
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 1 / JANUARI 2007

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

DE TOEKOMST VAN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE – DR. M. MOENS

CONFERENTIE MS7 FINANCIERING VAN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE

Kliniek Sint-Jan - Brussel
10-14/11/2006

I. Inleiding.

De toekomst van de specialistische geneeskunde is multifactorieel bepaald.

We proberen enkele determinanten te omschrijven en een mogelijk antwoord te bedenken uit de combinatie van de vele vragen die internationaal worden gesteld over de toekomst van de specialistische geneeskunde en uit het beperkt aantal mogelijke oplossingen die worden voorgesteld.

II. Aantal specialisten

België kent een hoog aantal artsen in vergelijking met de rest van de Westerse wereld. Volgens de OESO staat België met 3,9 beroepsactieve artsen per duizend inwoners op de derde plaats in de wereld, na Griekenland (4,5) en Italië (4,4).

Zoals in vele andere landen is de spreiding sterk verschillend van streek tot streek. De provincie Limburg kent een densiteit van minder dan 3 artsen per duizend inwoners (+/- het OESO gemiddelde), maar het Hoofdstedelijk Gewest Brussel en de provincie Waals Brabant kennen een densiteit van meer dan 6,2 artsen per duizend inwoners (cf. fig. 1).

ARTSENDENSITEIT IN BELGIE (01.01.2003)

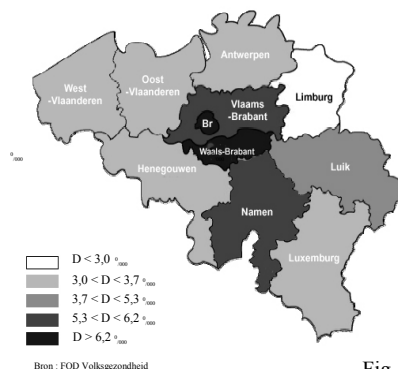


Fig. 1

Het aantal specialisten stijgt sneller dan het aantal niet-specialisten (cf. tabellen 1 en 2). Van 1980 tot 2002 nam het totale aantal artsen toe met een factor 2,04. Bij de artsen niet specialisten was de factor 1,67, bij de specialisten 2,49 en bij de specialisten in opleiding 1,88. Onder de niet-specialisten zijn er +/- 10.000 artsen die louter de huisartsgeneeskunde beoefenen.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL BELGISCHE ARTSEN

	Artsen niet-specialisten	Specialisten	Artsen specialisten in opleiding	Alle artsen
1950				8.685
1960				11.730
1970				14.887
1980	10.968	9.617	2.084	22.669
1984	12.985	11.034	3.077	27.096
1988	14.371	12.969	2.972	30.312
1992	14.897	14.691	3.579	33.167
1996	15.378	16.364	3.460	35.202
2000	19.443	19.166	3.427	42.036
2001	19.444	20.045	3.489	42.978
2002	18.367	23.978	3.923	46.268

Tabel 1

Bron : Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

EVOLUTIE VAN HET AANTAL ARTSEN IN BELGIE SINDE 1980 (1980 = 100)

	Artsen niet-specialisten	Specialisten	Artsen specialisten in opleiding	Alle artsen
1980	100	100	100	100
1984	118	115	148	120
1988	131	135	143	134
1992	136	153	172	146
1996	140	170	166	155
2000	177	199	164	185
2001	177	208	167	190
2002	167	249	188	204

Tabel 2

Bron : Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Tabel 3 geeft de uitsplitsing over de 29 erkende basisspecialismen, gerangschikt volgens hun graad van vrouwelijking. Tabel 4 doet hetzelfde voor de artsen specialisten in opleiding. De top 5 volgens het aantal specialisten is: inwendige geneeskunde (2.231), anesthesiologie (1.906), chirurgie (1.689), radiologie (1.623) en pediatrie (1.562). Dergelijke aantallen vertellen uiteraard niet alles, want ondanks het hoge aantal vinden ziekenhuizen vb. moeilijk pediaters wegens de zware werkbelasting en de magere honorering.

AANTAL EN VERDELING VOLGENS GESLACHT VAN DE ERKENDE ARTSEN-SPECIALISTEN (01.01.2003)

Rangschikking feminisering	Specialisme	Totaal Aantal	Vrouwen	
			Aantal	% totaal
1	Volwassenpsychiatrie	5	4	80,0
2	Kinder- en jeugdpsychiatrie	25	15	60,0
3	Dermato-venereologie	695	416	59,9
4	Psychiatrie	632	352	55,7
5	Oftalmologie	1.078	550	51,0
6	Pediatrie	1.562	769	49,2
7	Pathologische anatomie	321	147	45,8
8	Arbeidsgeneeskunde	802	366	45,6
9	Neurologie	212	91	42,9
10	Radiotherapie	220	93	42,3
11	Klinische biologie	795	302	38,0
12	Reumatologie	225	80	35,6
13	Fysische geneeskunde	501	172	34,3
14	Anesthesiologie	1.906	645	33,8
15	Gynecologie-verloskunde	1.458	490	33,6
16	ORL	635	188	29,6
17	Neuropsychiatrie	1.458	358	24,6
18	Pneumologie	342	83	24,3
19	Nucleaire geneeskunde	315	76	24,1
20	Inwendige geneeskunde	2.231	530	23,8
21	Radiologie	1.623	352	21,7
22	Gastro-enterologie	436	84	19,3
23	Stomatologie	349	63	18,1
24	Plastische chirurgie	196	35	17,9
25	Cardiologie	888	134	15,1
26	Chirurgie	1.689	182	10,8
27	Neurochirurgie	146	14	9,6
28	Orthopedie	977	58	5,9
29	Urologie	385	22	5,7
	Totaal	22.107	6.671	30,2

Bron : FOD Volksgezondheid; geneeskundepraktijk.

Tabel 3

AANTAL EN VERDELING VOLGENS GESLACHT VAN DE ARTSEN-SPECIALISTEN IN OPLEIDING (01.01.2003)

Rangschikking feminisering	Specialisme	Totaal Aantal	Vrouwen	
			Aantal	% totaal
1	Dermato-venereologie	84	71	84,5
2	Pediatrie	281	232	82,6
3	Kinder- en jeugdpsychiatrie	20	15	75,0
4	Reumatologie	12	9	75,0
5	Oftalmologie	103	73	70,9
6	Klinische biologie	73	50	68,5
7	Pathologische anatomie	53	36	67,9
8	Gynecologie-verloskunde	214	143	66,8
9	Fysische geneeskunde	81	54	66,7
10	Radiotherapie	48	31	64,6
11	Psychiatrie	303	192	63,4
12	Volwassenpsychiatrie	35	22	62,9
13	Arbeidsgeneeskunde	62	37	59,7
14	Nucleaire geneeskunde	27	16	59,3
15	Pneumologie	51	29	56,9
16	ORL	94	50	53,2
17	Inwendige geneeskunde	669	355	53,1
18	Neurologie	103	52	50,5
19	Radiologie	205	88	42,9
20	Anesthesiologie	531	223	42,0
21	Stomatologie	29	12	41,4
22	Gastro-enterologie	49	20	40,8
23	Plastische chirurgie	39	13	33,3
24	Chirurgie	372	109	29,3
25	Cardiologie	94	26	27,7
26	Orthopedie	172	27	15,7
27	Neurochirurgie	48	7	14,6
28	Urologie	71	10	14,1
	Totaal	3.923	2.002	51,0

Bron : FOD Volksgezondheid; geneeskundepraktijk.

Tabel 4

Sinds 2003 publiceert het ministerie van Volksgezondheid geen cijfers meer over het artsenbestand. We baseren ons nu op de gegevens van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV), die alleen de artsen repertorieert die beroepsactief zijn in het officiële verzekeringssysteem. Ook hier zien we een constante trend in de richting van de specialistische geneeskunde (cf. tabel 5).

**ACTIEVE GENEESHAREN,
GEREGISTREERD BIJ HET RIZIV**

	1998		2002		2006	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Geneesheren niet-specialisten	16.919	45,3	17.872	44,6	17.832	42,6
Geneesheren-specialisten	20.464	54,7	22.218	55,4	24.038	57,4
TOTAAL	37.383	100,0	40.090	100,0	41.870	100,0

Tabel 5

Bron : RIZIV, artsenverkiezingen september 2006.

K.B. van 11.07.2005 tot wijziging van het K.B. van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 03.08.2005)

Jaar	Aantal artsen			Huisartsen			Specialisten		
	Totaal	N	F	Totaal	N	F	Totaal	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2008	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2009	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2010	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2011	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2012	833	500	333	358	215	143	475	285	190
2013*	975	585	390	419	251	168	556	334	222

Tabel 6

* Beslissing ministerraad 20.07.2006. De planningscommissie had op 30.06.2006 een verhoging tot 1.025 voorgesteld. Dit K.B. is nog niet gepubliceerd.

Sinds het Koninklijk Besluit van 29.08.1997 (B.S. 05.09.1997) heeft de Belgische federale overheid een numerus clausus ingesteld voor artsen die in het systeem van het RIZIV willen werken. De eerste effecten werden voelbaar vanaf 2004.

Met dit K.B. legde de federale overheid de verhouding vast tussen specialisten (57 %) en huisartsen (43 %) en tussen Nederlands- (60 %) en Franstaligen (40 %). De absolute aantallen kunnen na advies van de Planningscommissie door de bevoegde minister van Volksgezondheid worden aangepast. Het originele K.B. voorzag 700 artsen in 2004, 650 in 2005, 600 in 2006 en terug 700 in 2007 en 2008. Via de K.B.'s van 30.05.2002 (B.S. 14.06.2002) en van 11.07.2005 (B.S. 03.08.2005) werden de quota van 2004 tot 2011 gelijk vastgesteld op 700 en voor 2012 verhoogd tot 833. Een aangekondigd Koninklijk Besluit zal het quotum voor 2013 verhogen tot 975¹. De onderlinge verdeelsleutels blijven echter ongewijzigd (cf. tabel 6).

Het K.B. van 30 mei 2002 legde voor de periode 2004 tot 2011, rekening houdend met de densiteit van elk van de specialismen per Gemeenschap, ook de minimale subquota per discipline vast voor 330 van de 400 te begeven plaatsen (cf. tabel 7). De overblijvende 70 plaatsen kunnen volgens de behoeften worden ingevuld, waarbij er afspraken moeten gemaakt worden binnen elk van de taalgemeenschappen².

¹ Dit koninklijk besluit werd getroffen op 08.12.2006 en in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd op 22.12.2006.

² Het K.B. van 08.12.2006 wijzigt de aantallen lichtjes (cfr. tabel 7bis). In 2002 zullen er 114 overblijvende plaatsen zijn die volgens de behoeften kunnen worden ingevuld.

**K.B. 30.05.2002 BETREFFENDE DE PLANNING VAN HET
MEDISCH AANBOD (B.S. 14.06.2002)**

Geneesheer-specialist in	Totaal	N	F
Anesthesie-reanimatie	45	24	21
Chirurgie, orthopedie, neurochirurgie, urologie, plastische heelkunde	44	26	18
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynecologie-verloskunde	15	8	7
Oftalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Inwendige geneeskunde, cardiologie, reumatologie, gastro-enterologie, pneumologie	70	40	30
Pediatrie	22	12	10
Fysiotherapie	6	3	3
Klinische Biologie	11	8	3
Röntgendiagnose	17	12	5
Radiotherapie	5	3	2
Nucleaire geneeskunde	4	2	2
Pathologie anatomie	4	2	2
TOTAAL	330	194	136

Tabel 7

K.B. 08.12.2006 tot wijziging van K.B. 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 22.12.2006 ed. 2)

(minimum aantal kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding tot 2012)

Geneesheer-specialist in	Totaal	N	F
Anesthesie-reanimatie	45	24	21
Chirurgie, orthopedie, urologie, plastische heelkunde	41	24	17
Neurochirurgie	3	2	1
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynaecologie-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, waarvan minstens (...) kandidaten inwendige geneeskunde	76 (20)	44 (12)	32 (8)
Geriatric	10	6	4
Pediatrie	22	12	10
Fysiotherapie	6	3	3
Klinische biologie	11	8	3
Röntgendiagnose	22	12	10
Radiotherapie	5	3	2
Nucleaire geneeskunde	4	2	2
Pathologische anatomie	4	2	2
Acute geneeskunde	10	6	4
Urgentiegeneeskunde	5	3	2
Totaal	361	213	148

Tabel 7bis

Op te merken valt dat in België het onderwijs in de geneeskunde een bevoegdheid is van de Gemeenschappen. De vorming en de erkenning van de specialisten die binnen de federale RIZIV structuur zullen werken is een federale bevoegdheid. Om te mogen starten met de studies geneeskunde organiseert de Vlaamse Gemeenschap sinds 1998 een ingangsexamen; de Franse Gemeenschap heeft dergelijke proef pas in 2005 ingevoerd.

De discussie over hoeveel artsen er nodig zijn is van alle tijden en van alle landen. Ten bewijze hiervan verwijs ik naar de grote bewegingen die in de Verenigde Staten van Amerika hierover bestaan (cf. tabel 8).

Ook in België is het debat tussen de faculteiten, de Overheid en de artsenverenigingen volop aan de gang. Er moet rekening worden gehouden met de gewijzigde verwachtingen van de jonge artsen, zowel mannen als vrouwen, en met de steeds groter wordende vraag tot specialisatie. Op 21.10.2002 schreef Prof. Dr. J.J. Rombauts, decaan van de faculteit geneeskunde van de UCL, het V.B.S. hierover het volgende: *“Nous avons en particulier des difficultés à imposer à 40 % des étudiants l’orientation vers la médecine générale, alors qu’un sondage réalisé récemment dans nos facultés de médecine démontre que le nombre d’étudiants qui choisissent spontanément la médecine générale varie de 10 à 25 % suivant les institutions ».*

Er bestaat dus een duidelijk spanningsveld tussen de behoeften die de overheid wil invullen en de keuzes die de jonge artsen willen maken. De overheid heeft trouwens zopas een “impulsfonds” opgericht in een poging om jonge artsen aan te moedigen de huisartsgeneeskunde te kiezen. De universitaire diensten vrezen dat er eerstdaags onvoldoende assistenten zullen zijn om hun diensten draaiende te houden. Het gevolg is dat perifere ziekenhuizen het ook moeilijker krijgen om assistenten op te leiden en dat de medische staven moeten worden uitgebreid om de diensverlening te garanderen.

III. Budget

Begin de jaren 90 van de vorige eeuw bevonden de uitgaven voor de Belgische gezondheidszorg zich ongeveer rondom het gemiddelde van de OESO uitgaven (+/- 7,0 % van het BBP). Ondertussen liepen de uitgaven op tot 10,1 % van het BBP, waarmee België op de 6^{de} plaats komt na de USA (15,3 %), Zwitserland (11,6 %), Duitsland (10,9 %) en Frankrijk (10,5 %) (cf. tabel 9). De Belgische uitgaven voor gezondheidszorg stegen de laatste jaren sneller dan het OESO gemiddelde.

Uitgaven gezondheidszorg in % BBP

Verenigde Staten : evolutie artsdensiteit

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

Tabel 8

GMENAC : Graduate Medical Education National Advisory Committee
DRG : Diagnosis Related Groups

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

	1990	2004
U.S.A.	11,9	15,3
Zwitserland	8,4	11,6
Duitsland	8,5	10,9
Frankrijk	8,3	10,5
IJsland	7,9	10,2
België	7,0	10,1
Griekenland	7,1	10,0
Portugal	6,0	10,0
Canada	9,1	9,9
Noorwegen	7,4	9,7
Oostenrijk	6,8	9,6
Australië	7,2	9,2
Nederlând	7,4	9,2
Zweden	8,2	9,1
Denemarken	8,2	8,9
OESO	6,9	8,9
Italië	7,6	8,4
Nieuw-Zeeland	6,7	8,4
Groot-Brittannië	6,9	8,3
Spanje	6,3	8,1
Japan	5,8	8,0
Luxemburg	5,4	8,0
Turkije	3,7	7,7
Finland	7,8	7,5
Tsjechië	4,6	7,3
Ierland	6,0	7,1
Mexico	4,8	6,5
Polen	4,9	6,5
Slovakije	-	5,9
Korea	4,5	5,6

Tabel 9

Bron : OESO Health Data 2006, June 2006

In de jaren 70 tot begin de jaren 90 maakten de artsenhonoraria in België rond de 40% uit van het totale budget van de ziekteverzekering (cf. tabel 10).

BELGISCH BUDGET VOLKSGEZONDHEID (in miljoen €)

	Globaal budget	Artsenhonoraria
1970	850,868	340,347
1980	3.341,707	1.169,621
1990	7.070,908	2.944,600
1995	9.938,190	3.349,480
2000	12.820,054	4.128,800
2005	17.332,170	5.222,720
2006*	18.454,063	5.533,120
2007**	19.618,653	5.907,005

Tabel 10

Bron : RIZIV

* Begrotingsdoelstelling 2006 **Begrotingsdoelstelling 2007 (nota CGV 2006/308 d.d. 17.10.2006)

• In nominale waarde : 2006/1970
- globaal budget x 21,7
- budget artsenhonoraria x 15,7

• Gemiddelde jaarlijkse groei in constante waarde
- globaal budget : + 4,53 %
- budget artsenhonoraria : + 3,59 %

EVOLUTIE RIZIV-BUDGETTEN en HONORARIA

Jaar	Totale RIZIV-uitgaven (in miljoen €)	Totaal artsenhonoraria	
		Bedrag (in miljoen €)	% totaal RIZIV
1995	9.938,19	3.349,48	33,7
1996	10.957,28	3.683,10	33,6
1997	10.655,69	3.477,47	32,6
1998	11.294,04	3.707,79	32,8
1999	12.029,06	3.905,49	32,5
2000	12.820,05	4.102,33	32,0
2001	13.774,37	4.344,03	31,5
2002	14.162,56	4.291,48	30,3
2003	15.383,68	4.623,62	30,1
2004	16.771,43	5.062,60	30,2
2005	17.250,17	5.240,96	30,4
2006*	18.454,06	5.533,12	30,0

Tabel 11

* Begrotingsdoelstelling

Bron : RIZIV jaarrapporten en nota CGV 2006/267 dd. 28.08.2006 en www.riziv.be

Vanaf 1995 daalde het aandeel tot +/- 1/3^{de} en verder tot minder dan 30 % in 2006 (cf. tabel 11). Tussen 1970 en 2006 stegen de totale RIZIV uitgaven in nominale waarde met factor 21,7 en de artsenhonoraria met factor 15,7. Rekening

houdende met de inflatie³ is de gemiddelde reële jaarlijkse toename 4,53 % voor het totale budget en 3,59 % voor de artsenhonoraria.

De laatste jaren stegen de uitgaven voor de huisartsen doelbewust sneller dan die voor de specialisten (cf. tabellen 12 en 13). Wanneer men het jaar 1999 als referentiepunt gelijk stelt met 100, dan stegen de uitgaven voor de huisartsen tot 139,85 % en voor de specialisten tot 126,22 %. Het relatieve aandeel van de huisartsen in het totaal van de artsenhonoraria steeg met 1,39 % van 15,54 naar 16,93 % en het relatieve aandeel van de specialisten zakte uiteraard met hetzelfde percentage van 84,46 naar 83,07 %.

Onderling aandeel huisartsen/specialisten in de begrotingsdoelstelling medische honoraria (in miljoen euro)

Jaar	Huisartsen*	Specialisten**	Totaal
1999	606,932	3.298,556	3.905,488
2000	621,965	3.480,367	4.102,332
2001	638,949	3.705,083	4.344,032
2002	666,376	3.625,100	4.291,476
2003	769,604	3.979,579	4.749,183
2004	848,822	4.163,446	5.012,268

Tabel 12

(*) exclusief technische verstrekkingen verricht door huisartsen

(**) inclusief het beperkt bedrag van (*)

Bron : Jo DE COCK, Administrateur-generaal RIZIV, 16.12.2003

Evolutie t.o.v. 1999 (=100,00) en onderling aandeel (in %) huisartsen/specialisten in de begrotingsdoelstelling medische honoraria

Jaar	HUISARTSEN*		SPECIALISTEN**	
	Evolutie	Relatief aandeel	Evolutie	Relatief aandeel
1999	100,00	15,54	100,00	84,46
2000	102,48	15,16	105,51	84,84
2001	105,28	14,71	112,32	85,29
2002	109,79	15,53	109,90	84,47
2003	126,80	16,20	120,65	83,80
2004	139,85	16,93	126,22	83,07

(*) exclusief technische verstrekkingen verricht door huisartsen

(**) inclusief het beperkt bedrag van (*)

Bron : Jo DE COCK, Administrateur-generaal RIZIV, 16.12.2003

Tabel 13

In het aandeel specialistenhonoraria zitten ook alle kosten van afschrijvingen van apparatuur, van personeelskosten en van afdrachten aan de ziekenhuizen (met uitzondering van een gedeelte van de infrastructuur van de radiotherapie, de Pet scan en de NMR, die deels vergoed worden via het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen).

De huidige regering stelde voor de periode 2003-2007 een jaarlijkse groeïnorm voor de uitgaven gezondheidszorg vast op 4,5 % per jaar, verhoogd met de index der consumptieprijzen. Vanaf 2008 zou de groeïnorm volgens het Planbureau moeten beperkt worden tot +/- 3 % wil men de kosten van de vergrijzing kunnen blijven opvangen.

Dit zal belangrijke gevolgen hebben op de keuze van de verstrekkingen die in de toekomst voor terugbetaling in aanmerking kunnen komen, terwijl vandaag al een ganse reeks van soms al jaren oude medisch syndicale eisen niet (kunnen) worden ingewilligd omwille van budgettaire beperkingen.

Wij vernoemen er enkele, met hun jaarlijkse kostprijs in €, uit de onderhandelingen over het akkoord artsen – ziekenfondsen voor de jaren 2006 en 2007:

³ Op indexbasis 1966 bedraagt de index 114,29 in juli 1970 en 503,22 in juli 2006

1.	Desinfectie endoscopen	4.200.000
2.	Radioprotectie medische beeldvorming (KB 20.07.2001)	25.000.000
3.	Dermatologie operatieve hulp (2.1)	120.000
4.	Inhaalbeweging 8 % gynaecologische chirurgie	2.220.000
5.	Oftalmologie: subjectieve refractie (goedgekeurd TGR)	7.950.000
6.	Oftalmologie: digitale beeldvorming netvlies	4.700.000
7.	Verhoging honorarium van de avondconsultatie na 18 uur met 33,33% (geraamd op 20% der consultaties)	
	*huisartsen	27.820.000
	*specialisten (psychotherapieën inbegrepen)	25.960.000
8.	Specifiek nummer voor morfologische zwangerschapsequografie o.m. in context Down screening	2.145.000
9.	Coronaro CT (N350)	1.260.000
10.	Colono CT (N350)	502.000

Bron BVAS

Tabel 14

IV. Keuzes en ethiek

De technologische mogelijkheden in de medisch specialistische wetenschap zijn quasi onbeperkt. Ik beperk me tot drie voorbeelden, die telkens ook een band leggen met de ethische beschouwingen die onlosmakelijk gebonden zijn aan de te maken keuzes.

In tal van subdisciplines van de chirurgie wordt het gebruik van implantaten een zeer zware, moeilijk onder controle te houden uitgavenpost. Het invoeren van robotica en telechirurgie lijkt voorlopig trager te evolueren dan verwacht omwille van de hoge kostprijs. Gezien de sterk verbeterde technieken in de anesthesiologie kunnen ook veel meer dan vroeger oudere patiënten geopereerd worden en genieten van een kwaliteitsvolle levensverlenging.

De levensverwachting in de Westerse wereld blijft stijgen, en, wat nog belangrijker is, ook de gezonde levensverwachting blijft toenemen. Dit heeft een dubbel effect op de sociale zekerheid. De vergrijzing verhoogt de uitgaven voor de pensioenen en anderzijds vergen meer en meer patiënten medische en aanverwante zorgen. Toen de Pruisische kanselier Otto von Bismarck het in 1889 als eerste over een staatspensioen had, introduceerde hij dat op de leeftijd van 65 jaar, terwijl de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte slechts 45 jaar bedroeg. Pensioen was dus weinigen gegund.

Tabel 15 geeft de officiële pensioengerechtigde leeftijd in Europa weer en de levensexpectantie op de leeftijd van 65 jaar. We merken dat de levensverwachting alnaargelang het land varieert van 14,6 jaar voor de Ierse mannen tot 20,9 jaar voor de Franse vrouwen.

LEVENSV ERWACHTING EN PENSGOEN

1889 : - Pruisische kanselier BISMARCK stelt eerste staatspensioen vast op 65 jaar
- gemiddelde levensverwachting toen : 45 jaar

EU 15 (2003)	Officiële pensioenleeftijd		Levensverwachting op 65 jaar	
	M	V	M	V
Austria	65	60	16,3	19,8
Belgium	65	63	15,5	19,5
Denmark	65	65	15,3	18,2
Finland	65	65	15,8	19,7
France	60	60	16,4	20,9
Germany	65	65	15,5	19,2
Greece	65	65	16,2	18,7
Ireland	65	65	14,6	17,7
Italy	65	60	16,2	20,2
Luxembourg	65	65	15,8	19,7
Netherlands	65	65	15,2	18,9
Portugal	65	65	14,7	18,3
Spain	65	65	16,1	20,1
Sweden	65	65	16,9	20,0
U.K.	65	60	15,6	18,9

Bron : AON Consulting 12.05.2005 (www.aon.com/nl)

Tabel 15

GEZONDE LEVENSV ERWACHTING 65 JAAR

	1995		2003		VERSCHIL 1995-2003	
	M	F	M	F	M	F
België	9,8	11,8	11,7	12,6	+ 1,9	+ 0,8
Frankrijk	7,6	8,4	8,2	8,9	+ 0,6	+ 0,5
Duitsland	8,4	10,2	10,8	9,2	+ 2,4	- 1,0
Nederland	9,3	10,5	9,2	9,5	- 0,1	- 1,0
UK	8,4	9,2	8,2	9,6	- 0,2	+ 0,4
Spanje	10,0	11,4	11,3	12,5	+ 1,3	+ 1,1
Italië	10,3	11,8	11,9	14,4	+ 1,6	+ 2,6

Tabel 16

Bron : European health expectancy monitoring unit, juni 2005

De gezonde levensverwachting op 65 jaar varieert in 2003 van 8,2 jaar voor de Franse en Britse man tot 14,4 jaar voor de Italiaanse vrouw (cf. tabel 16).

Het is duidelijk dat deze gezonde en minder gezonde ouderen een goede basiszorg nodig hebben via de huisartsen, maar dat de toename van de behoefte aan specialistische zorg minstens zo groot is. En die behoeften botsen tegen de budgettaire mogelijkheden zoals zonet nog geïllustreerd met het niet kunnen verkrijgen van budgettaire middelen voor het toegankelijker maken van goede oftalmologische zorg in België.

Op welke manier reageert een politieke overheid hierop? Met het vaststellen van leeftijdsgrenzen voor bepaalde ingrepen en/of geneesmiddelen? Door te definiëren wat essentieel is in de geneeskunde en wat "comfort" is? Is een heup- of knie-prothese, is een kunsthartklep etcetera comfort bij iemand van 70 of zijn deze ingrepen essentieel voor zijn/haar kwaliteitsvol leven? Alles zal afhangen van de individuele fysische, psychische en sociale situatie van de patiënt. En die kan niet gevat worden in een onpersoonlijke wet. Dat zou botsen met de ethische principes van het artsenberoep.

Hoewel de chirurgie nog steeds het meeste levens redt in de behandeling van kanker, groeien de mogelijkheden van de medicamenteuze en radiotherapeutische behandelingen zeer snel. Zoals de implantaten door de chirurgen, worden in de oncologie zeer belangrijke uitgaven gegeneerd door de voorschrijvende artsen voor zowel primaire antikanker als voor adjuvans geneesmiddelen. De nieuwste generaties immune of genetisch georiënteerde kankermedicaties kunnen zo extreem duur zijn dat geen enkel land bij machte zal zijn om ze op grote schaal te gebruiken. Wie beslist wat sterk genoeg wetenschappelijk onderbouwd is zodat de overheid een (zeer) hoge kostprijs wil betalen?

De moleculaire biologie zal niet alleen in de medicamenteuze therapie zijn rol spelen, maar zal via de groeiende mogelijkheden van de pre-implantatie diagnostiek belangrijk worden in de preventie van ernstige congenitale aandoeningen en van voorbeschiktheid tot het ontwikkelen van sommige kankers. Ook hier is het aandeel van de ethiek zeer sterk aanwezig in het debat, want het kan niet de bedoeling zijn om het eugenisme te bevorderen.

De verdere ontwikkeling van de specialistische geneeskunde heeft dus behoefte aan diepgaande deontologische en ethische reflexie.

V. Privatisering?

Sommigen beschouwen de gezondheidszorg als een gezondheidsindustrie met grote groeimogelijkheden. Als artsen (-specialisten) zijn we niet spontaan geneigd om de gezondheidszorg te benaderen als een belangrijke sector van de kenniseconomie en als groeisector in de werkgelegenheid. Nochtans steeg de toegevoegde waarde van de Belgische "social profitsector" of de "non-profit-sector" met 51 % in de periode 1995 en 2003 en nam de directe werkgelegenheid toe met 32 % (cf. tabel 17). In de meeste landen miskent de Overheid het economische belang van de gezondheidszorg en ziet ze alleen het kostenplaatje.

GEZONDHEIDSZORG ALS ECONOMISCHE FACTOR

	1995	2000	2003	
	Mia €	Mia €	Mia €	1995 = 100
Output	18,3	23,5	28,5	156
Bruto toegevoegde waarde	11,8	14,9	17,8	151
Aantal werkzame personen				
• Direct	315.806	376.435	415.900	132
• Indirect	111.300	114.800	121.500 ^o	109

Tabel 17

^o jaar 2001
Bron SERV, 2006

De hoog oplopende uitgaven zijn dus geen loutere kost, maar op een of andere manier moeten ze wel worden gefinancierd. In de Verenigde Staten is de gezondheidszorg al decennia een "profit sector" in de handen van grote ondernemingen zoals Health Maintenance Organizations (HMO's). Ze zijn markt georiënteerd en het verlies van een job staat er dikwijls gelijk met het verlies van sociale zekerheid en het recht op gezondheidszorg. We zijn persoonlijk overtuigd dat het Belgische en het gemiddelde Europese systeem superieur is aan het Amerikaanse. Maar we kunnen lessen trekken uit hun leerschool. Zeer recent werd beschreven hoe zorgverbruikers er mee hun zorgverlening willen

bepalen⁴. Patiënten rebelleren tegen de beperkingen die de HMO's hen oplegden en ze zijn bereid te betalen voor hun klinische vrijheid.

De Amerikaanse sociale zekerheid – of het gebrek er aan - is niet vergelijkbaar met de Europese, maar waarom zou een groot deel van de Europese bevolking anders reageren dan de Amerikaanse. In een aantal Europese landen, ondermeer in België, beschikken de patiënten over een patiëntenrechtenwet. Nergens kunnen deze wetten gezondheid voor iedereen garanderen, noch de financiering van om het even welke zorg. Maar ons inziens laten dergelijke wetten toe dat zorg die niet via het officiële terugbetalingssysteem, georganiseerd door de Overheid, kan worden bekomen wel op private basis kan worden gezocht. Eens te meer is ook hier de deontologie en de ethiek vanwege de beroepsgroep van zeer groot belang. Zoniet dreigt men te vervallen in duur betaalde charlatanerie en obscurantisme.

Gezien de overall heersende schaarste van de financiële middelen voor de gezondheidszorg, is een partiële privatisering van zorg onafwendbaar, in het bijzonder wat sommige disciplines in de specialistische geneeskunde betreft. De expliciete vraag vanwege patiëntengroepen zoals in de Verenigde Staten ondersteunt deze vaststelling.

VI. De Europese regelgeving

Het Verdrag van de Europese gemeenschap biedt aan de zorgverleners, in casu aan geneesheren-specialisten, de mogelijkheid om, mits te voldoen aan een aantal praktische voorwaarden, de mogelijkheid tot vrije beroepsuitoefening binnen de Europese Unie. Vanuit België vestigen zich nogal wat specialisten in de buurlanden.

Maar ook de patiëntenmobiliteit stijgt binnen de Europese Unie. De lidstaten die het vrije verkeer van personen binnen de Europese Unie willen vereenvoudigen trachten hun sociaal zekerheidsstelsel op elkaar af te stemmen⁵.

Europese patiënten vinden vandaag al de weg tot een andere lidstaat via twee wegen.

Ze gebruiken hiervoor ofwel de klassieke weg van de verordening (EEG) 1408/71 van de Raad⁶ dd. 14.06.1971 ofwel baseren ze zich op de jurisprudentie die meer en meer opgang maakt ten gunste van het vrije patiënten verkeer.

In het eerste geval kan het gaan om het stelsel voor onverwachte zorgverlening⁷, waarbij de patiënt tot voor kort met het document E111 als een soort van medisch paspoort getuigde van zijn rechten op ziekteverzekering ten overstaan van de zorgverleners van de staat van verblijf. Sinds 1 juni 2004 wordt dit formulier geleidelijk vervangen door de Europese verzekeringskaart. Het kan ook gaan om de situatie waarbij de patiënt van zijn verzekeringsinstelling de toestemming heeft gekregen om zich in het buitenland te laten verzorgen⁸. Het document waarmee dit recht wordt verkregen is in dit geval het formulier E112.

In het tweede geval bewandelen de patiënten de weg die door de jurisprudentie wordt gebaad. Het arrest Kohll van het Europese hof van justitie van 28.04.1998 over het vrije verkeer van patiënten samen met het arrest Decker betreffende het vrij verkeer van goederen (in de gezondheidssector) uitgesproken op dezelfde dag legden de grondslag van een ganse reeks van andere uitspraken van het Hof die de patiënten steeds meer rechten geven om zorgen ook in een andere lidstaat te zoeken.

De spanningen die dit teweegbrengt tussen enerzijds de plicht om een vrije Europese markt te creëren en anderzijds de drang van de individuele lidstaten om hun interne nationale solidariteit te behouden op basis van de eigen nationale zekerheid hebben er toe geleid dat de originele en zeer liberale Bolkesteinrichtlijn over het vrije verkeer van diensten zeer drastisch werd gereduceerd door het Europese Parlement dd. 04.04.2006. In de goedgekeurde richtlijn vallen gezondheidsdiensten, net zoals sociale diensten, niet (meer) onder het vrije verkeer van diensten. Maar gezien het groeiende aantal uitspraken van het Europese Hof werd meteen ook aangekondigd dat de Europese Commissie een aparte wetgeving zal uitwerken die de mobiliteit van patiënten zal garanderen en tegelijkertijd beter de terugbetaling van gezondheidszorg in het buitenland zal regelen.

Er kan dus worden verwacht dat het vrije verkeer van zowel patiënten als artsen -specialisten binnen de Europese Unie zal blijven toenemen. Met alle mogelijke voor- en nadelen van dien.

VII. Plaats extramurale specialist

Bijna één derde van de 24.038 beroepsactieve geneesheren-specialisten werkt volledig of gedeeltelijk buiten het ziekenhuis. Niet alleen de klassieke specialismen die weinig apparatuur nodig hebben, zoals vb psychiatrie of dermatologie, werken graag buiten het ziekenhuis. De laatste jaren is ook de trend ontstaan dat sommige specialismen de Belgische ziekenhuizen ontvluchten om extra-muraal te gaan werken, zowel in interne (voornamelijk pediaters) als in chirurgische disciplines (ofthalmologen, plastisch chirurgen, chirurgisch georiënteerde dermatologen, orthopedisten etc.).

⁴ Consumer-Directed Health Care. M. G. Bloche. NEJM, volume 355:1756-1759; oktober 26, 2006.

⁵ Het arrest Keller van het hof van justitie: een nieuwe stap in de richting van de afschaffing voor patiënten in Europa? Anne-Claire Simon. Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid. 2/2005.

⁶ Deze verordening zal binnenkort worden vervangen door de verordening (EG) 883/2004 van 29.04.2004

⁷ Artikel 22, § 1, a van de verordening (EEG) 1408/71

⁸ Artikel 22, § 1, c van de verordening (EEG) 1408/71

Er kunnen meerdere redenen worden ingeroepen. De autonomie van de extra -murale specialist is uiteraard groter. En tengevolge van de belangrijke inhoudingen op de honoraria die de ziekenhuizen, omwille van chronische onderfinanciering vanwege de Overheid, doorvoeren op de medische honoraria wordt het voor een aantal specialisten interessanter om buiten het ziekenhuis te werken.

De Belgische wetgeving legt vandaag vooral beperkingen op die de patiënt financieel treffen wanneer hij een chirurgische ingreep buiten een ziekenhuis laat uitvoeren. Er is een belangrijk debat aan de gang over welke ingrepen toelaatbaar zijn buiten de ziekenhuismuren. De huidige regelgeving moet vervangen worden door realistische kwaliteitscriteria. Die zijn wel moeilijker vast te stellen dan een aantal louter kwantitatieve normen over infrastructuur, oppervlakte en personeel.

Wij zijn er van overtuigd dat zowel de consulterende als de meer invasieve specialisten hun plaats hebben buiten de ziekenhuizen. Ze vormen een zeer toegankelijke vorm van gespecialiseerde geneeskunde, met een vlotte samenwerking met de huisarts en doorgaans financieel interessant voor patiënt en maatschappij. Jammer genoeg houdt de Overheid er een andere mening op na en dwingt zij de patiënten om zich via een discriminerend terugbetalingsstelsel chirurgisch te laten behandelen in de ziekenhuizen.

Ten gevolge van de Europese richtlijn in verband met de mededinging voorziet een Belgisch wetsontwerp er in dat de opdracht van de ziekenhuizen zou worden erkend als zijnde “van algemeen belang”, zodat ze van subsidies zouden kunnen blijven genieten. Een dergelijke wettelijke definitie zou ook de Europese beslissing ten goede komen dat zorgen verstrekt in een ziekenhuis buiten het vrije dienstenverkeer moeten vallen.

Maar gezien de Belgische wetgeving vandaag zegt dat de patiënt ambulant moet worden verzorgd en slechts mag worden opgenomen in een ziekenhuis wanneer hij niet meer ambulant kan worden verzorgd⁹, betekent dit dat dergelijke wettelijke beschikking meteen ook betekent dat zorg die aan ambulante patiënten buiten een ziekenhuis wordt verleend niet van algemeen belang is. Is de extra-murale specialistische zorg (en trouwens ook de huisartsenzorg) dan van een geringer algemeen belang? En wat zullen de consequenties zijn in de context van het vrije verkeer van patiënten en geneesheren-specialisten binnen de Europese Unie?

VIII. Besluit

De mogelijkheden van de specialistische geneeskunde zijn quasi onbeperkt, de financiële draagkracht van zowel overheid als patiënt daarentegen zijn beperkt.

Zowel in de eerste als de tweede situatie moeten ethische overwegingen een belangrijke rol spelen. Steeds moeilijkere keuzes zullen moeten worden gemaakt zowel in het maatschappelijk debat als in de “colloque singulier” tussen behandelende arts en patiënt.

Standaard oplossingen bestaan niet. Zorgbeperking gebaseerd op leeftijd is onaanvaardbaar. Elke situatie moet individueel worden overlegd met de patiënt, zijn naasten en alle betrokken zorgverstrekkers.

Efficiënt, kostenbewust en kwaliteitsvol handelen is een blijvende opdracht en moet van bij de medisch specialistische opleiding consequent worden aangeleerd. Objectieve evaluatie van die kwaliteit moet bevorderd worden.

De overheid moet er voor zorgen dat een solidaire basisverzekering een zo ruim mogelijke toegang tot zorg –inclusief specialistische zorg – mogelijk maakt voor alle burgers. De overheid mag echter de rechten niet beknotten van de patiënt die via een aanvullende private verzekering bijomende zorgen wensen. Ook hier speelt ethiek en deontologie mee. Nutteloze of niet-geïndiceerde behandelingen willen wij niet aanvaarden, ook niet indien verstrekt wordt buiten het door de overheid betoelaagde pakket.

Specialistische geneeskunde zal inhoudelijk, wetenschappelijk, sociaal en politiek-economisch steeds een zeer boeiende uitdaging blijven.

Dr. Marc Moens,
14.11.2006.

⁹ Artikel 7 §1, alinea 1 van de RIZIV Verordening van 28.07.2003

**VBS
SYMPOSIUM
"Geneesmiddelen"
03.02.2007**

Programma

08.30-08.50	Onthaal	
08.50-09.00	Inleiding – Besparingen binnen de ziekteverzekering: de forfaits	Dr. J.L. DEMEERE, VBS
09.00-09.30	De kwaliteit van de generische geneesmiddelen	Prof. Dr. F. HELLER, VBS – CH Jolimont-Lobbes
09.30-10.00	De financiële impact van de generische geneesmiddelen	Prof. Dr. S. SIMOENS, KULeuven
10.00-10.30	Nationaal netwerk van medisch-farmaceutische comités	Prof. Phm H. ROBAYS, UZ Gent
10.30-11.00	Forfait geneesmiddelen ziekenhuizen – 6 maanden reeds!	Prof. G. DURANT, UCL
11.00-11.15	Koffiepauze	
11.15-12.00	Actuele gezondheidspolitiek	Dr. M. MOENS, VBS en BVAS
12.00-12.30	Discussie	

Plaats

Koninklijke Bibliotheek van België
Keizerlaan 2 – 1000 Brussel

Inlichtingen en inschrijvingen

Secretariaat VBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 – 1050 Brussel
Tel.: 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

Accreditering in ethiek & economie 3.0 C.P

INSCHRIJVINGSFORMULIER

Naam: **Adres:**

Voornaam: **Postcode:**

Specialisme: **Gemeente:**

RIZIV Nr: **E-mail:**

Ik zal deelnemen aan het symposium van 03.02.2007 en stort de som van:

	Vóór 15.01.2007	Na 15.01.2007
Leden	20 €	30 €
Niet leden	45 €	55 €
Kandidaat-specialisten	5 €	10 €
	Ter plaatse	70 €

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

Datum / Handtekening:

AANKONDIGINGEN

- 04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 05151* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 06122 **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : oude brillen en glazen alsook oud focometer voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.
- 07003 **FRANCE : A CEDER** cab. ORL médico-chirurgical – Bordeaux – banlieue. Accès clinique. Avantages fiscaux importants. Zone franche - 5 ans impôt nul. Matériel récent. Ecrire MUSSAUTE Jean, 316 Cours de la Somme, 33800 Bordeaux ou 00.33.5.56.32.03.33 poste actuel.
- 07004 **FRANCE : A VENDRE** matériel ORL cause double emploi fauteuil examen - meuble consultation audiomètre - cabine audio - microscope Zeiss - lumière froide - caméras. Ecrire MUSSAUTE Jean, 316 Cours de la Somme, 33800 Bordeaux ou 00.33.5.56.32.03.33
- 07007 **ARTSENPRAKTIJK TE HUUR** : Zeer comfortabel, ruim, gemeubileerd gelijkvloers gelegen aan de Louizalaan (ter hoogte van het Ter Kameren bos), te huur per halve dag. Tel. : 0495/57.96.97 of 0495/69.56.27.
- 07008 **TE KOOP** : NKO-consultatieinstrumentarium (goede staat), wegens stopzetting van consultatiepraktijk. Tel. 053/66 87 34.

Inhoudstafel

- **De toekomst van de specialistische geneeskunde – Dr. M. MOENS** (*Conferentie MS7 Financiering van de specialistische geneeskunde – Kliniek Sint-Jan – Brussel – 10-14/11/2006*)1
- **VBS – Symposium "Geneesmiddelen" 03.02.2007** 11
- **Aankondigingen** 12