

## ***PERSBERICHT***

### **Transparantie bij de arts**

Brussel, 22 november 2013

***De Europese richtlijn 2011/24 eist financiële transparantie van de gezondheidszorgen. Bedoeling is om bij het vrije verkeer van patiënten het land waar hij of zij is verzekerd de kosten te doen dragen en niet het land waar de patiënt de zorg verkrijgt. Die achterliggende redenen kunnen we begrijpen.***

De publieke en/of private ziekteverzekering in het thuisland van de patiënt moet de legitimiteit van de factuur kunnen controleren en bepalen of deze in aanmerking komt voor terugbetaling. De grote meerderheid van de patiënten laat zich echter in hun thuisland behandelen en dan stelt dit probleem zich niet.

In België is er de nomenclatuur van de gezondheidszorg en de verzekeringsinstellingen (mutualiteiten) weten heel goed wat ze moeten terugbetalen. Oneerlijke zorgverstrekkers die niet-geleverde prestaties zouden aanrekenen kunnen door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) worden aangepakt. Die dienst beschikt hiervoor over quasi onbeperkte bevoegdheden.

De Europese richtlijn 2011/24 van 9 maart 2011 zou in de lidstaten tegen 25 oktober 2013 in de eigen wetgeving moeten zijn opgenomen. In België bevindt die omzetting zich in het stadium van wetsontwerp. De Belgische staat eist echter veel meer dan wat Europa vraagt om vooral de mutualiteiten tegemoet te komen. Al 50 jaar bestaan hierover hevige discussies tussen de mutualiteiten en de artsen.

De artsen gaan helemaal akkoord om de transparantie van de kosten en de honoraria ten opzichte van de patiënten te verzekeren. De artsen zijn van echter van mening dat die transparantie niet geldt ten opzichte van de mutualiteiten.

Eerst en vooral zijn mutualiteiten concurrenten. Ze bezitten, beheren en organiseren zorg in ziekenhuizen, poliklinieken, thuiszorg, apotheken,... Ze gedragen zich niet enkel als parastatale verzekeraars maar als (ontrouwe) concurrenten van de privéverzekeringen. De mutualiteiten gedragen zich als verkoopliden die vakantieverblijven organiseren (met eigen buitenlandse hotels) en nog vele andere zaken waarvan ze er ondertussen enkele kwijtraakten, zoals het voorhuwelijks sparen. Ze hebben hun eigen gratis pers om de publieke opinie te beïnvloeden (Visie en de andere).

De meeste mutualiteiten dragen een politiek etiket en hebben hun politieke connecties. Ze leggen zorgverstrekkers regels op die ze zelf niet respecteren. Bijvoorbeeld wat publiciteit

betreft: de arme zelfstandige verpleegkundige die in een lokale krant met een te grote advertentie zijn adreswijziging aankondigt kan uitgesloten worden van terugbetaling. Maar de autootjes van het Wit-Gele Kruis met logo's en telefoonnummers van mutualiteiten zo groot dat slechtzienden ze van ver kunnen lezen, die mogen probleemloos onze steden doorkruisen.

De mutualiteiten eisen van de artsen dat ze (onder toezicht) geneesmiddelen voorschrijven die gebaseerd zijn op *Evidence Based Medicine* (EBM). Ze leggen ons uit dat artsen soms nee moeten zeggen aan patiënten. Maar tegelijkertijd betalen ze via hun aanvullende verzekeringen niet-conventionele geneeskundepraktijken terug die allesbehalve EBM zijn onder het mom dat een meerderheid van patiënten dat eist.

In de ziekenhuizen richten ze hun pijlen op “supplementen” die aangerekend worden aan patiënten die een privékamer willen of die beroep doen op niet-geconventioneerde artsen, maar zelf eisen ze een aanvullend lidgeld (buiten de verplichte ziekteverzekering) dat niet wettelijk is. Met dit aanvullend lidgeld mogen de mutualiteiten doen wat ze willen en ze gebruiken het hoofdzakelijk om er publiciteit mee te voeren in de concurrentiestrijd met andere mutualiteiten. Wat anders dan een “supplement” is dit aanvullend lidgeld (dat bovendien geen enkel lid kan weigeren)?

Volgend jaar zou het akkoordstelsel zijn 50<sup>ste</sup> verjaardag kunnen vieren, als het tenminste weerstaat aan de bedreigingen die het in gevaar brengen, als het voorziet in sociale tarieven die bepaald worden in functie van de financiële mogelijkheden van diegenen die het systeem financieren en niet in functie van de waarde van geleverde prestaties.

De artsen die deze tarieven aanvaarden genieten van een sociaal statuut, maar het systeem voorziet de keuzemogelijkheid dat artsen die het akkoord weigeren, hun honoraria mogen bepalen op voorwaarde dat 60% van de artsen (waarvan 50% huisartsen en 50% specialisten) het akkoordstelsel onderschrijft zodat elke patiënt een geconventioneerde arts kan kiezen.

De transparantie die de mutualiteiten, gesteund door de regering, willen opleggen heeft als enig doel deze keuzemogelijkheid ongedaan te maken om alle artsen te verplichten de sociale tarieven te gebruiken. Het Belgische systeem is het systeem dat de meeste voordelen geeft aan patiënten, die genieten van een volledig vrije keuze, en dat de mogelijkheid biedt om onmiddellijk een huisarts of specialist te raadplegen en om zonder wachtlijsten en rantsoenering een behandeling te krijgen. Als men de fundamenten van dit systeem aanvalt, dan is het evident dat deze voordelen als sneeuw voor de zon zullen verdwijnen, zoals in onze buurlanden al is gebeurd, terwijl die landen zeker niet minder uitgeven aan de gezondheidszorg, in tegendeel.

Dr. Roland Lemye, Voorzitter BVAS

Voor meer informatie over dit persbericht:

David Desmet, communicatieverantwoordelijke BVAS, attaché van de Voorzitter  
[david.desmet@absym-bvas.be](mailto:david.desmet@absym-bvas.be), 0491/233.000