat de bewegingsvrijheid en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in deze structuren volledig zou ongedaan gemaakt worden.

De mogelijkheid van trustvorming is één zaak. Het afzonderlijk beheer van een ziekenhuis is iets anders. Indien het eigen, afzonderlijk ziekenhuisbeheer zou verdwijnen, dan dreigen de instellingen in een onontwarbaar kluwen van beheersbeslissingen te verdrinken, die ergens in onbereikbare overkoepelende structuren worden getroffen zonder enige inspraak van de eigen structuren van het ziekenhuispersoneel of van de medische ra(a)d(en). Ook de toepassing van de juridische en financiële bepalingen van het statuut van de ziekenhuisarts wordt in die omstandigheden iets dat volledig buiten het bereik van de plaatselijke staf ligt. De zgn. « betrokkenheid bij de beslissingname » wordt dan immers herleid tot een flauwe karikatuur van lang vooraf vastgelegde « afspraken ». En de zgn. vergoeding van de kosten of de zgn. bijdragen tot « het instandhouden » van de medische activiteit, riskeert niet noodzakelijkerwijze het eigen ziekenhuis ten goede te komen.

Maar er is ook een intellectuele reden die bij transmurale kartelprojecten de « betrokkenheid » zo goed als onmogelijk maakt. Zo'n kartelbeheerder kan grootse plannen maken, die in een verre toekomst verondersteld worden ooit tot stand te zullen komen. Mits enig geluk natuurlijk en mits de slaafse medewerking van al zijn « componenten ». Hoe is zoiets mogelijk in een gezondheidszorg die al meer dan tien jaar tracht te overleven in een oceaan van onstandvastigheid ? Hoe kan een Medische Raad, of wie ook trouwens, enig zinnig advies geven over vragen zoals «Wat is de optimale plaats waar binnen tien jaar de centrale sterilisatie van campus 4 moet gevestigd worden ? » Pure onzin.

De enige solide basis van een stabiel gezondheidsbeleid ligt in de eigen realiteit en de eigen drang naar stabiliteit van individuele en collectieve initiatieven op ware mensenmaat. Vandaar het belang van het afzonderlijk beheer van het ziekenhuis. Dit verhindert niet dat onderlinge samenwerking en afspraken mogelijk en noodzakelijk zijn. Neen. Maar beheersmatigheid is onvermijdelijk verbonden met beheersinzicht, de zichtbare realiteit. Wie die denkbasis verlaat is bezig de gezondheidszorg af te breken, zonder dat hij het misschien zelfs beseft.

Wat het principe « ieder ziekenhuis heeft een eigen beheer » betreft, vonden we gehoor. Dat éne zinnetje dat tot nog toe artikel 10 van de ziekenhuiswet was, en dat men wou schrappen, bleef weliswaar behouden, doch aangevuld met een ganse reeks nieuwe bepalingen, niet écht zoals we hadden gewenst. Ziekenhuizen kunnen voortaan uitgebaat worden door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één, doch mogelijks ook meerdere ziekenhuizen, en eventueel zelfs andere gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale instellingen, als statutair doel heeft. Ab initio hadden we voorspeld dat dit zou kunnen leiden tot de uitbating van bvb. alle, of een groot deel van de Vlaamse ziekenhuizen door één enkele uitbatings-vzw.

Inmiddels gonst het van plannen en/of realisaties door mutualiteiten met bestaande kloosterorganisaties of via universitaire instellingen waarbij, dank zij de geadopteerde versie van het wetsontwerp, niet alleen ziekenhuizen, maar gans de medisch-sociale sector in de korf van één gigantisch bedrijf kunnen vallen. Zover hebben DAT, LIPPENS en DAVIGNON het nog niet geschopt.

En de Koning kreeg eens te meer een onwaarschijnlijk verre gaande bevoegdheid. Hij bepaalt de voorwaarden, na overleg in de ministerraad. Hij kan de « gezondheidsvoorzieningen » nader omschrijven. Hij kan in afwijkingen voorzien. En Hij kan de categorieën van rechtspersonen bepalen die een ziekenhuis mogen uitbaten.

Zonderling is dat dit nieuwe denkpatroon net ontstond op het ogenblik dat de overheid besloten had de grootschaligheid van ziekenhuisfusies te beperken tot 700 bedden (KB 7.11.2000 – BS 08.02.2001). Blijkbaar is er minder beleid dan beïnvloeding door giga-belangen. Het is in elk geval duidelijk dat ook in dit KB over de normen van ziekenhuisfusies, de kleinschalige behoeften en noden als « storend » worden beschouwd. De verplichting om alle diensten, functies, zorgprogramma's... waarvoor wettelijke normen bestaan uiterlijk in 2004 op één vestigingsplaats onder te brengen, zal – zoals we voorspelden – een onvermijdelijk defusionerend effect veroorzaken. Wij protesteerden reeds herhaaldelijk bij de minister van Volksgezondheid, o.m. voor de zgn. basisprogramma's inzake cardiale zorg. In de toekomst zal hetzelfde probleem zich stellen voor om het even welke activiteit die in het gestroomlijnde model van de zorgprogramma's wordt gegoten, telkens met een opdeling in « basiszorg » en « referentiezorg ». En met de mathematische zekerheid dat basiszorg gedoemd is om in de referentiezorg te worden opgezogen, of door de referentiezorg te worden drooggelegd. Is dat gezondheidsbeleid? Basiszorg onttrekken aan de nabijheid van de mensen? Luidens de ziekenhuiswet moet bij een zorgprogramma de « doelgroep » bepaald worden. O.i. is dit woordenkramerij. Het doel is vooral de lobby of de trust te versterken en in de marge nog patiënten behandelen. De « managed care » rukt veel sneller op dan we beseffen. CM-baas Marc JUSTAERT, direct of indirect betrokken bij enkele van die mega-ondernemingen, heeft in Trends van 17.01.2002 duidelijk in zijn kaarten laten kijken.

## **IX. 8. Het budget van financiële middelen van het ziekenhuis**

De verpleegdagprijs verdwijnt, en wordt vervangen door het « budget van financiële middelen van het ziekenhuis ». Het wetsontwerp stelde immers tot één van zijn belangrijkste doelen het invoeren van een volledig nieuw financieringssysteem. Een zware en moeilijke opgave voor de minister van Volksgezondheid, niet in het minst omdat dierenwelzijn haar bijvoorbeeld beter ligt. Nog moeilijker wordt de concrete uitvoering. Zo zal de Koning, overeenkomstig het nieuwe artikel 97 van de ziekenhuiswet een eindeloze reeks besluiten moeten treffen : de periode voor dewelke het budget wordt toegekend, de splitsing in een vast en een variabel deel, de criteria en modaliteiten van berekening, enz...

Het budget dekt op forfaitaire wijze de kosten die verband houden met het verblijf in een gemeenschappelijke kamer en de verstrekking van zorgen aan de patiënten in het ziekenhuis, met inbegrip van de patiënten in daghospitalisatie zoals omschreven bij KB...

Het enige KB dat kosten beschrijft is het KB over het eenvormig boekhoudkundig plan. Of een nieuw of ander KB spoedig komt is koffiedik kijken. Het vervelende is wel dat voorlopig alleen een MB de samenstellende elementen van het ziekenhuisbudget bepaalt, nl. het MB van 06.08.1986, ingewikkeld, obscuur, onleesbaar als niet één. Waarom? Misschien omdat het noch de burger, noch onze volksvertegenwoordigers een barst kan schelen? Misschien omdat het de enkele auteur(s) en belangstellende giga-beheerders minder stoort in hun stille bezigheden?

Hopelijk vindt de bevoegde minister zijn/haar weg in het duistere labyrint van de ziekenhuisfinanciering. Want zodra het budget in voege treedt, wordt het, alleszins voor het grootste gedeelte, uitgekeerd in maandelijkse twaalfden aan elke instelling. Een zware

klus waarvan de uitvoering ons aller bewondering verdient voor wie ze klaarspeelt. Als er geen KB komt dan moet de minister weten dat, ten gevolge van de mateloze budgettaire besparingen van de Minister van Sociale zaken, de medische honoraria al lang geen ruimte meer bieden voor « overbruggingskredieten ».

Belangrijk is ook dat binnenkort de ziekenhuizen alleen nog eventuele supplementen voor privé- of twee persoonskamers zullen aanrekenen, doch geen verpleegdagprijs meer. Daar krijgen ze voorlopige twaalfden voor in de plaats. Het ziekenhuis zal zich, in de mate dat het de centrale inning organiseert, in feite beperken tot de facturatie van de honoraria aan de ziekenfondsen en van de eventuele supplementen of niet vergoede bedragen via de facturatie aan de patiënten. Men kan zich bijgevolg de vraag stellen of het wel verantwoord is dat een instelling, die zelf geen diensten factureert, nog over het wettelijk recht moet beschikken om aanspraak te maken op de organisatie van de inning van de honoraria die eigendom zijn van haar op zelfstandige basis werkende artsen.

Theoretisch hebben de nieuwe financieringsbepalingen geen bijzondere gevolgen voor de toerekening van kosten aan de ziekenhuisartsen. Toch vinden we enkele verontrustende bepalingen die een bedenkelijke willekeur introduceren i.v.m. het ten laste leggen van kosten op de honoraria. Zo kan de Koning « voorwaarden en regels bepalen krachtens dewelke activiteiten in rekening kunnen worden gebracht bij de dekking van de kosten die veroorzaakt zijn door het naleven van de normen, rekening houdend met de specifieke omstandigheden die van aard zijn deze activiteiten te beïnvloeden en die een afwijkende regeling ten aanzien van voormelde voorwaarden en regels rechtvaardigen. » De parlementsleden waren vermoedelijk verblind door het democratisch schouwspel. Is het niet uiterst zonderling dat men een wettelijke bepaling voorziet die niets anders beoogt dan aan de uitvoerende macht de mogelijkheid te geven zelf zowel de regel te bepalen als de afwijking én de appreciatie van haar zelfgemaakte criteria voor elke specifieke toegestane afwijking? Maar het ergste is nog dat de overheid normen kan opleggen waarvan ze de financiële consequenties niet eens moet dragen. Immers de Koning « kan ». Hij moet niet.

Bovendien kan de Koning ook « criteria en modaliteiten bepalen inzake de evaluatie, met het oog op het vaststellen van de activiteiten van het ziekenhuis, die als « verantwoord » beschouwd kunnen worden ». Louis XIV is lang dood en begraven. Zijn geest blijktbaar nog niet.

Wie dacht dat zorgnetwerken en –circuits louter uit organisatorisch belang of voor patiëntendrainage worden opgezet begaat een schromelijke vergissing, want een nieuw artikel 97ter voorziet meteen in specifieke financieringswijzen om, op experimentele basis een « prospectieve programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken. »

Tenslotte kan de beheerder aanspraak maken (art. 99) op een bijzonder bedrag als hij de werking van het ziekenhuis verbetert door een beslissing waardoor het budget reëel vermindert, als gevolg van een herstructurering, een fusie, associatie, groepering of samenwerking met één of meerdere ziekenhuizen. Cave !



## **IX. 9. De kosten veroorzaakt door de geneeskundige verstrekkingen die niet vergoed worden door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis.**

Buiten de o.i. zwaar onderschatte gevolgen van de « oneigenlijke contracten » (eenzijdig wijzigbare financiële bepalingen van de individuele overeenkomsten van de geneesheren), blijken er geen fundamentele verschillen met de huidige situatie. De honoraria « dekken » nog steeds (art 139bis) wat de verpleegdagprijs (binnenkort het budget van financiële middelen), niet « vergoed ». De termen zijn ongewijzigd. De honoraria blijven hoe dan ook de « dekkers ». Het zal dus wel, zoals ook de Raad van State denkt, een mannenzaak blijven. Misschien zouden onze vrouwelijke collegae botweg de afhoudingen op hun honoraria moeten weigeren. Bij nader inzien: de wet is alleen op heren toepasselijk.

Voor de vaststelling van het tekort van de openbare ziekenhuizen, wordt een nieuwe definitie (nieuw art 109 van de ziekenhuiswet) gegeven van wat niet in de berekening van het tekort wordt opgenomen :

- « a) activiteiten die niet tot het ziekenhuiswezen behoren ;
- « b) activiteiten waarmee geen rekening wordt gehouden bij het vaststellen van het budget van financiële middelen. »

Die herbepaling, waarbij het criterium op de « activiteiten » berust, verstevigt de lezing van art. 140,§1,3° van de ziekenhuiswet, nl.

- dat alleen de kosten veroorzaakt door verstrekkingen van geneesheren,
- in de mate dat het niet om activiteiten gaat die door het ziekenhuisbudget worden gedekt, m.a.w. activiteiten zoals bvb. de werking (en dus de werkingskosten) van het operatiekwartier,

vergoed worden door de medische honoraria. En dat alle andere activiteiten, al dan niet van het ziekenhuis, er niets mee te maken hebben.

Tenslotte vermelden we nog dat de tarievenregeling ( art 138 van de ziekenhuiswet en de art.109, 110 en 114 van het wetsontwerp) uitvoerig werd toegelicht in « De Geneesheerspecialist » nr. 1/2002. Dit is bijzonder belangrijk voor de Medische Raden die hieromtrent voorbereidende besprekingen moeten aanknopen met hun ziekenhuisbeheerder. Op hoop van zege.

## **X. OVERZICHT VAN ENKELE JURIDISCHE PROCEDURES INGELEID OF AFGEHANDELD IN 2001**

1. Cfr. jaarverslag 2000 punt V.8. Bijzondere eisen van de patiënt : raadpleging op afspraak - arrest verbroken in beroep - Arrest Arbeidshof Gent 08/11/2001.

De arts had een ereloon-supplement aangerekend voor een consultatie die met aandrang werd verzocht, precies op zijn vrije namiddag in het ziekenhuis. In eerste instantie oordeelde de rechter dat de collega volgens de bepalingen van de conventie een supplement mocht aanrekenen (bijzondere eis van de patiënt). De rechter in beroep keert echter gewoon de bewijslast om: de arts toont niet aan dat de raadpleging op verzoek van de patiënt plaatshad, buiten de in punt H,§4, eerste lid,a) bedoelde uren of tijd zoals vermeld in het toen geldende akkoord Artsen-Ziekenfondsen. Het feit dat

de patiënt zelf naar de thuispraktijk heeft gebeld is daar geen bewijs van. De arts werd veroordeeld het supplement (864 BEF) terug te betalen, verhoogd met de interest (2592,-BEF) te rekenen vanaf 6 oktober 1994, datum waarop het ziekenfonds het oorspronkelijk verzoekschrift bij de Arbeidsrechtbank indiende.

2. Cfr jaarverslag 2000 punt V. 7 Hof Beroep Antwerpen plastische chirurgie – Tweede advies van de Koninklijke Academie Geneeskunde – Hof van Beroep heeft het eerste advies volledig verkeerd begrepen.

Tatouage vormt wel degelijk een fysische werkelijke pathologische toestand. Lasertherapie berust op het principe van fothermolyse, waardoor energie in de huid wordt gebracht, die weefselbeschadiging veroorzaakt en een inflammatoire reactie tot gevolg heeft, die op haar beurt een blijvende en zelfs mutilerende littekenvorming kan veroorzaken. Correcte toepassing van lasertherapie bij tatouages vereist inzicht in de histologische structuur van de afwijking en er moet o.a. rekening worden gehouden met de diepte waarop de pigmentkorrels in de huid gelegen zijn. Lasertherapie wordt niet enkel voor tatoeages gebruikt, maar is ook aangewezen bij het behandelen van allerlei andere pigmentafwijkingen, voor dewelke echter vanzelfsprekend een voorafgaande diagnose en differentiële diagnose met andere huidaandoeningen moet worden gesteld, wat de bevoegdheid is van een arts.

(Het volledige advies van de gemeenschappelijke commissie van beide Academiën voor Geneeskunde is beschikbaar op eenvoudige aanvraag)

3. Arrest nr. 99.920 van 18/10/2001 (BS 29/012002 Ed. 2) - Raad van State vernietiging van art. 2 van het KB 24/09/1992 – forfaitaire honoraria verstrekkingen klinische biologie-connexisten – rechtszaak ingeleid door BV RHU.
4. BVAS. Arrest nr. 99.381 van de Raad van State – vernietiging van het MB van 16/04/1999 besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor erkenning van geneesheren-specialisten, houder van volgende bijzondere beroepstitels : oncologie, medische oncologie

Het arrest werd nader toegelicht elders in het jaarverslag onder punt VII.

5. Arrest nr. 96.289 van 11/06/2001 van de Raad van State vernietiging van het Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg " moet voldoen om erkend te worden

Het arrest werd nader toegelicht elders in dit verslag onder punt VIII.

6. Verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend bij de Raad van State van het MB van 12/01/2001 houdende onder meer de financiering van de opleiding.

Ingediend door de BVAS en het VBS, samen met 4 andere partijen (ziekenhuizen) tegen het MB van 12.01.2001 betreffende de ziekenhuisfinanciering, meer bepaald de toekenning van een vergoeding voor de opleiding op basis van terzake niet relevante criteria en discriminerende voorwaarden. De N.R.Z.V. had gesteld dat deze financiering moest gelden voor alle ziekenhuizen die de opleidingsfunctie vervullen. Op een onrechtstreekse manier wordt ze echter voorbehouden aan de universitaire ziekenhuizen. Wordt vervolgd.

7. BV CAR verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend tegen KB van 8 december 2000 houdende de besparingsmaatregelen in de cardiologie (BS 16/01/2001)

De noodzaak van deze vordering tegen het KB inzake nomenclatuur-maatregelen wordt bewezen door de zeer actuele realiteit. Zie punt XI.1.. Wordt vervolgd.

8. BV PHY verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend tegen KB 8/12/2001 BS 16/01/2001) houdende onder meer besparingsmaatregelen in de fysische geneeskunde op grond van een discriminatie t.o.v. de kinesitherapeuten. Wordt vervolgd.
9. BV MN verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend bij Raad van State tegen een heffing voor de behandeling van kernafval te laste van de geneesheren-specialisten in de kerngeneeskunde. Wordt vervolgd
10. Prejudiciële vragen betreffende o.m. het publiek karakter van de rechtspraak in het kader van het RIZIV (cfr jaarverslag 2000 punt V.5.). Deze procedure werd bekostigd door het VBS. Arrest nr. 41/2001 van het Arbitragehof dd 29/03/2001. Het Arbitragehof heeft geen discriminatie weerhouden.

Aanleiding was dat alleen de interne diensten van het RIZIV (bvb.geneeskundige controle) een inzicht hebben op de rechtspraak van de Beperkte Kamers en van de Commissies van Beroep. Alleen de sanctionerende beslissing wordt gepubliceerd. We meenden dat de rechten van de verdediging aldus geschonden werden. Het Arbitragehof ging ervan uit dat argumentatie van de rechtspraak wel geraadpleegd kan worden, en stelde de verzoekende partij dus in het ongelijk. Door bij wijze van voorbeeld vanuit het VBS te informeren naar de rechtspraak van de kamers en commissies m.b.t. de nomenclatuur- problematiek van verschillende operatievlakken, kwam nochtans aan het licht dat dergelijke informatie niet ter beschikking wordt gesteld. Feiten en rechten zijn niet noodzakelijk elkaars spiegelbeeld.

## **XI. ENKELE BEROEPSVERENIGINGEN IN VOGELVLUCHT**

### **XI.1. Cardiologie**

De cardiologen zijn sedert het begin van het jaar 2001 betrokken bij een directe confrontatie met de minister van Sociale zaken. Een nomenclatuurbesluit van 08.12.2000 voerde een aanzienlijke reeks besparingsmaatregelen in, goed voor ongeveer een half miljard, onder vorm van schrappingen, waardeverminderingen en beperkende toepassingsregels. Dit gaf aanleiding tot een bijzonder actief verweer onder de leiding van Prof. Denis CLEMENT, voorzitter van de beroepsvereniging. Terwijl de minister een deel van de maatregelen opschortte, werden alternatieve voorstellen uitgewerkt waarbij sommige verstrekkingen als eerste de geschiedenis ingaan als "guidelines-nomenclatuur". De voorstellen werden, luidens haar voorzitter, Dr J. DE TOEUF, als dusdanig overgenomen door de TGR.

Op de valreep, nl. enkele dagen vóór de einddatum van het opschortend K.B. (01.02.2002), kwam echter aan het licht dat bij de opstelling van het nieuwe ontwerp-K.B. verscheidene vergissingen werden begaan: zo werd door een foute vertaling de terug

ingevoerde verstrekking 460412/423 dan toch maar geschrapt; de omschrijving van een voor cardiologen bedoelde toepassingsregel wordt verkeerdelijk omgezet in een uiteraard totaal onbruikbare omschrijving van een pneumologische verstrekking (ergospirometrie). Mogelijks werden nog andere vergissingen begaan in dit dossier, die alle zullen moeten rechtgezet worden.

Ongetwijfeld is dit een van de neveneffecten van F. VANDENBROUCKE's passage op Sociale Zaken: de zware overbelasting van de ambtenaren van het RIZIV. We hebben inmiddels onze bemerkingen aan het kabinet VANDENBROUCKE bezorgd.

## **XI.2. De stomatologen en de tandheelkunde**

### ***XI.2.1. Eerste bedrijf : de voltrefeer van de « autonome » uitoefening***

Reeds in de somberste periode van de mond- en klauwzeer epidemie werd naarstig gewerkt aan een culturele revolutie omtrent de verhouding tandarts-arts-stomatoloog. In het eerste ontwerp van « gezondheidswet » had minister AELVOET al meteen een wijziging voorzien van de bepalingen van het KB nr. 78. Ze wou de inlassing van een art.3bis. De tandheelkunde zou opgedeeld worden in specialismen, nl. de algemene tandheelkunde, de orthodontie en de parodontologie. De wetswijziging voorzag dat, zodra de criteria bepaald waren van deze nieuwe bijzondere beroepstitels, de tandheelkunde nog slechts autonoom kon uitgeoefend worden door de houders van één van die titels, en wel onder het principe van de exclusieve uitoefening. Aangezien de licentie in de tandheelkunde een opleidingsvereiste is van de erkenningscriteria voor stomatologie, zou dit tot gevolg gehad hebben dat kandidaat-stomatologen reeds tijdens hun opleiding gekneld zaten m.b.t. de zgn. autonome opleiding van de tandheelkunde, want « exclusief » kon je die uitoefening niet noemen.

Dankzij overleg tussen de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en de Tandheelkundige Raad, onder impuls van Dr J.P.DERCQ, en vervolgens dankzij de tussenkomst van Dr Yolande AVONTROODT, Voorzitster van de Kamercommissie, kon ons voorstel tot aanpassing van de tekst goedgekeurd worden, en opgenomen in de Wet van 10.08.2001 (art 29 Wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg). De autonome uitoefening zal voorbehouden worden aan de houders van de bijzondere beroepstitels in de tandheelkunde « of aan de beoefenaars van de tandheelkunde die tevens houder zijn van het wettelijk diploma van doctor in de geneeskunde of van de academische graad van arts ».

### ***XI.2.2. Tweede bedrijf : de parodontologie***

Alhoewel de parodontologie sedert het M.B. van 26.04.1982 (B.S. 01.07.1982) een onderdeel is van de stomatologie en zelfs behoort tot de hogere opleiding (supra licentie in de tandheelkunde), werden vanuit de Tandheelkundige Raad plannen gesmeed om een bijzondere opleiding en erkenning in de parodontologie voor tandartsen te organiseren. In de oorspronkelijke voorontwerpen werden duidelijk de grenzen van de uitoefening van de geneeskunde overschreden. Na tussenkomsten bij de Koninklijke Academie van Geneeskunde, werd door Dr. J.P. DERCQ een overleg georganiseerd tussen de tandartsen-parodontologen, de stomatologen en enkele afgevaardigden van de Hoge Raad. Het kwam tot een akkoord omtrent de afbakening van het bevoegdheidsgebied dat opgenomen werd in een ontwerp MB dat inmiddels gepubliceerd werd in het BS van 29.11.2001 (M.B. van 27.07.2001).

Tot ieders voldoening, ware het niet dat plots andere problemen opdoken. Verscheidene professoren in de stomatologie ondervinden dat hun kandidaat-specialisten niet echt persona grata zijn in de paro-afdelingen van de tandheelkunde. De kandidaat-stomatologen geraken dus in de knel met de eigen opleidings- en erkenningscriteria. Bovendien wordt hier op onrechtmatige wijze het principe van de beschermde beroepstitel, nl. « niemand kan zich beroepen op een bijzondere beroepsbekwaamheid... » (art 35quater van het KB nr 78), toegepast t.o.v. de stomatologen, daar deze beroepsbekwaamheid al 20 jaar deel uitmaakt van hun hogere opleiding. Aangezien de stomatologen tot nog toe als enigen de parodontologie beoefenden in het kader van hun erkenning, zouden zij sowieso moeten kunnen aanspraak maken op de verworven rechten, en zelfs vertegenwoordigd zijn in de specifieke erkenningscommissie van de tandheelkunde-parodontologie. Het eenvoudigste is misschien nog de term parodontologie eveneens op te nemen in de stomatologische beroepstitel.

Ten bewarende titel werd door de Beroepsvereniging van de stomatologen een verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend bij de Raad van State. Dit neemt echter niet weg dat ze bereid zijn om, met de steun van het VBS, zo spoedig mogelijk via bemiddeling met de overheid een pragmatische oplossing te vinden. Dit keer echt tot ieders voldoening.

### **XI.3. Gynecologie-verloskunde**

De gynecologie-verloskunde krijgt in de media veel aandacht, nogal eens omwille van controverste onderwerpen of juridische zaken, in de sfeer van de beroepsaansprakelijkheid of omwille van hun ethische aspecten.

In augustus – komkommerseizoen voor de media – stond de kunstmatige bevruchting van twee H.I.V.-seropositieve vrouwen in de belangstelling.

Naar aanleiding van de zaak PERRUCHE in Frankrijk (cfr. ons Jaarverslag 2000, I.4) beslisten de Franse gynecologen geen echografieën of andere biomedische tests op foetale schade of malformaties meer te doen. In 1982 werd de nu jongeman PERRUCHE zwaar gehandicapt geboren t.g.v. het miskennen van een rubella-infectie in het eerste zwangerschapstrimester. De ouders hadden bijgevolg niet de mogelijkheid gekregen eventueel een abortus te overwegen. Door dit vonnis van 17.11.2000 voert het Hof van Cassatie het concept in van schade gekoppeld aan het feit van geboren te zijn. Begin december 2001 besliste het Hof van Cassatie een schadevergoeding te laten uitkeren ook aan een kind dat geboren werd met een trisomie 21.

De Belgische gynecologen hebben de Overheid gewaarschuwd voor de nefaste gevolgen van het Franse arrest wat betreft de medico-legale en ethische aspecten.

Inmiddels neemt de Franse wetgever een initiatief om de gevolgen van dit vonnis ongedaan te maken. Ook in België is een dergelijk wetsvoorstel gedaan.

### **XI.4. Neurologie – Psychiatrie – Neuropsychiatrie**

#### ***XI.4.1. Neurologische spanning ...***

Ten gevolge van de bekendmaking van de nieuwe reeks besparingen die minister VANDENBROUCKE op 01.03.2002 wil doen in voege treden in tal van medisch-

technische sectoren (cfr. II.1.2.) klommen een aantal neurologen half januari 2002 in hun pen. Ze werden getroffen met een inlevering van 10 % op het EEG en EMG.

Een aantal neurologen wijzen op het ontbreken van een afzonderlijke vertegenwoordiging van de neurologen binnen de bestaande beroepsverenigingen. Zij wijzen op een anomalie die sinds 1992 bestaat : de neurologen krijgen één vierde minder per raadpleging dan hun (oudere) collega's die hetzelfde doen maar onder het vroeger bestaand erkenningsnummer van neuropsychiater.

Daarnaast melden zij het probleem van de neurofysiologie.

Ik herinner mij deel te hebben genomen aan vergaderingen over het dossier neurofysiologie, o.m. op 04.12.1997 en 29.01.1998. Dit debat is toen stilgevallen om twee redenen.

Eén : het moeilijk inschatten van de budgettaire consequenties vooral omdat sommigen vooral de "lucratieve" toepassingen in de neurofysiologie gebruikten, met name in de "brain-mapping" en omwille van het (ook toen al) gebrek aan financiële middelen.

En twee : de eindeloze disputen over wie de exclusiviteit van de neurofysiologie mag claimen. De neurologen, de kinderneurologen en de neuropsychiaters die in een neurologische dienst werken ? Of mogen ook fysiotherapeuten en revalidatieartsen in sommige andere disciplines als vb. ORL en oftalmo, of pediaters met de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie buiten een neurologische dienst de neurofysiologie beoefenen ? Of gaat men nog een bijkomende beroepstitel creëren ? Etcetera.

De vraag van de neurologen en kinderneurologen i.v.m. hun honoraria is logisch en verantwoord. Het antwoord moeten we zoeken enerzijds in de globale verhoging van ALLE honoraria voor de intellectuele acten (cfr. II.1 en mijn Jaarverslag 2000 waar onder II.1. het voorstel van de artsen in de N.C.A.Z. jaarlijks 5.250 miljoen BEF vroeg, maar we van minister VANDENBROUCKE slechts 625 miljoen kregen) en anderzijds in een analyse van de bestaande anomalieën.

#### ***XI.4.2. ... en psychiatrische crisis***

De controverse omtrent het al dan niet opsplitsen van de psychiatrie in een psychiatrie voor volwassenen en een kinder- en adolescentenpsychiatrie heeft de discipline in twee kampen verdeeld. De debatten zijn nog niet geluwd.

Over de ontstaansgeschiedenis van de bescherming van de titel van klinisch psycholoog, zijn quasi alle psychiaters het roerend eens. Het is onaanvaardbaar dat de psychiaters en de artsen in het algemeen volledig werden geweerd uit alle besprekingen over "de klinisch psycholoog". En het is schandelijk dat aan een consensustekst waaraan alle Belgische universiteiten en alle beroepsverenigingen hadden meegewerkt, geen enkel gevolg werd gegeven. Onze herhaalde vragen over dit onderwerp bij onze bezoeken aan minister Magda AELVOET en/of aan haar kabinetschef Manu KEIRSE in de loop van 2001, werden door KEIRSE altijd heel "psychologisch" afgeweerd.

Deze explosieve situatie die de psychiatrie in onevenwicht zal brengen en die geen goede dienst betekent aan de psychiatrische gezondheidszorg, moet mijns inziens dringend opnieuw aangepakt worden.

## **XI.5. Oftalmologie**

Om historische redenen is de oftalmologie bij de creatie van de nomenclatuur erg gierig behandeld geworden. Het is onmogelijk een achterstand van +/- 35 jaar in één klap in te lopen. Maar er werd een goede aanzet gegeven.

De bescherming van de medische eigenheid van hun beroep blijft een continu gevecht vanwege de Belgische Beroepsvereniging van Oogheekundigen. In de loop van 2001 culmineerde deze "struggle for life" (zowel voor de patiënten als voor de oftalmo's), zich in een actie tegen de poging tot uitbreiding van de criteria betreffende de bevoegdheid en de uitoefening van het beroep van opticiens vanwege de optiekers en sommige hogescholen. Naast de vakkundige démarches van de oftalmologen zelf, heeft ondergetekende, als BVAS-vertegenwoordiger in het Comité van geneeskundige verzorging van het RIZIV, zijn steentje bijgedragen om het ontwerp-K.B., dat in zijn artikel 2 en 3 de – schijnbaar onschuldige – toevoeging van de woorden "optiek - optometrie" wou toevoegen aan het bestaand K.B. van 03.07.1996, in de diepvries te stoppen. Ik hoop dat onze nota dienaangaande dd. 25.06.2001 er kan voor zorgen dat het ontwerp er niet weer uit komt vóór het vierde millennium.

## **XII. De nieuwe definitie van de uitoefening van de verpleegkunde**

In de inmiddels verschenen wet van 10.08.2001 (Wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg) werd een nieuw artikel 21quinquies ingelast, waarbij een nieuwe inhoudelijke definitie van de uitoefening van de verpleegkunde wordt gegeven.

Onder de nieuwe elementen citeren we :

- « *het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel of psychisch, fysisch als sociaal vlak* ».
- « *het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie* »
- « *het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces* »

Wat de vroedvrouwen betreft voorziet art. 21 quater, §4 dat de vóór 1 oktober van het vierde jaar na de invoeging van artikel 34 (wet 10.08.2001) gediplomeerde vroedvrouw van rechtswege de verpleegkunde mag uitoefenen onder dezelfde voorwaarden. En dat een vroedvrouw hoe dan ook van rechtswege de verpleegkunde mag uitoefenen in het kader van de verloskunde, de fertiliteitsbehandeling en de neonatologie.

De verpleegkundigen hebben heel wat grieven tegen de nieuwe wet en willen niet aanvaarden dat het kwaliteitsniveau van hun kunst wordt verlaagd door de ongebreidelde instroom van "verpleeghulpen".

Ondertussen bleek de meer dan één miljard BEF kostende oplossing om enkele overtallige kinesitherapeuten om te turnen tot A1-verpleegkundigen geen groot succes. Maar wel zeer duur. Met dit miljard hadden ze de zelfstandige verpleegkundigen een zeer ruime index 2002 kunnen betalen. Of een stuk afstaan voor de index van de intellectuele acten van de artsen.

### **XIII. BESLUIT**

Het blijft voor de doorsnee burger onduidelijk of de Overheid het nu goed met hem voor heeft of niet. Zolang zijn zonevreemde woning niet wordt weggebuldoerd of zijn kinderen niet verdwijnen, geeft de burger Haar het voordeel van de twijfel.

Artsenleiders doen hetzelfde, tot ze – bijna letterlijk maar vooral ook figuurlijk – de uitputting nabij zijn. De wetenschap dat de Overheid het NIET goed voor heeft, drong tenslotte toch door op 18.12.2001.

Met zijn nota "Agenda 2002 voor de verandering in de gezondheidszorg" die Frank VANDENBROUCKE op 29.01.2002 voorstelde met Magda AELVOET als muurbloempje op de achtergrond, etaleert hij zijn voor artsen en patiënten perfide intellect.

Hij speelt huisartsen uit tegen specialisten; intellectuele specialisten tegen ordinaire techniekers-specialisten; brave eerlijke Vlamingen tegen sjoemelende Franstaligen; zelfstandige verpleegkundigen, kinesisten en logopedisten tegen gesalarieerden; universitaire tegen perifere ziekenhuizen.

Een tafeltje-dek-je, ezeltje-trek-je heeft hij niet op stal staan. En als het er al stond, zou het door andere regeringspartners snel worden afgeslacht. De maatschappij blijkt niet bereid solidair bij te dragen aan het oplossen van de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, noch aan de behoeften aan eigenlijke zorgverlening.

Er zijn bikkelharde bewijzen dat niet de, of sommige, spilzieke artsen aan de basis liggen van de bijna 100 miljard BEF groei in gezondheidsuitgaven in 2000 en 2001. Maar het is altijd makkelijk een zondebok te vinden in een kudde die opgejaagd wordt door een Engelse fox terrier, of door een wolf in schapenkleren.

Het medico-sociaal beleid is dermate ingewikkeld gemaakt dat bijna alleen nog lieden met een Ph. D. er hun weg in vinden. En dan hebben ze de vrije hand om het Parlement om het even wat te laten stemmen. Niet erg democratisch, maar blijkbaar wel efficiënt.

Laat ons niet in VANDENBROUCKE's val trappen en mekaar oppeuzelen. Alhoewel ik het zelden met hem eens ben, ga ik akkoord dat de artsen één groep moeten blijven vormen, huisartsen met specialisten, én specialisten onderling. Zoniet hebben we binnen de kortste keren 27 maal twee of 54 syndicaatjes, geen VBS-GBS meer, geen BVAS-ABSyM, maar alleen kleine groepen en groepjes, die een grijnzende VANDENBROUCKE graag tegen elkaar zal uitspelen.

Weg met de moedeloosheid die ik bij sommige "strijders van het eerste uur" ervaar. Ik roep op tot verzet. Weest combattief. Wij moeten de insidieus door VANDENBROUCKE opgestarte campagne tegen de medische verkiezingen zelf in handen nemen en ombuigen tot ONZE verkiezingen.

Zogezegd "niet representatief" drukt het VBS ook en sterk zijn stempel op het beleid en heeft het in de BVAS een solide bondgenoot, die de laatste weken op welhaast gepersonaliseerde wijze en quasi dagelijks door de minister op laaghartige wijze in de media wordt neergesabeld.



Ik heb er drie mandaten van vier jaar VBS-Secretaris-generaal op zitten. Ik heb een nieuwe wereld leren kennen. Ik stel mij kandidaat voor een vierde mandaat. Straks wordt daar over gestemd ... jammer genoeg, zonder tegenkandidaten.

Ik wil mij blijven inzetten om de hoogwaardige Belgische gezondheidszorg verder te verdedigen tegen rode, blauwe, groene of andere aanvallen van om het even welke kleur. Daarvoor hebben wij, het VBS-bestuur, Uw steun nodig, niet alleen vandaag in deze Algemene Vergadering, maar elke dag opnieuw en in het bijzonder bij de medische verkiezingen. Het VBS-bestuur rekt op U, ik reken op U. U mag op ons, U mag op mij rekenen.

Met dank voor Uw aandacht,

Dr. M. MOENS  
Secretaris-generaal  
02.02.2002

### Geneesherenhonoraria 1T/2001

Omschrijving	Uitgaven	Begrotings- doelstelling	Verschil	Verschil %	CCC
a/ klinische biologie	8.065,7	7.345,0	-720,7	-9,8	CCC
b/ medische beeldvorming	7.692,6	6.767,7	-924,9	-13,7	CCC
c/ raadplegingen en bezoeken	10.439,0	10.536,7	+97,7	+0,9	OK
d/ speciale verstrekkingen	9.042,2	8.235,7	-806,5	-9,8	CCC
e/ heelkunde	6.953,2	6.415,5	-537,7	-8,37	CCC
f/ gynaecologie	591,6	557,5	-34,1	-6,1	CCC
g/ toezicht	1.943,1	1.885,6	-57,5	-3,0	OK
.....					
TOTAAL	44.824,7	41.920,0	-2.904,7	-6,9	CCC

Dialyse 1T/2001	Uitgaven	B.D.	Verschil	Verschil %	CCC
a/ geneesheren	1.036,4	932,2	-104,3	-11,2	CCC
b/ forfait nierdialyse	811,4	781,9	-29,5	-3,6	OK
c/ thuis, low care	426,4	373,0	-53,4	-14,3	CCC
TOTAAL	2.274,2	2.087,1	-178,1	-8,5	CCC

- : Overschrijding

+ : Onderschrijding

CCC: Indien >4% na 3 maand

# NIERDIALYSE

## Concretisering van het artikel 51 van de G.V.U.-wet van 14 juli 1994

(RIZIV Algemene Raad dd. 30.07.2001 - Nota A.R.G.V. n° 2001/68 add.)

### BESLISSING:

Rubriek	Herziene technische raming 2001	Te recupereren bedragen
Geneesheren	4.069,9	203,2
Forfait nierdialyse	3.175,6	158,8
Thuis, in een centrum	1.553,6	0
<b>TOTAAL</b>	<b>8.794,1</b>	<b>360,0</b>

(bedragen in miljoen BEF)

### In praktijk

- 15% op de dialysehonoraria
- 15% op de dagforfaits in ziekenhuizen in de periode van 01.09.2001 tot 31.12.2001

## KLINISCHE BIOLOGIE

Concretisering van het nieuwe artikel 59 van GVU-wet van 14 juli 1994

Codenummer	Honorarium 01.01-31.08.01	Honorarium 01.09-31.12.01	$\rho$ Honorarium	$\sigma$ %
Per voorschrift				
592270	450	420	- 30	- 6,7
592292	650	622	- 28	- 4,3
592314	900	862	- 38	- 4,2
592336	1.150	1.102	- 48	-4,2
592351	1.450	1.390	- 60	- 4,1
592373	1.700	1.121	- 579	- 34,1
592395	1.950	1.121	- 829	- 42,5
592410	2.200	1.121	- 1,079	- 49,0
592631	455	425	- 30	- 6,6
592653	655	627	- 28	- 4,3
592675	905	867	- 38	- 4,2
592690	1.155	1.107	- 48	- 4,2
592712	1.455	1.395	- 60	- 4,1
592734	1,705	1.126	- 579	- 34,0
592756	1.955	1.126	- 829	- 42,4
592771	2.205	1.126	- 1.079	- 48,9
<b>gemiddelde</b>				<b>- 25,1</b>

Dagziekenhuis				
591091	1.068	818	- 250	- 23,4
591113	1.335	1.022	- 313	- 23,4
591135	801	613	- 188	- 23,5

(Bedragen in BEF)

## MEDISCHE BEELDVORMING

Concretisering van het nieuwe artikel 69 van GVU-wet van 14 juli 1994

<b>Codenummer</b>	<b>Honorarium 01.01 - 31.08.01</b>	<b>Honorarium 01.09 - 31.12.01</b>	<b><math>\rho</math> Honorarium</b>	<b><math>\sigma</math> %</b>
460670	865	347	- 518	- 59,9
460795	886	355	- 531	- 59,9
460972	422	54	- 368	- 87,2
460994	802	104	- 698	- 87,0
461016	1.498	193	- 1.305	- 87,1
460703	542	431	- 111	- 20,5
460821	563	447	- 116	- 20,6

(Bedragen in BEF)



**DETAIL VAN DE 40 MILJOEN EURO BESPARINGEN BESLIST  
DOOR DE N.C.A.Z. dd. 17.12.2001 EN GOEDGEKEURD DOOR HET  
VERZEKERINGSCOMITE dd. 28.01.2002  
(bedragen in miljoen BEF)**

TGR	BESPARINGEN DECEMBER 2001		
	SLEUTELLETTERS		
Nr	verstrekking	bedrag	beslissing
477116	EMG	83	- 10%
558552			
477142	EEG	110	- 10%
475075	EKG	194	- 10%
317074	gingivectomie	62	- 50%
476210	Holter	104	- 20%
476232		8,1	- 20%
476254		14	- 20%
258812	tympanoscopie	30	- 10%
	som/somme	605,1	
	K.B. NOMENCLATUUR		
	nucleaire geneeskunde	135,4	TGR 179 bis, bijlage II
442116	bestraling bloed	60	Geschrap
432272	foeto maternelle signalen	60	Geschrap
460353	echografie	160	Splitting
460633			
149170	toezicht transfusie	140	Geschrap
149192	deleucocytering		Geschrap
355390	articulaire puncties	337	Geschrap
	anesthesie	34	TGR 179bis, p.2
	maagtubage	10,2	Geschrap
	blaassondage	47	Geschrap
	inspanningsproef	88	K 30
	Som	1071,6	
	<b>TOTAAL</b>	<b>1676,7</b>	

NOTA C.G.V. nr. 2002/22 dd. 22 januari 2002  
Voorziene datum van in voeging : 01.03.2002.

**BESPARING T.G.V. DE REGERINGSBESLISSING TOT HALVERING  
INDEX IN 2002 VOOR DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN  
VAN ARTIKEL 2 (basis 2001)**

	Geraamde uitgaven 2001 (1S/2001 : 0,511)	Verlies index (1,41 %)	%
<b>HUISARTSEN</b>			
Advies, consultaties, bezoeken GMD	26.238.887.939	369.968.320	68,1
Dringende consultaties en bezoeken + verplaatsingskosten	230.533.024	3.250.517	0,6
Subtotaal	26.469.420.963	373.218.837	68,7
<b>SPECIALISTEN</b>			
Consultaties algemeen	6.904.684.900	97.356.057	17,9
Consultaties inwendige	1.147.928.399	16.185.791	3,0
Consultaties neuroloog, psychiater, neuropsychiater	753.430.033	10.623.363	2,0
Consultatie pediater	1.116.405.114	15.741.313	2,9
Consultatie cardioloog	505.108.145	7.122.025	1,3
Huisbezoek pediater	24.391	343	0,0
Supplement dringende consultaties	84.344.250	1.189.254	0,2
Subtotaal	10.511.925.232	148.218.146	27,3
PSYCHOTHERAPIEEN	1.555.702.200	21.935.401	4,0
ALGEMEEN TOTAAL	38.537.048.395	543.372.384	100,0

Bron : BVAS/ABSyM



**EVOLUTIE VAN HET AANTAL WEIGERINGEN TOT TOETREDING TOT DE  
AKKOORDEN ARTSEN-ZIEKENFONDSEN**

Datum akkoord	Huisartsen			Specialisten			Totaal artsen		
	Totaal actief	Aantal weigering	% weigering	Totaal actief	Aantal weigering	% weigering	Totaal actief	Aantal weigering	% weigering
03.11.1997	17.120	2.445	14,28	20.294	3.391	16,71	37.414	5.836	15,60
15.12.1998	17.298	2.509	14,50	20.747	3.587	17,29	38.045	6.096	16,02
18.12.2000	17.531	2.133	12,17	21.734	3.764	20,79	39.265	5.897	15,02
18.12.2000 + 15.12.2001	18.268	2.219	12,15	21.905	5.543	25,30	40.173	7.762	19,32

Bron : RIZIV, Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen

**WEIGERINGEN TOT TOETREDING**  
**TOT DE AKKOORDEN ARTSEN-ZIEKENFONDSEN van 13.12.1993 tot 15.12.2001**

Rang-Nr.		Totaal Actieven 15.12.2001	% weigeringen					
			18.12.2000 + 15.12.2001	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993
	Huisartsen	18.268	12,15	12,17	14,62	13,88	15,68	19,18
	Geneesheer- specialist in opleiding	3.354	0,60	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48
1.	Radiotherapie	145	8,28	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08
2.	Klinische biologie	697	8,90	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92
3.	Neurologie	168	12,50	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33
4.	Pathologische ana.	261	12,64	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65
5.	Psychiatrie	526	12,93	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62
6.	Pneumologie	303	13,20	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42
7.	Nucleaire geneesk.	304	13,82	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69
8.	Inwendige geneesk.	1.966	15,97	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98
9.	Pediatrie	1.318	16,62	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21
10.	Neuropsychiatrie	1.378	19,67	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06
11.	Anesthesiologie	1.560	22,37	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61
12.	Gastro-enterologie	385	23,38	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79
13.	Chirurgie	1.416	24,01	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01
14.	Reumatologie	237	25,74	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56
15.	Fys. Gen./Fysioth.	431	25,75	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48
16.	Neurochirurgie	137	28,47	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45
17.	Orthopedie	856	32,83	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51
18.	O.R.L.	570	34,04	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50
19.	Urologie	342	35,09	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44
20.	Cardiologie	791	40,33	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39
21.	Stomatologie	301	42,86	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43
22.	Gyneco-verlosk.	1.257	48,21	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05
23.	Radiologie	1.436	51,67	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33
24.	Oftalmologie	964	56,54	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46
25.	Dermato-venerol.	622	64,15	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65
26.	Plastische chirurgie	180	64,44	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52
	Totaal specialisten	18.551	29,77	20,79	20,70	19,66	20,03	22,23
	Algemeen totaal	40.173	19,32	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87

AANTAL GEACCREDITEERDE ARTSEN OP 01 FEBRUARI 2002

	Totaal actieven	Totaal geaccrediteerd	% geaccrediteerd
<i>Artsen 001-002</i>	3.809	0	0,00
<i>Huisartsen 003-004</i>	13.640	9.882	72,45
<i>Huisartsen 005-006</i>	753	0	0,00
<i>Huisartsen 007-008</i>	3	1	3,33
<b>TOTAAL</b>	<b>18.205</b>	<b>9.883</b>	<b>54,29</b>
Geneesheer-specialist in opleiding G.S.O.	3.383	0	0,00
Dermato-venerologie	622	515	82,80
Oftalmologie	964	759	78,73
Radiologie	1.434	1.118	77,96
Gastro-enterologie	388	296	76,29
Pathologische anatomie	262	199	75,95
O.R.L.	567	427	75,31
Nucleaire geneeskunde	304	228	75,00
Fysische geneeskunde	431	319	74,01
Radiotherapie	142	104	73,24
Neurologie	168	123	73,21
Pneumologie	306	222	72,55
Cardiologie	791	558	70,54
Urologie	342	241	70,47
Anesthesie	1.562	1.068	68,37
Gynecologie-verloskunde	1.255	854	68,05
Orthopedie	857	583	68,03
Reumatologie	238	160	67,23
Inwendige geneeskundeinterne	1.966	1.284	65,31
Psychiatrie	527	340	64,52
Klinisch biologie	697	438	62,84
Pediatrie	1.320	828	62,73
Neuropsychiatrie	1.378	847	61,47
Plastische chirurgie	182	98	53,85
Chirurgie	1.423	755	53,06
Neurochirurgie	138	70	50,72
Stomatologie	301	137	45,51
TOT Specialisten	18.565	12.571	67,71
TOT. Specialisten + GSO	21.948	12.571	57,28
<b>ALGEMEEN TOTAAL</b>	<b>40.153</b>	<b>22.454</b>	<b>55,92</b>

Bron : Accreditingsstuurgroep RIZIV

**AANTAL GEACCREDITEERDE ARTSEN EN AANTAL LOK's OP 01 FEBRUARI 2002**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Totaal actieven	Totaal geaccrediteerd	% geaccrediteerd	Leden LOK	% leden LOK op totaal actieven	Geaccr. LOK-leden	Niet-geaccr. LOK-leden	Aantal LOKS	Gemiddeld aantal deelnemers/LOK
<i>Artsen 001-002</i>	3.809	0	0,00	43	1,13	0	43	0	0,0
<i>Huisartsen 003-004</i>	13.640	9.882	72,45	11.020	80,79	9.851	1.169	709	15,5
<i>Huisartsen 005-006</i>	753	0	0,00	11	1,46	0	11	0	0,0
<i>Huisartsen 007-008</i>	3	1	33,33	1	33,33	1	0	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>18.205</b>	<b>9.883</b>	<b>54,29</b>	<b>11.075</b>	<b>60,83</b>	<b>9.852</b>	<b>1.223</b>	<b>709</b>	<b>15,6</b>
Geneesheer-specialist in opleiding G.S.O.	3.363	0	0,00	13	0,38	0	13	0	0
Anesthesie	1.562	1.068	68,37	1.260	80,67	1.065	195	65	19,1
Chirurgie	1.423	755	53,06	983	69,08	751	232	54	18,2
Neurochirurgie	138	70	50,72	110	79,71	70	40	7	15,7
Plastische chirurgie	182	98	53,85	140	76,92	95	45	8	17,5
Gynecologie-verloskunde	1.255	854	68,05	1.027	81,83	848	179	56	18,3
Oftalmologie	964	759	78,73	812	84,23	757	55	45	18,0
O.R.L.	567	427	75,31	484	85,36	424	60	31	15,6
Urologie	342	241	70,47	285	83,33	239	46	16	17,8
Orthopedie	857	583	68,03	694	80,98	569	125	38	18,3
Stomatologie	301	137	45,51	187	62,13	135	52	10	18,7
Dermato-venerologie	622	515	82,80	546	87,78	512	34	32	17,1
Inwendige geneeskunde	1.966	1.284	65,31	1.578	80,26	1.274	304	82	19,2
Pneumologie	306	222	72,55	254	83,01	221	33	20	12,7
Gastro-enterologie	388	296	76,29	337	86,86	293	44	24	14,0
Pediatrie	1.320	828	62,73	998	75,61	824	174	56	17,8
Cardiologie	791	558	70,54	663	83,82	552	111	41	16,2
Neuropsychiatrie	1.378	847	61,47	1.047	75,98	846	201	76	13,8
Neurologie	168	123	73,21	150	89,29	122	28	7	21,4
Psychiatrie	527	340	64,52	406	77,04	332	74	13	31,2
Reumatologie	238	160	67,23	183	76,89	158	25	14	13,1
Fysische geneeskunde en fysiotherapie	431	319	74,01	354	82,13	317	37	18	19,7
Klinische biologie	697	438	62,84	509	73,03	436	73	43	11,8
Pathologische anatomie	262	199	75,95	226	86,26	198	28	15	15,1
Radiodiagnose	1.434	1.118	77,96	1.217	84,87	1.108	109	70	17,4
Radiotherapie	142	104	73,24	116	81,69	104	12	7	16,6
Nucleaire geneeskunde	304	228	75,00	269	88,49	228	41	15	17,9
TOT Specialisten	18.565	12.571	67,71	14.835	79,91	12.478	2.357	864	17,2
TOT. Specialisten + GSO	21.948	12.571	57,28	14.848	67,65	12.478	2.370	864	17,2
<b>ALGEMEEN TOTAAL</b>	<b>40.153</b>	<b>22.454</b>	<b>55,92</b>	<b>25.923</b>	<b>64,56</b>	<b>22.330</b>	<b>3.593</b>	<b>1.573</b>	<b>16,5</b>

Bron : Accrediteringsstuurgroep RIZIV

**TOELAATBAAR AANTAL ARTSEN BINNEN HET ZIV-SYSTEEM  
(K.B. 07.11.2000 - 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	-	-	-	-	-	-

## BESLISSING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE dd. 21.12.2001

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

De in vet en cursief gedrukte cijfers vereisen een wijziging van het K.B. 07.11.2000

De jaren 2009, 2010 en 2011 moeten worden toegevoegd aan het K.B. van 07.11.2000 (B.S. 08.12.2000)

**BESLISSING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE dd. 21.12.2001 I.V.M. HET TOE TE LATEN MINIMUMAANTAL SPECIALISTEN BINNEN DE ZIV**

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
Pathologie anatomie	4	2	2
<b>TOTAAL</b>	<b>330</b>	<b>194</b>	<b>136</b>

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

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

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