

Standpunt van de artsen

Dr. Luc De Clercq

Voorzitter Vlaams Artsensyndicaat vzw
Afd. Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant



Therapeutische vrijheid van artsen wettelijk verankerd...

- **Artikel 73 §1 ZIV-Wet:**
“De geneesheer en de tandheekkundige oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging.”
- **Artikel 11, eerste lid KB nr. 78**
“Aan de beoefenaars bedoeld bij de artikelen 2, 3 en 4 mogen geen reglementaire beperkingen worden opgelegd bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van de diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandeling, hetzij voor het uitvoeren van magistrale bereidingen”
- **Artikel 12, KB nr. 78**
“Worden beschouwd als niet geschreven zijnde in de overeenkomsten gesloten door de beoefenaars bedoeld bij de artikelen 2, § 1, 3, 4 en 21noviesdecies, de bepalingen die hun keuzevrijheid bedoeld bij artikel 11 schenden.”
- **Artikel 35 duodecies, tweede lid KB nr. 78**
*“De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na overleg in de met toepassing van artikel 8 van de wet van 10 december 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg opgerichte overlegcomités, de regels met betrekking tot de structuur en de organisatie van de praktijk van de in de artikelen 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis, 21quater en 22 bedoelde beroepsbeoefenaars.
Deze regels hebben geen betrekking op het stellen van de diagnose, de keuze, het instellen van de behandeling en de uitvoering ervan. “*
- **Artikel 144 §1 Ziekenhuiswet**
“[...] Onverminderd de toepassing van de artikelen 18 tot 22 mag het algemeen reglement geen bepalingen bevatten die de professionele autonomie van de individuele ziekenhuisgeneesheer op het vlak van het stellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling in het gedrang brengt.”

Google afbeeldingen : “Therapeutische vrijheid”



... maar tevens beperkt

- Art. 73,§1, lid 2 ZIV-wet: het “goede huisvader”-principe
“Zij onthouden zich van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.”
- Sancties (art. 73bis+142§1 ZIV-wet)
 - De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanreket, moet de schade die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden, vergoeden en kan een administratieve geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het bedrag van de terugbetaling.
 - De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijft, kan een administratieve geldboete krijgen tussen 500 en 50.000 EUR.
 - De zorgverlener die farmaceutische specialiteiten voorschrijft, bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid van de GvU-wet, en hierbij de drempels overschrijdt die door de indicatoren zijn vastgesteld en die de aanbevelingen van de CTG onvoldoende heeft nageleefd, riskeert een administratieve geldboete van 500 tot 20.000 EUR.
 - De natuurlijke of rechtspersoon die een zorgverlener ertoe aanzet overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven of te verlenen, kan worden veroordeeld tot de betaling van een administratieve geldboete voor een bedrag van 1.000 tot 250.000 EUR.

Controle a posteriori

Elke verstrekking kan op elk moment het voorwerp uitmaken van een controle a posteriori door de adviserend geneesheren

Art. 73 § 2, 1e lid ZIV-wet: het onnodig dure of overbodige karakter van deze verstrekkingen wordt geëvalueerd, volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 1, op basis van één of eerdere indicatoren van manifeste afwijking, vastgesteld door de NRKP ten opzichte van aanbevelingen van goede medische praktijk.

Art. 153 1e lid: de adviserend geneesheren hebben tot taak in te staan, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de geneeskundige verstrekkingen.

KB nr. 35 van 20 juli 1967 houdende het statuut van de adviserend geneesheer

Art. 19: de adviserend geneesheer oefent de controle uit op de arbeidsongeschiktheid.

Bovendien gaat hij na of, uit geneeskundig oogpunt de prestaties inzake geneeskundige verzorging verleend worden overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Specialiteiten die vergoedbaar zijn onder bepaalde voorwaarden met een controle achteraf (hoofdstuk II) – art. 73, §2, lid 2)

- De **Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen** (eigen initiatief) of de **Minister** (op advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen) duiden de geneesmiddelengroepen aan die in aanmerking komen voor een a posteriori controle.
- Een **driedelige werkgroep** (gelijkwaardig samengesteld uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen, de artsensyndicaten en de ziekenfondsen) stelt de aanbevelingen vast, die voorgesteld worden aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.
- De **Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen** neemt de aanbevelingen, voorgesteld door de driedelige werkgroep, aan of verwierpt ze; de aangenomen aanbevelingen worden aan de Minister meegedeeld.
- Het **Comité Evaluatie medische praktijk inzake Geneesmiddelen** werkt indicatoren uit voor het opstellen van voorschrijfprofielen en de hier uit voortvloeiende controle.
- Bij het uitblijven van een voorstel van dit Comité wordt deze opdracht uitgevoerd door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle.
- De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle stelt drempelwaarden vast voor de indicatoren, op basis waarvan de artsen worden geselecteerd waarvan het voorschrijfgedrag zal worden geëvalueerd.
- **Controle achteraf** door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle en de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen: na analyse van individueel voorschrijfgedrag voor betreffende geneesmiddelengroep en vaststelling van outliers.

A posteriori controle- Geneesmiddelen “Hoofdstuk 2” (1)

1. **Aanbeveling** CTG (Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen)
2. **Indicator CEG** (Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen), waarboven voorschrijfprofiel moet nagezien worden m.b.t. navolging van aanbeveling
3. Onderzoek en **individueel aanschrijven** voorschrijvers die boven de indicator scoren (1° overschrijding)
4. **Schriftelijk verweer** (n°1) van de betrokken voorschrijver aan DGEC
5. “Onvoldoende verklaring”, dan **monitoringsfase** van minstens 6 m
6. Heronderzoek monitoring, en **individueel (her)aanschrijven** van voorschrijvers die nog steeds boven de indicator scoren (2° overschrijding)
7. **Schriftelijk verweer** (n°2) aan Comité van de DGEC
8. Doorsturen van het dossier naar **Comité**
9. Bij onvoldoende verklaring: doorsturen naar het **Nationaal College van Adviserend Geneesheren (NCAG)**

A posteriori controle- Geneesmiddelen “Hoofdstuk 2” (2)

10. Het NCAG voert een “ad hoc” steekproef uit
11. Het NCAG controleert m.b.t. de geldende aanbevelingen CTG op stukken (medisch dossier bij zorgverlener)
12. Indien >20% “buiten de aanbeveling” brengt het NCAG de bevindingen ter kennis van het Comité DGEC
13. Het Comité, dat kan
 - afsluiten zonder gevolg (*)
 - afsluiten met waarschuwing (*)
 - dossier aanhangig maken bij de Kamer van eerste aanleg
14. Procedure Kamer van eerste aanleg, met mogelijkheid van administratieve boete (€ 500 à 20 000), zonder terugbetaling van de voorgeschreven geneesmiddelen.
15. Beroep bij Kamer van Beroep

Protonpompinhibitoren en Statines

- Indicatoren PPI en Statines, uitgewerkt door het CEG, zijn verschenen in B.S. van 5 november 2012
- Eerste keer dat indicatoren werden gepubliceerd in het B.S.
- DGEC kan van start met evaluatieperiode van het voorschrijfgedrag van artsen voor wat betreft deze geneesmiddelen

Minimumpercentage goedkoop voorschrijven

- Art. 73 §2, vijfde lid ZIV-wet
- Artsen van elk specialisme moeten een algemeen minimumpercentage voorschrijven
 - van originele merkspecialiteiten waarvan de prijs teruggebracht werd tot het prijsniveau van het generische geneesmiddel
 - van generische geneesmiddelen
 - van specialiteiten op stofnaam (DCI = international non proprietary name)

- Artsen die een vooropgesteld minimumpercentage aan dagdosissen (DDD's) goedkope geneesmiddelen op hun totaal aan DDD's terugbetaalde geneesmiddelen niet halen, worden geëvalueerd via de procedure beschreven in art. 146bis, §1 ZIV-wet

Specialiteiten die vergoedbaar zijn onder bepaalde voorwaarden en voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer (hoofdstuk IV)

- Terugbetaling is onderworpen aan voorafgaande machtigingsaanvraag bij de adviserend geneesheer: controle a priori
- Art. 153, §1, lid 1, 4) en lid 2 ZIV-wet:

“De adviserend geneesheren hebben als opdrachten:

[...]

4) de geneeskundige verstrekkingen te controleren, overeenkomstig de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten en -reglementen.

Bij de vervulling van hun opdrachten, moeten de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen de richtlijnen van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle naleven en de therapeutische vrijheid van de zorgverleners in acht nemen.

[...]

De beslissingen van de adviserend geneesheren zijn bindend voor de verzekeringsinstellingen.”

- Art. 19 KB nr. 35 van 20 juli 1967

De adviserend geneesheren voeren de opdrachten uit die hen worden toevertrouwd door de artikelen 153 en 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

In het kader van de opdrachten bedoeld in artikel 153, § 1, eerste lid, van dezelfde wet, nemen de adviserend geneesheren de medische beslissingen in volledige onafhankelijkheid.

A priori controle (2)

- Art. 80, lid 2 en lid 3 KB 21 december 2001:

“De adviserend geneesheer oefent de controle uit over de gevallen en over de regels van tegemoetkoming. Hij reikt in de gevallen waar dit vereist is een machtiging uit, waarvan de modellen zijn opgenomen in bijlage III van de lijst. De Minister kan wijzigingen aanbrengen aan deze modellen op voorstel van de Commissie.”

Wanneer specialiteiten bedoeld in artikel 95, § 3, worden voorgeschreven aan in een ziekenhuis opgenomen patiënten, overeenkomstig de bepalingen van dat artikel, is er een onweerlegbaar vermoeden dat de betrokken rechthebbende voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die in de lijst zijn voorzien, en de machtiging van de adviserend geneesheer is bijgevolg niet vereist.”

Probleem:

achteraf kan behandeling nog steeds in vraag worden gesteld

- Arrest nr. 220.767 Raad van State (cassatieberoep)

“Uit de [...]bepalingen kan niet worden afgeleid dat de machtiging die de adviserend geneesheer heeft gegeven voor de voorgeschreven farmaceutische behandeling impliceert dat achteraf niet meer kan worden in vraag gesteld of de behandelingen voldoen aan de vergoedingscriteria.

[...]

De therapeutische vrijheid waarop de verzoekster zich beroept, staat los van de vergoedbaarheid van de middelen die worden gebruikt naar aanleiding van een specifiek ziektebeeld. Het staat een arts immers in beginsel vrij steeds die middelen te gebruiken of voor te schrijven die hij aangewezen acht, wat ook hun vergoedbaarheid weze onder de gelding van de verplichte ziekteverzekering. Het invullen van een aanvraag voor tegemoetkoming van een voorgeschreven middel staat hiervan los en zal steeds het voorwerp dienen uit te maken van de beoordeling van de behandelend geneesheer aan de hand van de vastgelegde criteria in het kader van de ziekteverzekering”.

Probleem: versterkte controles

- In het kader van budgettaire maatregelen van de regering voor het jaar 2012, is een besparing voorzien van 20 miljoen EUR in de sector van de farmaceutische specialiteiten van hoofdstuk IV
- Om deze te bereiken voeren de adviserend geneesheren zeer verregaande controles uit op de aanvragen (eerste + verlenging) Hfdst. IV geneesmiddelen

'Hoe bewijs je dat een patiënt rookt?'

Dokter K.A. uit Bottelare kreeg enkele maanden geleden een aanvraag voor de terugbetaling van Champix teruggestuurd. "Ik moest de bewijsstukken indienen die aantonen dat de patiënt aan de voorwaarden voor terugbetaling voldoet. De voorwaarde is uiteraard dat de patiënt rookt, maar hoe bewijs je dat?"

Uit: Artsenkrant, "Administratieve onzin voor gevorderden", p. 1, 14/09/2012

NIEUWE REEKS: DE BF-ORLOG (AFLEVERING 1)

Administratieve onzin voor gevorderden

Heel wat collega's reageerden al op de oproep van Artsenkrant naar getuigenissen over de 'Bf-oorlog'. Aan straffe verhalen geen tekort, zo blijkt eens te meer. | Veerle Caerels

Een huisarts uit de Westhoek beschrijft een mooi staaltje van administratieve onzin, zoals hij het zelf noemt. Hij zet de feiten op een rijtje. "Sinds 2002 neemt mijn patiënte Evista, wegens door botdensitometrie bewezen osteoporose. In oktober 2008 wordt overgeschakeld op Fosavance (met goedkeuring van het ziekenfonds), wegens het bereiken van de leeftijd van 70 jaar en de supe-

Enkele maanden later, in april 2009, volgt alweer een overschakeling (opnieuw met goedkeuring van het ziekenfonds, benadrukt de dokter) op Aclasta, wegens intolerantie voor Fosavance. "In augustus 2009 stuurt het ziekenfonds ongevraagd een verlenging van goedkeuring op voor vijf jaar, voor een geneesmiddel dat de patiënte op dat moment dus al geruime tijd niet meer inneemt, nl. Fosavance. Blijkbaar speelt

En dan komt de klap op de vuurpijl: "Wanneer ik een verlenging vraag voor Aclasta kan dat niet, wegens reeds ongevraagd gegeven voor Fosavance!"

Gelukkig is de echtgenoot van de patiënte in kwestie een soortement boekhouder als het op papieren aankomt, en heeft hij zelfs die nutteloze goedkeuring voor Fosavance bijgehouden, zodat we die zoals gevraagd ook nog kunnen terugsturen, gaat de huisarts verder. "Ik vrees echter in de toekomst bij andere patiënten minder geluk te hebben."

Uit: Artsenkrant, "Administratieve onzin voor gevorderden", p. 1, 14/09/2012

DE BF-ORLOG: AFLEVERING 2

'Patiënt is slachtoffer van pestgedrag ziekenfondsen'

Op de redactie van Artsenkrant blijven de getuigenissen over de al te strenge controle op de terugbetaling van geneesmiddelen door de ziekenfondsen binnenlopen. Artsen hun beklag over de extra administratieve rompslomp. En over het feit dat uiteindelijk hun patiënten het slachtoffer zijn. | Veerle Caerels

Een huisarts uit Lokeren heeft daar een sprekend voorbeeld van. "Eind maart 2012 vraag ik de vernieuwing van terugbetaling aan voor Exelon-pleisters voor een demente patiënt, opgenomen in een rusthuis. Daar had men de MMSE reeds uitgevoerd op mijn vraag. De patiënt voldeed aan de voorwaarden."

Een maand later

ven van het ziekenfonds met nogmaals het bericht dat het formulier niet datgene is dat in het Staatsblad staat, met in bijlage andermaal het correcte in te vullen formulier. "Opnieuw vul ik het in en stuur het terug. Ik verneem opnieuw van de verpleging dat diezelfde vraag om inlichtingen daar ook is toegekomen, en bevestig dat ik al heb geantwoord."

Nog een maand la-

'Het gebrek aan mogelijkheden tot interpretatie van de regelgeving in het belang van de individuele patiënt moet wellicht frustrerend zijn voor gewetensvolle medisch adviseurs'



* Franstalige kindeneuroloog: "Je kan aan kinderen zonder enige controle wel neuroleptica of antidepressiva voorschrijven, maar geen Rilabine."

neel nog terugvindt in het dossier. Ik be-rechtigd is om de aanvraag te doen. "Sinds

Uit: Artsenkrant, "Patiënt is slachtoffer van pestgedrag ziekenfondsen", p. 6, 18/09/2012

De Bf-oorlog: neurologen luiden de alarmbel



Uit besparingsoverwegingen drijven de ziekenfondsen de controle op de terugbetaling van onder meer alzheimergeneesmiddelen hoog op. Gevolg: extra administratieve rompslomp voor de voorschrijvende neurologen en patiënten die hun behandeling tijdelijk uit eigen zak moeten betalen of in het ergste geval hun pillen niet meer innemen. De neurologen trekken aan de alarmbel.

Uit: Aktv van Artsenkrant.com, 18/09/2012

Dr. Piryns herschreef de zin 'ik verklaar dat deze behandeling doeltreffend was' naar 'ik verklaar dat deze behandeling onvoldoende doeltreffend was'.

Toch werd de aanvraag goedgekeurd.

Uit: Artsenkrant, "Ondoeltreffende behandeling toch goedgekeurd", p. 4, 14/09/2012

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit JANUVIA (§ 45.1000U van hoofdstuk IV van het Koninklijk Besluit van 41 december 2007)	
I - Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):	
naam voornaam aansluitingsnummer	
II - Voorwaarden door de behandelde arts te attesteren:	
Ik, ondergetekende arts, verklaar dat de boven vermelde patiënt ten minste 18 jaar oud is en lijdt aan diabetes type 2 die onvoldoende gecontroleerd wordt na	
<input type="checkbox"/> een voorafgaande behandeling met metformine aan de maximale gebruikelijke dosering gedurende minstens drie maanden. Dit was onvoldoende om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte beneden het niveau te brengen zoals aanbevolen in de Belgische richtlijnen (< 7 %, Consensusvergadering, 2003)	
of	
<input type="checkbox"/> een voorafgaande behandeling van ten minste drie maanden met een hypoglycemiërend sulfamide, aan de gebruikelijke maximale dosering die onvoldoende was om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte beneden het niveau te brengen zoals in de Belgische richtlijnen aanbevolen wordt (< 7 %, Consensusvergadering, 2003), en dat de patiënt een contra-indicatie of een intolerantie voor metformine vertoont	
of	
<input type="checkbox"/> een voorafgaande behandeling van ten minste drie maanden met een associatie van metformine samen met een hypoglycemiërend sulfamide, aan de gebruikelijke maximale dosering die onvoldoende was om het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte beneden het aanbevolen niveau te brengen zoals in de Belgische richtlijnen aanbevolen wordt (< 7 %, Consensusvergadering, 2007).	
<input type="checkbox"/> Het betreft een eerste aanvraag tot terugbetaling:	
Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend geneesheer, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt. Derhalve bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een terugbetaling van de specialiteit JANUVIA 100 mg per dag, gedurende een periode van 126 dagen, en vraag ik de terugbetaling aan van 1 verpakking van 28 tabletten van 100 mg en 1 verpakking van 98 tabletten van 100 mg.	
<input type="checkbox"/> Het betreft een aanvraag tot verlenging van terugbetaling:	
Deze patiënt heeft al de terugbetaling voor ten minste één periode van behandeling door JANUVIA 100 mg per dag in associatie (met metformine, met een hypoglycemiërend sulfamide of met een associatie van metformine en een hypoglycemiërend sulfamide).	
<input checked="" type="checkbox"/> Ik verklaar dat deze behandeling onvoldoende doeltreffend was, want het geglycosyleerde hemoglobine (HbA1c) gehalte is lager dan het overeenkomstige gehalte aan 150 % van de normale bovengrense waarde van het laboratorium. Ik houd de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend geneesheer, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt.	
Omwille van de overeenkomstige bevestiging ik dat deze patiënt nood heeft aan een verlenging van de terugbetaling van de specialiteit JANUVIA 100 mg per dag voor een behandeling in associatie (met metformine, met een hypoglycemiërend sulfamide of met een associatie van metformine en een hypoglycemiërend sulfamide) gedurende een periode van 392 dagen, en vraag ik dus de terugbetaling aan van 4 verpakkingen van 98 tabletten van 100 mg.	
III - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):	
Piryns (naam) Jan (voornaam) 1/14355/08/004 (RIZIV-nummer) (datum)	
	(stempel)
	
(handtekening)	

▲ Deze 'vervalste' aanvraag werd vreemd genoeg zonder problemen goedgekeurd.

Lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten (01.11.2012)

- Totaal aantal vergoedbare specialiteitsverpakkingen: 6880
- Totaal aantal vergoedbare specialiteiten (naam en bedrijf)(ongeacht de sterkte en toedieningsvorm): 2251

Waarvan hoofdstuk IV geneesmiddelen:

- Aantal specialiteitsverpakkingen: 2441
- Aantal specialiteiten (naam en bedrijf)(ongeacht de sterkte en toedieningsvorm): 867

Hoofdstuk IV:

- Aantal (sub)paragrafen: 629
- Aantal (sub)paragrafen met reglementair aanvraagformulier (excl. “niet-specifiek” aanvraagformulier): 274
- Aantal (sub)paragrafen met “niet-specifiek” aanvraagformulier: 173

Voorgeschiedenis verplichte substitutie

- Begroting 2012
- NCGZ kon alternatieve maatregelen formuleren voor 31 januari 2012, waarbij het volume van antibiotica en protonpompremmers (PPI's) moet verminderen teneinde een besparing te realiseren van 21,667 miljoen EUR in 2012.
- Voorstellen niet aanvaard door minister Onkelinx
- Automatische substitutie ingevoerd (art. 11 KB nr. 78)

Art. 11 KB nr. 78

Voor acute behandelingen met antibiotica en antimycotica, of wanneer de prijs van de voorgeschreven farmaceutische specialiteit hoger is dan de som van het persoonlijk aandeel en de verzekeringstegemoetkoming wanneer die overeenkomstig artikel 37, § 3/2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 uit vaste bedragen bestaan, mag de apotheker de voorgeschreven farmaceutische specialiteit die wordt afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek substitueren door een ander geneesmiddel met eenzelfde werkzaam bestanddeel of combinatie van actieve bestanddelen, eenzelfde sterkte, eenzelfde toedieningsweg en eenzelfde toedieningsfrequentie, op voorwaarde dat de prijs lager is en de voorschrijver hier geen therapeutisch bezwaar heeft tegen aangetekend. De redenen voor het therapeutisch bezwaar moeten worden vermeld in het patiëntendossier.

Indien het voorschrift specificaties bevat met betrekking tot de toedieningsvorm dan is de substitutie bedoeld in het voorgaande lid, beperkt tot geneesmiddelen die aan deze specificaties voldoen.

Indien het voorschrift een allergie aan een hulpstof, zijnde elk ander bestanddeel van een geneesmiddel dan het werkzame bestanddeel en het verpakkingsmateriaal, met erkende werking overeenkomstig de gedetailleerde richtsnoeren zoals bekendgemaakt door de Europese Commissie, vermeldt, mag de apotheker niet overgaan tot substitutie.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, na advies van de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik, en de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, de substitutie geheel of gedeeltelijk van toepassing verklaren op andere therapeutische klassen van geneesmiddelen en hier eventueel nadere regels aan verbinden. De Koning stelt de procedureregels vast.

Antibiotica en antimycotica

- Algemene regel: verplichte aflevering van een geneesmiddel binnen de groep van de goedkoopste maar met respect voor het voorschrift
- Bijzondere gevallen: therapeutische reden of allergie aan een hulpstof

Bezwaren BVAS

- Inbreuk op het recht van de patiënt om over zijn behandeling te beslissen zoals dit voortvloeit uit artikel 8 §§1, 2 en 4 van de wet van 22 augustus 2002,
- Doorbreking verzorgingscontract dat gebaseerd is op een geïnformeerde toestemming met als mogelijk gevolg een inbreuk op dit contract
- Therapeutische vrijheid van de arts?
 - Principe van automatisme tegenover de weloverwogen keuze door de arts
 - Geen substitutierecht maar substitutieplicht
 - Quid aansprakelijkheid?

Besluit

- De jure: geen beperking van de therapeutische vrijheid

“De voornamelijk financiële beperkingen die in het kader van de verplichte ziekteverzekering worden gesteld t.a.v. de beschikbaarheid van bepaalde medische verzorging (eigen bijdragen, voorafgaandelijke toelatingen enz.) beperken als zodanig de vrijheid van diagnose en van therapie niet” (Arbh. Brussel 10 januari 1989).

- De facto: wel inperking en uitholling van therapeutische vrijheid.

In dat geval kunnen dergelijke beperkingen een juridische relevantie krijgen in die zin dat de bekommernis om het behoud van hun therapeutische vrijheid aan artsen en hun beroepsverenigingen een eigen, rechtstreeks en gewettigd belang geeft opdat het bedrag van de eigen bijdrage die door hun patiënten moet worden betaald binnen zodanige grenzen zou blijven dat de verzorging niet te kostelijk wordt voor de armsten onder hun patiënten en bijgevolg nog maar moeilijk aan hen voor te schrijven (R.v.St. Coutelier, nr. 25.314, 10 mei 1985)

Toekomst

- **Artsenbudget gekoppeld aan geneesmiddelen**

Artsen moeten voor 21,6 miljoen euro inleveren op hun index. Die index kunnen de artsen later gedeeltelijk of volledig terugkrijgen, “op basis van de evaluatie van de weerslag op de uitgaven van de daling van de volumes die zijn vastgesteld in de betrokken klassen van protonpompinhibitoren, antibiotica, statines,..”

- **Nog bijkomende controles, ditmaal georganiseerd door de mutualiteiten?**

“meer technische en reglementaire middelen krijgen aangeboden om de realiteit, de conformiteit en de opportuniteit van de geneeskundige verstrekkingen te controleren en de terugvorderingen bij de zorgverleners uit te voeren”

Meer informatie of vragen:

Vlaams Artsensyndicaat
Korte Lozanastraat 20-26
2018 Antwerpen
info@vlaamsartsensyndicaat.be

Met dank voor uw aandacht