

VBS JAARVERSLAG 2017

Dr. Marc Moens

Secretaris-Generaal

ONAFFE WERVEN

Brussel

03.02.2018

Inhoudstafel

1. Activiteitenverslag.....	7
1.1 Interne vergaderingen.....	7
1.2 Publicaties	7
1.3 De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia	8
1.3.1 Het jaarlijks symposium van het VBS 04.02.2017 – ‘eGezondheid: zegen of vloek?’	8
1.3.2 De kostendelende vereniging, een btw-structuur ten dienste van de gezondheidswerkers – 21.09.2017	9
1.3.3 Teach the Teacher, symposium voor stagemeesters – 06.12.2017	9
1.3.4 Radioprotectie – 09.12.2017	10
1.3.5 ‘Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks?’ Studiedag BSAR – 28.01.2017.....	12
1.3.6 Symposium Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen – 16.02.2017.....	12
1.3.7 Symposium Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de Nucleaire Geneeskunde – 21.02.2017.....	13
1.3.8 Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Pathologische Anatomie – 10.03.2017	13
1.3.9 Symposium Beroepsvereniging voor Belgische Longartsen – 29.05.2017	13
1.3.10 Symposium Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP) – 12.09.2017.....	14
1.3.11 Staten-Generaal van de anesthesisten – 07.10.2017.....	14
1.3.12 Uitreiking ‘De Prijs van de Specialist’ – 18.11.2017	15
2 VBS-vertegenwoordiging.....	17
2.1 Binnenlandse vertegenwoordiging.....	17
2.1.1 Activiteiten van de Artsenvereniging Vlaamse Specialisten (AVS).....	17
2.1.2 Activiteiten van de Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr)	18
2.1.3 Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).....	21
2.1.4 Mdeon – Betransparant.be.....	22
2.1.5 De Hoge Raad van Artsen-specialisten en huisartsen.....	23
2.2 Buitenlandse vertegenwoordiging.....	24
2.2.1 Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS)	25
2.2.2 Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA).....	26
2.2.3 European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME 2.0)	26

2.2.4	Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors (FEMS).....	27
2.2.5	Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).....	27
2.2.6	Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)	28
3	Financiering.....	28
3.1	Het VBS en de studie over het relatieve gewicht van de nomenclatuur (Prof. M. Pirson-Prof. P. Leclercq).....	28
3.2	De MAHA-studie 2017.....	29
4	Politiek.....	30
4.1	Algemeen	30
4.2	Regeren kost populariteit.....	32
4.3	Regeren door aankondiging, maar tussen droom en daad staan wetten en praktische bezwaren.....	33
4.3.1	De Orde	33
4.3.2	Het ziekenhuislandschap	34
4.3.2.1	De ziekenhuisnetwerken	34
4.3.2.2	De financiering van de laagvariabele zorg	37
4.4	Met eHealth: gezond, gezonder, gezondst?	38
4.4.1	Preventie	38
4.4.2	eHealth	39
4.4.3	Burn-out	41
4.5	Dubbele cohort en KB nr. 78.....	42
4.6	Numerus Clausus.....	46
4.7	Euthanasie.....	48
4.8	Protocolakkoord Medische Beeldvorming: van de ene onaangename verrassing in de andere.....	51
4.8.1	Even terug naar juni 2014.....	51
4.8.2	En toen werd het 2017	51
4.8.3	Wat brengt 2018?.....	52
5	Akkoord artsen-ziekenfondsen.....	52
5.1	Een ongewoon verloop van het akkoord van 22.12.2015 voor de jaren 2016-2017	52
5.2	Toetreding tot het akkoord van 27.03.2017	53
5.3	Budget om een akkoord 2018-2019 te bereiken	56
5.4	De ziekenhuizen op bezoek	60

5.5	De nacht brengt raad.....	62
5.6	Accreditering.....	63
6	Juridische procedures.....	65
6.1	Uitspraken.....	65
6.1.1	Btw op esthetische ingrepen.....	65
6.2	Vorderingen ingeleid door het VBS of door zijn beroepsverenigingen.....	66
6.2.1	Klinische genetica.....	66
6.2.2	Erkenningsprocedure voor ASO's en HAIO's in de Vlaamse Gemeenschap.....	68
7	Besluit.....	69

1. Activiteitenverslag

1.1 Interne vergaderingen

In 2017 is het uitvoerend bestuur 12 maal bijeengekomen in de lokalen van het VBS gelegen aan de Kroonlaan 20 te 1050 Brussel. Maandagmiddagvergaderingen en avondvergaderingen wisselen elkaar af om de leden de mogelijkheid te bieden deel te nemen aan de vergaderingen. Naast de effectieve leden van het uitvoerend bestuur blijven de gewezen leden van het uitvoerend bestuur die dit wensen eveneens uitgenodigd. Het VBS kan zo verder genieten van hun ervaring.

Voor topics van specifieke domeinen doet het uitvoerend bestuur soms een beroep op de expertise van leden van het bestuurscomité. In 2017 heeft Dr. Alin DEROM, klinisch bioloog, meerdere malen deelgenomen aan de vergaderingen waar items die te maken hebben met (medische) informatica aan bod kwamen, zoals het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift en de vernieuwingsplannen voor de VBS-website.

Het bestuurscomité is 6 maal bijeen gekomen in de vertrouwde stek in Best Western te Groot-Bijgaarden langs de E40 richting Oostende. Sinds bijna 2 jaar wordt de afbraak van het hotel aangekondigd, maar de werken worden steeds opnieuw met 6 maanden uitgesteld. Misschien gaat het met de bouwpromotor dezelfde weg op als met de promotoren van het Brusselse nationale voetbalstadion. Van uitstel komt misschien afstel.

Voor het punt van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift werd op de vergadering van het bestuurscomité van 23 november 2017 een afvaardiging van de firma HealthConnect uit Vilvoorde uitgenodigd. Zij hadden via het VBS-secretariaat hun diensten aangeboden omdat ze indirect vernomen hadden dat vele specialisten op zoek zijn naar specialismegeoriënteerde medische patiëntendossiers. Een eerste kennismaking vond plaats op 16.10.2017 en tijdens de vergadering van het uitvoerend bestuur van 9 november 2017 konden twee vertegenwoordigers een demo geven van hun aanbod.

Het uitvoerend bestuur van 25.01.2018 besliste om af te wachten of ook andere aanbieders hun software via het VBS wensen aan te bieden.

1.2 Publicaties

In 2017 verstuurde het VBS-secretariaat 60 nummers van de 'e-specialist', de elektronische nieuwsbrief ter attentie van de leden. De website www.vbs-gbs.org, waar deze e-specialists kunnen geraadpleegd worden na verzending, was in 2017 aan zijn vierde levensjaar toe. De bezoekers van onze site spendeerden daar gemiddeld meer tijd aan dan in 2016 en klikten vaker door naar één of meer andere pagina's. We kunnen dus tevreden concluderen dat de surfers die op de webstek verzeild raakten daar minder dan vroeger door toeval belandden. Ze waren gericht op zoek naar informatie. We moeten er wel meteen aan toevoegen dat het totale bezoekersaantal verder gedaald is. Maar liever kwaliteit dan kwantiteit.

De 'total make-over' die de website in 2018 zal ondergaan, komt dus op een geknipt moment. Het is de bedoeling een site te creëren die t.o.v. de huidige overzichtelijker, fraaier vormgegeven en gebruiksvriendelijker is. Interactiever ook, want de leden van de beroepsverenigingen zullen o.m. hun persoonlijke gegevens kunnen aanpassen. Daarnaast zal erop gelet worden dat de compatibiliteit met draagbare toestellen optimaal is.

In juni 2017 werd het 55^{ste} jaarboek van de Artsen-Specialisten naar de leden van de VBS-beroepsverenigingen verstuurd. Om redenen van logistieke efficiëntie gebeurt de verspreiding van dit naslagwerk sinds enkele jaren voor een belangrijk gedeelte via de ziekenhuizen. Een groot deel van onze leden is immers (ook) daar beroepsactief.

1.3 De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia

Het VBS en de beroepsverenigingen, in samenwerking met het VBS, organiseren jaarlijks een aantal symposia of informatievergaderingen. Het is de uitgelezen gelegenheid om de leden op de hoogte te brengen van de hete hangijzers voor de beroepsgroep. De discussies die volgen op de tussenkomsten van de gastsprekers leveren nuttige informatie op die door de leden van het bestuurscomité kunnen meegenomen worden in de gesprekken met de overheid. Gezien de thema's die worden gekozen voor de symposia is het niet ongewoon dat sommige kabinetsmedewerkers van de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken of van de administratie als gastspreker optreden. Er wordt vaak ook in de pers verslag uitgebracht van deze vergaderingen. Het voorbije jaar werden in samenwerking met het VBS symposia georganiseerd door de beroepsverenigingen van anesthesisten, artsen intensieve zorg, nuclearisten, pathologen-anatomen, longartsen en urgentisten.

1.3.1 Het jaarlijks symposium van het VBS 04.02.2017 – 'eGezondheid: zegen of vloek?'

Elke technologische evolutie brengt angst en hoop met zich mee. Laten we positief zijn, de uitwisseling van informatie, maar ook de informatiebronnen die door de elektronische innovatietechnologieën worden verschaft, verrijken de uitoefening van ons beroep. De informatie zal het mogelijk maken om patiëntgegevens, persoonlijke, medische en sociale gegevens af te bakenen. De elektronische informatie zal de arts helpen bij het opstellen van zijn diagnose en zijn behandelingsschema. Kortom, de arts evolueert mee met zijn tijd en respecteert de ethiek van het beroep. En in de bescherming van die ethiek schuilen merkwaardig genoeg de grootste uitdagingen.

Hoe kan de vertrouwelijkheid van de gegevens, van de uitwisseling van die gegevens, en van de genomen besluiten worden gewaarborgd? Vertrouwelijkheid of transparantie? In een mentaliteit van totale transparantie, met de visie van een patiënt die copiloot is van zijn medische geschiedenis en van efficiëntie in de medische praxis, worden zowel de patiënt als de arts geconfronteerd met de uitdaging om samen te zoeken naar de beste zorg, evidence based en sociaal-economisch verantwoord, en om het vertrouwelijk karakter te respecteren.

Artsen Tom FIERS en Jean COLIN informeerden ons over de communicatietechnieken en hun ethische aspecten. De heer Thibaut DUVILLIER had het over ons eHealth-platform. Onze laatste score voor de Health Consumer Index op Europees niveau was slecht voor IT en eHealth, maar we dichten de kloof met de andere Europese landen. België zou echter België niet zijn als er geen verschillen waren in de systemen tussen de verschillende landsdelen, maar ook in het concept van gegevensuitwisseling tussen het Brusselse Gewest (Abrumed), het Waalse gezondheidsnetwerk en eHealth in Vlaanderen (Vitalink). Soms raakt de communicatie wat in de war...

Verontrustender was de heldere en briljante uiteenzetting van meester Callens. De prachtige wolk die we 'cloud' noemen, blijkt een machtig netwerk van machines in de VS. Deze machines bewaren alle informatie over ons privéleven, onze 'gezondheidsgeheimen', onze persoon, maar ook onze gezondheidszorg. We vernamen ook dat er een 'agreement' bestaat tussen Europa en de VS, maar dat deze juridische overeenkomst ter discussie wordt gesteld, net zoals de klimaatovereenkomst. Een president als Trump in het Witte Huis is geen garantie dat de vertrouwelijkheid van ons Europees gezondheidszorgsysteem wordt gerespecteerd, want: America first.

De kers op de taart was de heer Van Varenberg die rustig en sereen, zoals het een goede jurist betaamt, uitlegde dat er met betrekking tot vertrouwelijkheid geen echte veiligheid of garantie bestaat. In de VS hebben de medische gegevens van President Trump een marktwaarde in criminele kringen. Ziekenhuizen zijn het doelwit van cybercriminaliteit. Medische technologie kan worden gehackt. Twee studenten van de KU Leuven hebben het bewezen met pacemakers. De reflex van de verzekeraar is dus het aanbieden van... verzekeringen. Artsen zijn wat terughoudend voor deze oplossing, maar als deze

dekking ook deparage omvat in geval van hacking en als er in het contract ook de middelen worden voorzien om rampen te voorkomen, dan helpt het VBS u graag om het ergste te voorkomen.

Ondergetekende sloot het symposium af met een overzicht van het voorbije jaar.

1.3.2 De kostendelende vereniging, een btw-structuur ten dienste van de gezondheidswerkers – 21.09.2017¹

Artsen en btw zijn zeker geen match gemaakt in heaven. Nochtans sluipt de toepassing van de btw langzaam binnen in het medisch handelen, zoals bijvoorbeeld btw op esthetische ingrepen. Het is voor de artsen als ondernemer dan ook belangrijk om de nodige aandacht te besteden aan deze materie.

Op 21 september 2017 organiseerde het VBS in samenwerking met de partners Blue Ground² en SBB³ een informatiesessie over de kostendelende vereniging en de btw.

Artsen en specialisten gaan om diverse redenen steeds meer samenwerken. Wanneer deze samenwerking gebeurt in een afzonderlijke vennootschap, zoals bijvoorbeeld een bvba of een maatschap, waarbij de vennoten zowel hun inkomsten als kosten poolen, zijn er geen btw-problemen. De artsen en specialisten kunnen, hetzij hun vergoeding zonder btw halen uit de maatschap die fiscaal transparant is, hetzij hun erelonen factureren aan de bvba zonder btw (behoudens uitzonderingen voor plastisch chirurgen of specialisten die klinische studies uitvoeren met toepassing van btw).

De situatie is enigszins anders indien men niet werkt met een afzonderlijke vennootschap waarbij men kosten en inkomsten gaat poolen. Het komt immers vaak voor dat artsen en specialisten louter een aantal gemeenschappelijke kosten willen delen (en dus niet hun inkomsten). Bij het delen van deze kosten neemt gewoonlijk een van de betrokken artsen en specialisten de kosten initieel ten laste, waarop hij of zij deze dan doorrekent aan zijn of haar collega's. Deze doorrekeningen van kosten zijn niet altijd vrijgesteld van btw. We denken hier bijvoorbeeld aan personeelskosten, software, gebruik van medisch materiaal, geneesmiddelen en dergelijke. Deze doorrekeningen kunnen dus aanleiding geven tot een btw-plicht in hoofde van de arts of specialist die kosten doorrekent.

Rekening houdend met de specifieke werkzaamheden van artsen en specialisten, die hoofdzakelijk vrijgesteld zijn van btw, heeft de btw-administratie voorzien in een samenwerkingsvorm waarbij men kosten kan delen zonder btw te moeten aanrekenen (waarbij de btw-plicht dus vermeden kan worden bij artsen of specialisten die kosten doorrekenen). Deze samenwerkingsvorm wordt een 'zelfstandige groepering' genoemd. Een zelfstandige groepering kan een vennootschap zijn, maar ook gewoon een kostenassociatie, waarbij men louter een overeenkomst opstelt tussen de betrokken partijen met daarin afspraken over de te delen kosten. Nieuw sinds vorig jaar is dat deze samenwerkingsvorm gemeld moet worden aan de btw-administratie, zelfs wanneer er helemaal geen btw verschuldigd is. De btw-administratie wil hier immers meer zicht op krijgen in de praktijk om misbruik te voorkomen. Bij het oprichten van een zelfstandige groepering zijn er een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet worden, waarbij men zich best laat bijstaan door een accountant of fiscaal adviseur.

1.3.3 Teach the Teacher, symposium voor stagemeeesters – 06.12.2017

Het ministerieel besluit (MB) van 13 september 2016 tot wijziging van het MB van 23 april 2014 stelt in zijn artikel 16, dat wijzigingen aanbrengt in artikel 23: "De stagemeeester volgt jaarlijks vorming, met inbegrip van vorming in de evaluatie van kandidaten. Deze vorming kan door wetenschappelijke verenigingen, door beroepsverenigingen en/of door universitaire instellingen worden georganiseerd".

¹ In samenwerking met Blue Ground en SBB

² Blue Ground, Chaussée d'Hondzocht 421, 1480 Tubize 02/568.76.32

³ SBB Accountants & Adviseurs, Poolse-Winglaan 2, 9051 Gent 09/243.89.87

Omdat het de kwaliteit van de opleiding hoog in het vaandel draagt, organiseerde het VBS in samenwerking met de EMS (EHSAL Management School) een opleidings sessie: "Teach the Teacher". Meer dan 170 ingeschrevenen namen op sinterklaasdag deel aan de vorming in het auditorium van ING Marnix in Brussel. De goedheiligman zelf was er niet, dus geen frivoliteiten of traktaties, maar wel een serene sfeer met veel interactie tussen geïnteresseerde artsen en een professor in de pedagogie, die uitlegde hoe zijn vak evolueert naar een model van assessment en zelfevaluatie. Rik Moons, gastprofessor communicatie aan de faculteit Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Gent, wees vervolgens de toehoorders met veel bravoure en enthousiasme op de do's en don'ts van communicatie en legde uit waarom het zo belangrijk is om een methodiek te volgen waarin de efficiëntie van interpersoonlijke boodschappen centraal staat.

De onzekerheid die er aanvankelijk bij de organisator was over de opkomst voor deze opleiding, werd al snel weggenomen. Collega's feliciteerden ons met het nuttige initiatief, dat een groot succes bleek. Een 'opleiding van de opleiders' is essentieel om de pedagogie van de toekomst te waarborgen. Ex-cathedra cursussen in auditoria volstaan niet om toekomstige specialisten correct op te leiden. Slechts in de dagelijkse praktijk van de gespecialiseerde geneeskunde worden jongeren gevormd en krijgen ze de uitoefening van hun vak onder de knie. Communicatie tussen "mentor" en assistent is cruciaal voor dit opleidingsproces.

Deze communicatie tussen de stagemeester en de kandidaat-specialist wordt bepaald door de cultuur, de gebruikte code, de emoties, de betekenis van de woorden, de taal (toon) en vooral door de wil om de boodschap over te brengen en te ontvangen. Van een mondelinge boodschap onthouden we ongeveer 5 %. Als hier een visueel bericht aan wordt toegevoegd, verloopt de memorisatie efficiënter. Als de boodschap echter een dialoog wordt en de stagemeester nagaat of de boodschap werd geassimileerd (of in de praktijk toegepast), kunnen we praten van pedagogie en daadwerkelijke opleiding.

Een cultuur waarin middelmatigheid volstaat, is onaanvaardbaar. Aan de andere kant zijn voor klinisch werk en uit veiligheidsoogpunt een zekere snelheid en procedure vereist. Hoe kun je onderwijs verstrekken en tegelijkertijd de klinische praktijk verzekeren? Dat is de uitdaging van deze opleidingscycli. We hopen er in deze regels al enigszins op te hebben geantwoord en willen in 2018 meerdere opleidingen organiseren.

Alle deelnemers ontvingen een certificaat waaruit blijkt dat ze in 2017 een opleiding hebben gevolgd.

1.3.4 Radioprotectie – 09.12.2017

Radioprotectie vormt sedert 2011 een jaarlijks terugkerend thema voor een VBS-symposium. In 2011 was het VBS quasi de enige organisatie die dit onderwerp behandelde. Op het terrein vormde het echter een antwoord op een nood aan permanente vorming in deze materie. De oorspronkelijke vergunningen voor het gebruik van ioniserende stralingen die in 2001⁴ toegekend werden voor 10 jaar moesten immers verlengd worden en dit kon enkel voor zover de betrokken artsen in de voorbije referentieperiode 4 uur permanente vorming konden aantonen.

Vooruitlopend op de verplichtingen die via de Europese regelgeving uitvoering zouden krijgen werden in 2016 door het FANC de vereisten van permanente vorming op een significante manier bijgesteld naar 6 uur permanente vorming over een periode van 3 jaar, bij voorkeur regelmatig gespreid over de referentieperiode. Het symposium dat het VBS op 9 december 2017 organiseerde, kaderde in deze permanente vorming. Daar waar tot voor enkele jaren het deelnemersaantal gemiddeld 450 artsen bedroeg (met een uitschieter van 650 deelnemers in 2013), werden er in 2017 "slechts" 223 deelnemers

⁴ KB van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen. (B.S.)

geregistreerd. Ook in 2018 zal het VBS traditiegetrouw een informatiesessie organiseren. Of dit onder de vorm zal zijn van een live sessie of van een e-learningssessie moet nog worden uitgemaakt.

De voorbije jaren werd in het jaarverslag van ondergetekende steevast een oproep gelanceerd aan andere organisaties om eveneens dergelijke vormingen aan te bieden. Sinds een tweetal jaar worden er binnen de ziekenhuizen door de betrokken diensten meer en meer interne opleidingen georganiseerd.

In 2016 heeft de verstrenging van de voorwaarden voor permanente vorming veel tanden doen knarsen. Het werd beschouwd als een zoveelste uiting van regelneverij. Tijdens hun gesprekken bij het FANC werd de VBS-vertegenwoordigers nochtans meermaals op het hart gedrukt het niet de bedoeling was dat deze permanente vorming extra druk zou opleggen aan de artsen. Het FANC is van mening dat, zonder dat de artsen zich er bewust van zijn, bepaalde presentaties die ze bijwonen op congressen in aanmerking kunnen komen voor deze permanente vorming. Deze stelling werd door een aantal deelnemers aan deze ontmoetingen met het nodige scepticisme onthaald. Dr. Yo BAETEN, ondervoorzitter AVS en handchirurg, besloot de proef op de som te nemen. Een gedetailleerd programma van het internationale congres voor handchirurgie⁵ werd aan de bevoegde dienst van het FANC bezorgd met de vraag om na te gaan in welke mate dit congres in aanmerking kwam voor de permanente vorming in de radioprotectie. Resultaat: 1 uur permanente vorming in de radioprotectie werd toegekend. Vandaar de nieuwe oproep van ondergetekende aan de organisatoren van congressen, symposia en informatiesessies om op een meer systematische manier het programma ter evaluatie voor te leggen aan het FANC. Op deze manier zal de bijkomende inspanning voor de artsen misschien tot een minimum worden herleid.

Tegen 6 februari 2018 moet de Europese richtlijn 2013/59 van 5 december 2013 tot vaststelling van de basisnormen voor de bescherming tegen de gevaren verbonden aan de blootstelling aan ioniserende straling in principe omgezet worden in de Belgische wetgeving. Met de implementatie van de Europese richtlijn beoogt men een rationeel, gerechtvaardigd en geoptimaliseerd gebruik van ioniserende straling in de medische sector

Volledig nieuw in deze reglementering is dat elk ziekenhuis waar medisch-radiologische apparatuur gebruikt wordt, moet beschikken over een afzonderlijke dienst voor medische stralingsfysica. Deze dienst is niet verplicht indien er geen CT-toestel of een toestel voor interventionele radiologie aanwezig is. Er zijn evenwel overgangsmaatregelen voorzien voor de fasering van deze verplichting. De dienst medische stralingsfysica hangt af van de ziekenhuisdirectie, terwijl de fysici en hun medewerkers nu betaald worden via de artsenhonoraria. Hierbij komt ook nog dat tijdens een bestraling (radiologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie) één expert radioprotectie aanwezig moet zijn. Deze expert, lid van het medisch personeel dient per jaar 30 uur opleiding te volgen.

In een eerste informele informatieronde pleegde het FANC tot 1 mei 2017 bilateraal overleg met de verschillende de stakeholders. Daarbij werd in eerste instantie verwezen naar de nuclearisten, radiotherapeuten en radiologen. Naar aanleiding van een ontmoeting i.v.m. de permanente vorming voor artsen en tandartsen werd in de lokalen van de KU Leuven op 18 april 2017 door Mevr. Katrien VAN SLAMBROUCK van het FANC aan een delegatie van de beroepsvereniging van artsen-specialisten in de Stomatologie en MKA-chirurgie eveneens een toelichting gegeven over de impact van de Europese richtlijn op de dagelijkse praktijk. Op 28.04.2017 werd een VBS-delegatie in dit verband ontvangen in de kantoren van het FANC.

Op 28 september 2017 werd een ronde tafel georganiseerd. Namens het VBS namen Drs. Greta DEREYMAEKER en Marc BROSENS deel. Tijdens de discussieronde werden niet minder dan 170 vragen en bezwaren geformuleerd, gaande van de specificatie van de verschillende medewerkers van de dienst medische stralingsfysica (MPA, MPE...) tot de verplichte aanwezigheid van een erkend radiotherapeut tijdens bestralingen (de aanwezigheid van een arts-specialist in opleiding voldoet niet aan de normen).

⁵ Evidence Based Data in Hand Surgery and Therapy – 21-24.06.2017 Budapest.

Zelfs als de zorgverstrekkers zich kunnen vinden in de logica van de geplande wijzigingen blijft er voor de nieuwe reglementering nog een heel groot struikelblok over, namelijk het gebrek aan financiering van de nieuw opgelegde verplichtingen, die volledig ontbreekt!

Het is nog wachten op de ontwerp teksten van het wijzigingsbesluit om na te gaan in welke mate rekening werd gehouden met de gemaakte opmerkingen.

1.3.5 'Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks?' Studiedag BSAR – 28.01.2017

Het thema van het congres was de nieuwe visie op anesthesie, een discipline die hoe langer, hoe meer de operatiekamer verlaat en zich ontwikkelt tot een perioperatief concept. De activiteiten van de anesthesioloog omvatten, naast de traditionele narcose, ook intensive care, midcare, sedatie voor tal van diagnostische acts en onderzoeken, maar ook het preoperatief consult en het postoperatief management.

Aangezien tijdens de werkzaamheden van de ad-hoc-werkgroep opgericht binnen de Hoge Raad voor het congres nog geen uniforme visie over de opleiding tot anesthesist-intensivist bereikt werd, kreeg het congres inhoudelijk een ander doel, namelijk aantonen dat het beroep evolueert, dat anesthesisten in Frankrijk aanwezig zijn op intensieve zorg, op spoed en zelfs in de RAID (antiterreureenheid van de Franse politie) tijdens de tragische aanval op de Bataclan op vrijdag 13.11.2015.

De debatten verliepen levendig omdat alle tendensen zich konden uiten en er voor het eerst in jaren een behoorlijke opkomst van jongeren was.

1.3.6 Symposium Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen – 16.02.2017

De jaarlijkse algemene vergadering van de beroepsvereniging intensieve zorg wordt naar goede gewoonte gecombineerd met een symposium. Elk jaar wordt een onderwerp belicht dat in verband staat met de beroepsuitoefening van de intensivist werkzaam zowel in grote als in kleinere diensten.

Op 16 februari 2017 werd het informed consent bij een patiënt op intensieve zorg besproken.

Het verkrijgen van een geïnformeerde toestemming bij een patiënt op intensieve zorg vormt immers een uitdaging door de eigenheid van de functie intensieve zorg en door de specifieke positie waarin de kritische patiënt verkeert. Urgenties, onverwachte complicaties, verminderd bewustzijn, familiale conflicten, onzekere outcome, therapiebeperving, financiële implicaties, zijn allemaal factoren die het correct voorlichten van de patiënt of de familie bemoeilijken.

Het informed consent bij de intensieve zorgpatiënt werd toegelicht vanuit verschillende invalshoeken. Meester Christophe LEMMENS gaf commentaar bij de wettelijke vereisten. De ervaringen bij het Fonds voor Medische Ongevallen werden toegelicht door Dr. Leen CARDON. Het standpunt van de Nationale Orde der Artsen werd vertolkt door Dr. Lieven WOSTYN.

Hoewel het informed consent geen onderscheid maakt tussen de verschillende patiënten, zijn er tot hier toe betrekkelijk weinig juridische conflicten geweest bij intensieve zorgpatiënten. De voorwaarde is wel dat de beslissingen genomen worden in het belang van de patiënt en deze zo snel mogelijk toegelicht worden door de arts aan patiënt en/of familie.

Het doel van de beroepsvereniging is om op termijn, binnen de verschillende intensieve zorgdiensten, te komen tot een eenvormig informatiebeleid t.o.v. patiënt en familie.

1.3.7 Symposium Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de Nucleaire Geneeskunde – 21.02.2017

Op 21.02.2017 organiseerde de beroepsvereniging Nucleaire Geneeskunde naar aanleiding van haar algemene vergadering een symposium dat druk werd bijgewoond en waar op zeer interactieve wijze een overzicht werd gegeven van de aanpassing aan wetgeving en nomenclatuur van het afgelopen jaar, alsook de functionering van de erkenningscommissie. Met betrekking tot het eventueel beperken van het aantal opleidingsplaatsen werd vastgesteld dat er vooral in Vlaanderen een overaanbod aan specialisten nucleaire geneeskunde dreigt te ontstaan. Tegelijkertijd met de noodzaak aan een inperking van het aanbod werd echter ook de nood vastgesteld tot betere begeleiding en opvolging van de artsen specialisten in opleiding door de erkenningscommissie. Gezien de impasse op gebied van invoering van nieuwe erkenningscriteria is dit echter geen eenvoudige zaak.

Een ander onderwerp van het symposium dat op grote interesse kon rekenen was de vraag er geen informatierondes zouden moeten georganiseerd worden i.v.m. het correct gebruik van de nomenclatuur, bij voorkeur via de LOK-groepen.

Gezien de grote opkomst voor dit symposium is het de bedoeling van de beroepsvereniging ook in de toekomst dergelijke vergaderingen te blijven organiseren om zo, al dan niet in samenwerking met de wetenschappelijke vereniging, haar leden te blijven informeren over actuele topics in de nucleaire geneeskunde.

1.3.8 Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Pathologische Anatomie – 10.03.2017

De beroepsvereniging voor Pathologische Anatomie organiseerde op 10 maart 2017 in Groot-Bijgaarden een symposium rond softwarevalidatie voor medische laboratoria. Deze opleiding werd verzorgd door Dr. Romaric CROES, Ir. Veerle NOTEN en Björn VAN DEN SANDE. Het kon rekenen op een zeer ruime belangstelling (ruim 110 inschrijvingen) van zowel patholoog-anatomen als van klinisch biologen, verdeeld over de beide landsdelen. Na een theoretische inkadering werden ‘the musts, the nice-to-haves & the not-dones’ rond softwarevalidatie voor eindgebruikers uiteengezet. Het belang van verificatie op basis van testing en documentatie, gebaseerd op risico-analyse, werd toegelicht.

Dit symposium kon op dermate veel bijval rekenen dat de Beroepsvereniging Pathologische anatomie – mogelijk in samenwerking met de Commissie Pathologische Anatomie – een nieuwe opleidingsdag plant in het voorjaar van 2018, ditmaal waarschijnlijk rond ‘veiligheid & hygiëne in medische laboratoria’.

1.3.9 Symposium Beroepsvereniging voor Belgische Longartsen – 29.05.2017

Met de bedoeling meer interesse te wekken bij de leden werd de algemene vergadering van de beroepsvereniging gekoppeld aan een symposium waarbij nader werd ingegaan op de actuele evoluties binnen de gezondheidszorg.

De hete hangijzers en de actuele dossiers werden toegelicht door Dr. Jan LAMONT. Advocaat Wim VAN HECKE⁶ verschafte de aanwezigen meer inzicht over enkele juridische elementen i.v.m. de netwerken en hun invloed op de ziekenhuiscontracten en -associaties. In een tweede deel van zijn tussenkomst werd de focus gelegd op de aansprakelijkheid van de arts, meer specifiek in het kader van het informed consent. De theoretische uiteenzetting werd door Dr. Leen CARDON⁷, expert bij het Fonds van Medische Ongevallen, geïllustreerd met de bespreking van een casus uit de praktijk.

⁶ advocaat bij het kantoor De Gendt uit Leuven

⁷ Anesthesist in het Jan Yperman ziekenhuis

1.3.10 Symposium Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP) – 12.09.2017

Op 12 september 2017 organiseerde de BeCEP (Belgian College of Emergency Physicians), een symposium met als thema: 'Emotions of Belgian Emergency Physicians'. De samenleving voelt zich over het algemeen zeer nauw betrokken bij spoedgevallen. De sector wordt geplaagd door een aanslepende druk in de vorm van angstaanjagende opportunistische statements, blijvende onzekerheden, vage aankondigingen over hervormingen, wereldvreemde hypothesen, foute eisen en verwachtingen, onterechte beschuldigingen en vaak schaamteloze analyses vanuit verschillende geledingen van de samenleving. Eveneens door de niet aflatende, maar zeer doorprikbare pseudowetenschappelijke perceptiesturing vanuit instellingen als vb. het KCE, werd het hoog tijd om het effect hiervan op de individuele hardwerkende specialist in de urgentiegeneeskunde in te schatten. Meer dan de helft van de spoedartsen heeft overwogen om er de brui aan te geven. Het idealisme heeft een deuk gekregen. Een publieke shock was het gevolg. Door allerhande evoluties zijn fake news, fake science en fake quality helaas de nieuwe destructieve, maar getolereerde wapens geworden die een verantwoorde gezondheidsvisie op korte termijn dreigen te ondermijnen, ook in de niet-planbare zorg.

De beroepsvereniging heeft inmiddels begrepen dat het haar rol als verdediger van de spoedgevallen, zijn medewerkers en zijn patiënten, nog meer rechtstreeks moet opeisen als legitieme gesprekspartner in alle commissies en bij alle instanties waar besprekingen worden gevoerd en beslissingen worden genomen met rechtstreekse of onrechtstreekse impact op de sector. Er zijn na gesprekken met de overheid inmiddels positieve signalen dat er een kentering mogelijk is. Laten we de hoop niet opgeven.

1.3.11 Staten-Generaal van de anesthesisten – 07.10.2017

Op 7 oktober 2017 vond in de Koninklijke Bibliotheek de staten-generaal van de anesthesisten plaats. De anesthesisten wisten al maanden dat mevrouw De Block een deel van de erelonen wilde forfaitariseren. Die forfaitarisering stond in de regeringsverklaring en er waren al verschillende denksporen uitgezet. In mei 2017 had de minister een plan opgesteld waarin de honoraria van de forfaitaire bedragen zouden worden toegepast op de verschillende pathologieën die in het systeem van de referentiebedragen zijn opgenomen. Deze honoraria zouden aanvankelijk aan de Medische Raad (MR) of aan de ziekenhuisbeheerder worden uitgekeerd, die ze vervolgens onder de verschillende specialisten zou verdelen. Zodra ze dit vernamen, hebben de anesthesisten het initiatief genomen om de chirurgen te ontmoeten en een gemeenschappelijke strategie uit te stippelen. Ze schreven een brief aan de minister waarin ze te kennen gaven de forfaitaire honoraria af te wijzen, en, indien er in overeenstemming met de regeringsverklaring een forfaitarisering zou komen, eisten ze dat de toewijzing van de specifieke honoraria voor de specialismen behouden blijft, zonder voorafgaande tussenkomst van de beheerder of de MR. Tevens vroegen ze een ontmoeting met de minister. Tijdens een gemeenschappelijke vergadering deelden de chirurgen dit standpunt. Ze steunden de anesthesisten en vroegen om een gesprek met de minister. De chirurgen werden op 7 juli uitgenodigd op het kabinet, de anesthesisten op 6 juli. Het werd een moeilijk overleg. Het kabinet begreep onze bezorgdheid dat de honoraria niet mogen worden verdeeld door de beheerder of de MR. Anderzijds hielden ze vast aan de forfaitarisering en aan de noodzaak om te werken volgens best practice (EBP) en EBM. De dialoog werd een debat en de toon werd scherper. De beroepsgroep was van mening dat een 'evidence based practice' niet strookte met de praktijk van de Belgische ziekenhuizen, omdat de veiligheid en het comfort van de patiënt en chirurg soms (of vaak) de aanwezigheid van de anesthesist vereisen. De bijeenkomst eindigde met de belofte om de verdeling van de honoraria te analyseren en het voornemen om de forfaitarisering te handhaven.

Tijdens de zomervakantie vernamen we via informele contacten tussen BVAS-bestuurders, het VBS en het kabinet dat de toewijzing van honoraria door de beheerder of MR zou worden afgevoerd en dat elk specialisme rechtstreeks het gedeelte van de forfaitaire honoraria zou ontvangen dat hem toekomt.

Het bureau van de BSAR handhaafde zijn verzet tegen de forfaitaire honoraria en besloot de anesthesisten daarover te informeren via een staten-generaal. Deze staten-generaal heeft het bewustzijn van de beroepsgroep vergroot. De zaal met ruim 250 zitplaatsen was te klein en de inschrijvingen moesten enkele weken voor 7 oktober al worden geweigerd. Professor Van de Velde had de vereniging van anesthesisten in opleiding op de hoogte gebracht, die alle assistenten optrommelde. De zaal was te klein en er zaten mensen op de trappen van het Auditorium Lippens. Dr. Philippe DEVOS gaf toelichting bij het overheidsbeleid en de houding van de BVAS. Dr. Dirk HIMPE zette de zinloosheid van de mediaan uiteen. Dr. Stefaan CARLIER ging dieper in op de inhoud van de wet, zoals die er voor de vakantie uitzag. Tot slot legde Dr. René HEYLEN uit dat hij alle mogelijke middelen zou gebruiken om zich tegen de forfaitarisering te verzetten en de huidige situatie te verdedigen waarin de anesthesioloog intervenueert volgens de wil van de patiënten, op vraag van de andere artsen (of chirurgen) en de mogelijkheden van de dienst anesthesie.

Tegelijkertijd vernamen we de oprichting van de vereniging van assistenten in anesthesie. De opvolging organiseert zich in feite zelf en bereidt het alternatief voor de huidige leiders voor. Bij de geringe opkomst van Franstalige anesthesisten kan men zich vragen stellen. De beweging was beter georkestreerd in het noorden van het land. De Franstaligen hebben over het algemeen een andere visie op de anesthesie. Zij zijn georiënteerd op het perioperatieve, met het anesthesieconsult en de postoperatieve follow-up. Dit concept kan gepaard gaan met de idee van forfaits op basis van pathologie en zorgpaden. De mobilisatie door de Nederlandstalige tenoren van de BSAR, die alle diensthoofden in Vlaanderen benaderden en hen uitnodigden om de Staten-Generaal bij te wonen, verklaart de massale aanwezigheid van Nederlandstalige anesthesisten. De assistenten vreesden dat hun honoraria door de chirurgen zouden worden bepaald. Een mooi voorbeeld van mobilisatie voor het behoud van de huidige beroepspraktijk en de eraan verbonden inkomsten.

1.3.12 Uitreiking 'De Prijs van de Specialist' – 18.11.2017

Op zaterdag 18 november reikten minister Jo VANDEURZEN en Dr. Jean-Luc DEMEERE (VBS) in de Koninklijke Bibliotheek de Prijs van de Specialist 2017 uit aan "Docteur" Philippe DEVOS en "Dokter" Piet NOË.

De Prijs van de Specialist van het Jaar is een initiatief van de Artsenkrant en het VBS. Deze onderscheiding gaat naar een specialist die door zijn handelen heeft aangetoond welke cruciale rol de specialistische geneeskunde en de artsen-specialisten in onze samenleving spelen. De kandidaturen werden ingediend door de diverse beroepsverenigingen (VBS). Elke vereniging mocht een Nederlandstalige en Franstalige kandidaat voorstellen.

De jury selecteerde de kandidaten op basis van 6 criteria, met name: empathie met de patiënt, relatie met collega's, engagement, leiderschap, het wetenschappelijk karakter van de praktijk en de ontwikkeling van nieuwe technieken. Vooral de maatschappelijke rol van de arts kreeg aandacht van de jury van deskundigen, die was samengesteld uit Pedro FACON (directeur-generaal gezondheidszorg FOD Volksgezondheid), Jo DE COCK (administrateur-generaal RIZIV), Prof. Alain De Wever (ULB), Prof. Renaat PELEMAN (U Gent), Xavier BOUCKAERT (CEO Roularta), Marie-Pierre TOURNEUR (directeur Assar Architects) en twee vertegenwoordigers van het VBS, dokter Jean-Luc DEMEERE en ondergetekende. Tien kandidaten werden geselecteerd uit meer dan 20 genomineerde artsen. Voor Franstaligen waren dat Dr. Philippe DEVOS en de professoren Jean-Francois KAUX, Edouard LOUIS, Steven LAUREYS en Pierre SCAILLET. Voor de Nederlandstaligen waren de genomineerden Dr. Piet NOË en de professoren Moustapha HAMDY, Jan LERUT, Stan POLITIS en Brigitte VELKENIERS. 3.324 artsen brachten hun stem uit om de Specialist van het Jaar te kiezen.

Wat onthouden we van deze eerste editie? Allereerst moeten we het initiatief van de Artsenkrant toejuichen, omdat het de aandacht heeft gevestigd op de artsen-specialisten. Ten tweede merken we op dat het de beroepsverenigingen zijn die de kandidaten hebben geselecteerd. Dat betekent dat de

kandidaat al de erkenning geniet van zijn of haar collega's, die vinden dat hij of zij zich heeft onderscheiden in hun specialisme. Ten derde heeft de jury de kandidaturen beoordeeld op basis van een waardentabel en een puntensysteem dat deze criteria taxeerde. Dit selectiesysteem is zeer belangrijk. Hoe meten we vb. het inlevingsvermogen van respectievelijk een psychiater en een patholoog anatoom ten opzichte van zijn patiënt? De waardentabel en de weging van de criteria maakten het mogelijk om de kandidaten objectiever te selecteren. Tot slot heeft de Artsenkrant uitgebreid overlegd met de gemeenschap van artsen, die massaal hun stem uitbrachten met de intussen bekende winnaars tot gevolg. Opmerkelijk is dat de laureaten gewone artsen-specialisten zijn, terwijl de andere genomineerden academici waren. Toeval of niet? De stemmende artsen hebben blijkbaar de voorkeur gegeven aan specialisten van wie de maatschappelijke betrokkenheid meer in het oog sprong dan hun academische of wetenschappelijke prestaties. Of, zoals een van de genomineerde professoren het ietwat teleurgesteld uitdrukte: "Ze hebben wetenschappelijke en humanitaire verdiensten door elkaar gehaald!".

Over dat laatste kunnen we oeverloos discussiëren. Zit de nobelheid van ons beroep als arts-specialist niet in de eerste term: arts? De arts is meer dan alleen een wetenschapper.

Enkele collega's hebben bij het VBS hun bedenkingen geuit over de Prijs van de Specialist. Wat moet je verstaan onder 'Specialist van het Jaar'? Waarom moeten er een Franstalige en een Nederlandstalige worden uitverkoren uit respectievelijk 12.911 en 13.229 collega's? Zijn de andere collegae niet elk op zich een specialist van het jaar? Waar staat de prijs van € 7.500 voor? Moeten we deze mentaliteit van uitmuntendheid en individualisme steunen? Is dit niet discriminerend? Sommige beroepsverenigingen hebben ervoor gekozen niet aan de prijs deel te nemen.

Het is moeilijk om te ontrafelen wat juist of fout is in deze mengelmoes van bedenkingen. De Prijs van de Specialist van het Jaar is niet bedoeld om individualisme te promoten, maar wordt georganiseerd door de Artsenkrant om de artsen-specialisten in het zonnetje te zetten. De Prijs van de Huisarts van het Jaar bestaat al jaren. Waarom dan ook geen aandacht schenken aan de specialisten?

De selectiecriteria en de editie van 2017 bewijzen dat het doel van de verkiezing is de specialistische geneeskunde te promoten. Dit heeft niets van doen met Topdokters, een primetimeprogramma op Vier, waar artsen worden geselecteerd op basis van hun bekendheid, populariteit of affiniteit met bepaalde redacties. Nee, in de Prijs van de Specialist klinkt duidelijk de stem van het beroep zelf.

Is men dan op zoek naar uitmuntendheid (excellence)? Nee! Het is geen Nobelprijs in de geneeskunde. De Prijs van de Specialist 2017 is een erkenning van de essentie van de artsenstiel en beloont de toewijding van de arts aan anderen, en dus aan de samenleving. Deze visie is de gemeenschappelijke noemer van alle specialismen.

Hebben de specialisten echt een prijs nodig? Het is eigen aan de mens dat hij graag rankings maakt, goed van minder goed of slecht onderscheiden. Het is een misvatting te geloven dat de mensheid onder de vlag van middelmatigheid vooruitgang boekt. In 1789 scandeerden de Franse revolutionairen: "Vrijheid, gelijkheid, broederschap". Wij zijn niet in alles gelijk. De mensenrechten, die moeten gelijk zijn voor iedereen. Bestaande verschillen mogen niet uit de weg worden gegaan. Dat zou niet veel goeds voor de toekomst voorspellen. Ze moeten worden aangewend om de vooruitgang te stimuleren, zo niet blijft middelmatigheid heersen. Een sportieve, competitieve mentaliteit maakt progressie mogelijk.

Waarom deze, volgens sommige collegae, publicitaire benadering van de specialistische geneeskunde? Het marketingeffect speelt zeker een rol, al betekent dat niet dat de specialistische geneeskunde een commercieel product is. Het lezerspubliek van de Artsenkrant bestaat niet alleen uit artsen. Als het persagentschap Belga een bericht verspreidt in verband met de specialistische geneeskunde en het gaat eens niet over medische fouten, supplementen, overbodige verstrekkingen of overconsumptie maar wel over een prijs die wordt toegekend aan geëngageerde artsen die erkenning krijgen van hun collega's, dan is dat aardig meegenomen. Een positieve noot over artsen-specialisten in de media, dat zou meer moeten gebeuren.

Wat moeten we dus denken van deze verkiezing van de Specialist van het Jaar? Het initiatief is lovenswaardig. Een zo hoog mogelijke objectiviteit wordt nagestreefd via de gebruikte waardenschaal, door een bekwame jury afkomstig uit verschillende vakgebieden en door het laatste woord te geven aan het beroep. De winnaars vielen vooral op door hun humanitaire en maatschappelijke betrokkenheid.

Dat is niet zo'n slechte balans voor een eersteling. Dus, tot volgend jaar voor de Prijs van de Specialist van het Jaar 2018!

2 VBS-vertegenwoordiging

2.1 Binnenlandse vertegenwoordiging

2.1.1 Activiteiten van de Artsenvereniging Vlaamse Specialisten (AVS)

Namens het AVS, Artsenvereniging voor Specialisten, de Vlaamse vleugel van het VBS, hebben Dr. Marc BROSENS en Mevr. Fanny VANDAMME het structureel overleg van Minister Jo VANDEURZEN met de artsenorganisaties bijgewoond op 12.09.2017. Dr. Marc MOENS nam zoals gewoonlijk deel aan de vergadering in zijn dubbele hoedanigheid BVAS/VBS.

Het overleg van Minister VANDEURZEN met de artsenorganisaties kan niet langer het label hebben van structureel. Aanvankelijke werden 2 à 3 vergadering belegd per jaar. De voorbije jaren is dit beperkt gebleven tot maximaal één vergadering per jaar.

De agenda van de vergadering van 12.09.2017 werd vastgelegd door het kabinet en zonder bijhorende bijlagen overgemaakt aan de genodigden. Uit het verloop van de vergadering bleek duidelijk dat niet alle deelnemers op eenzelfde manier worden behandeld. Het werd snel duidelijk dat de vertegenwoordigers van Domus Medica, met name de voorzitter, Dr. Roel VAN GIEL, niet alleen de documenten vooraf had ontvangen maar dat Domus Medica zelfs had meegewerkt bij het opstellen ervan. Deze documenten werden blijkbaar ook al besproken met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en met sommige andere belangengroepen, zonder consultatie van de artsen-specialisten. Ook de overige artsenorganisaties hebben fel geprotesteerd tegen deze werkwijze van het kabinet. De eindnota basisspecialistische zorgopdrachten werd pas na de vergadering bezorgd aan de overige deelnemers. Tijdens de vergadering was het dus onmogelijk om een gefundeerd commentaar te formuleren over het document 'Basisspecialistische zorg' in het zorgstrategisch plan van Vlaanderen. De urgentieartsen en de kinderartsen hebben ondertussen hun commentaren op deze teksten bezorgd aan Minister VANDEURZEN.

Uit de discussie bleek duidelijk dat in de interkabinettenwerkgroep nog veel moet uitgeklaard worden over de manier waarop de toekomstige ziekenhuisnetwerken vorm moeten krijgen en moeten aansluiten op de eerstelijnszones. Minister VANDEURZEN heeft tijdens de vergadering de aanwezige ziekenhuisartsen meerdere keren gewaarschuwd om nu al definitieve engagementen aan te gaan⁸.

Men leest en hoort vaak dat jongeren minder betrokken zijn bij het reilen en zeilen van verenigingen, organisaties en, wat de artsen betreft, in de beroepsverdediging in het algemeen. Denken we maar aan de beperkte interesse voor de verkiezingen van de artsensyndicaten, hoewel die desinteresse bij alle leeftijden terug te vinden is.

Men moet zich de vraag durven stellen of dit fenomeen te wijten is aan het uiteenlopen van standpunten, doelen en belangen tussen de generaties. Is er effectief een verschil van mening over de invulling van de professionele carrière? Waar moet de AVS eventueel haar strijdpunten van maken? De

⁸ Wat in tegenspraak is met de brief van de ministers Vandeurzen en De Block van 25.01.2018. Cf. punt 4.3.2.1. De ziekenhuisnetwerken

AVS vindt het een prioriteit om antwoorden te vinden op deze vragen. Een bevraging bij de jongere generaties, de artsen van de toekomst, leek het AVS-bestuur de enige zinvolle manier.

Na enkele vergaderingen met het VASO (Verbond van Arts-Specialisten in Opleiding), waarbij vertegenwoordigers van alle Nederlandstalige universiteiten aanwezig waren, werd een enquête opgesteld. Momenteel ligt de definitieve versie ter goedkeuring bij de bestuursleden van het VASO. De enquête zal tijdens het voorjaar 2018 digitaal worden verspreid onder alle arts-specialisten in opleiding in Vlaanderen. Het AVS- bestuur hoopt op veel reacties en een verdere succesvolle samenwerking met het VASO.

2.1.2 Activiteiten van de Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr)

Verlag van de 2^{de} vergadering in het kader van de “gedachtewisseling over de ondercontingentering van de gezondheidszorgberoepen” d.d. 21.03.2017

Minister Demotte verzamelde rond de tafel dezelfde bij de artsenquota betrokken gesprekspartners als op de eerste vergadering in mei 2016, met name de universiteiten (UCL, ULB, ULg), de academie voor geneeskunde, de artsensyndicaten (BVAS, GBO), de SSMG en het beroep (AMSFr, vertegenwoordigd door Drs. Baudouin MANSVELT, voorzitter, en Michel LIEVENS, secretaris). Ter herinnering, van die eerste vergadering werd geen enkel verslag opgesteld door het secretariaat van de minister.

De agenda van de vergadering was samengesteld op initiatief van een aantal deelnemers die dringende kwesties wilden bespreken, namelijk het probleem van de dubbele cohorte van de geneeskundediploma's in 2018 (toegang tot RIZIV-nummers en aanbod aan plaatsen in specialisatie), de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de hervorming van het KB nr. 78.

De voorzitter van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen, Prof. Jacques BONIVER, vatte de laatste aanbevelingen van de Planningscommissie over de dubbele cohorte samen: voor alle diploma's de toegang tot een specialisatie aanbieden (vermijden dat er een reeks 000-artsen uitkomt); een voldoende groot aantal specialisatieplaatsen openstellen; de kwaliteit van de opleiding in de erkende stageplaatsen verzekeren; de kandidaat-specialisten correct vergoeden; een bijkomende financiering voorzien voor dit toegenomen aantal kandidaat-specialisten. De Planningscommissie heeft m.b.t. de stageplaatsen ook de volgende pistes voorgesteld: het aantal erkende stageplaatsen jaarlijks met 10 % verhogen; binnen een stageplaats een evenredige verhoging van het aantal opleidingsplaatsen tot specialist toestaan; een groter aantal 'roterende' stageplaatsen erkennen; deeltijdse opleiding toestaan; buitenlandse stages en onderzoeksstages stimuleren; de keuze van de kandidaten oriënteren in de richting van de specialisaties met schaarste, vooral in de huisartsengeneeskunde. De vertegenwoordiger van de Hoge Raad besloot zijn tussenkomst met de mededeling dat, ondanks hun dringend verzoek, de federale minister van Volksgezondheid geenszins enige vorm van financiële ondersteuning vooropstelde om de kritische situatie van de dubbele cohorte te ondervangen.

Minister DEMOTTE liet er geen twijfel over bestaan dat noch de Federatie Wallonië-Brussel, noch de Franse Gemeenschap de middelen hebben om een financiering aan te bieden om, althans op dit vlak, het acute probleem van de dubbele cohorte op te lossen. De Gemeenschap heeft geen eigen middelen; ze is slechts gefinancierd door dotaties van de regio's. Ze kan wel schuiven met middelen die normaal gezien zijn uitgetrokken voor de FNRS-beurzen (Fonds de la Recherche Scientifique) en voor de beurzen die worden toegekend aan buitenlanders om stages te doen in de Franse Gemeenschap.

Er zijn meer dan 1.000 stageplaatsen te kort in de Franse Gemeenschap in 2018. Het opzetten van extramurale stageplaatsen, zoals in dermatologie en oftalmologie, is wenselijk. De bezoldiging van de kandidaat-specialisten kan, minstens voor een deel, gehaald worden uit de honoraria voor de verstrekkingen die ze persoonlijk uitvoeren, volgens Dr. Jacques DE TOEUF, die niettemin een “bloedbad” voorspelt voor de artsen van de dubbele cohorte die volgend jaar hun diploma behalen.

De vertegenwoordigers van de huisartsen maakten met veel nadruk hun wens kenbaar om de opleiding huisartsengeneeskunde elk jaar open te stellen aan het mythische aandeel van 43 % van de

afgestudeerden. Niemand rond de tafel stelde dit voorstel tot verdeelsleutel ter discussie. De vertegenwoordigers van de universiteiten en van de beroepsbank van specialisten zijn zich terdege bewust van de problemen waar de huisartsengeneeskunde mee kampt.

Overigens maakte de decaan van de UCL zich ongerust over het feit dat hij van geen enkele overheid, noch op federaal, noch op gemeenschapsniveau, precieze informatie kreeg die hij zou kunnen bezorgen aan zijn studenten over het aantal RIZIV-nummers dat hen op het einde van het jaar zal worden toegekend.

Het probleem van de buitenlandse artsen werd nog maar eens aangekaart. De Federatie Wallonië-Brussel zou de federale minister van Volksgezondheid onder druk moeten zetten om een doeltreffende filter te voorzien die de buitenlandse artsen ontmoedigt om de plaats in te nemen van Belgische kandidaten, bij wie men zeker is van de kwaliteit van de opleiding.

Wat de subquota betreft, zou de Federatie Wallonië-Brussel bereid zijn om de voorstellen van de planningscommissie te ratificeren. Verscheidene deelnemers, onder wie de vertegenwoordigers van de AMSFr, wensen toch deze cijfers te valideren ter gelegenheid van een volgende vergadering met de aanwezige gesprekspartners.

Wegens tijdsgebrek werden de laatste twee agendapunten (hervorming van de ziekenhuisfinanciering en hervorming KB nr. 78) naar een latere vergadering verschoven. De vergadering, die werd voorgezeten door een kabinetslid, nadat de minister na een uur was vertrokken voor een andere vergadering, werd daarop beëindigd.

N.B.: van deze vergadering zou een (uitgebreider) verslag worden opgesteld door het secretariaat van de minister-president, maar dit is niet gebeurd.

Verslag van de vergadering bij de Federatie Wallonië-Brussel over de erkenning van de kandidaat-specialisten, de stagemeesters en stageplaatsen d.d. 09.10.2017

Aanwezig voor het kabinet, de dames Caroline JADOT, Madhy KOSIA MBASA YATELO, Minh Giang DOTHI en (later) Yolande HUSDEN; voor de AMSFr, Drs. Jean-Luc DEMEERE, Michel PLETINX en Michel LIEVENS (secretaris), voor de BVAS huisarts Dr. Pierre ZAEITYDT.

Aan het begin van de vergadering geeft mevrouw DOTHI aan alle deelnemers een kopie van het ontwerpdecreet van de regering van de Franse Gemeenschap waarin de procedure voor de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen wordt vastgelegd. Van meet af aan is duidelijk dat de tekst van de juriste, mevrouw KOSIA MBASA YATELO, gebaseerd is op het koninklijk besluit van april 1983 en niet, zoals we vreesden, op het onlangs gepubliceerde ministerieel besluit van de Vlaamse Regering, waartegen het VBS beroep heeft ingediend bij de Raad van State.

De lezing van de tekst ontlokt vragen bij de deelnemers, waarop vooral de juriste antwoordt.

Artikel 4 bepaalt de samenstelling van de erkenningscommissie, namelijk ten minste drie leden afkomstig van de universiteiten en ten minste drie leden van de beroepsverenigingen, maar preciseert niet dat dit aantal gelijk moet zijn. We merken dit op en aangezien het de bedoeling was een evenwicht te vinden, stemmen de vertegenwoordigers van de minister ermee in deze nuance in de tekst op te nemen.

In artikel 5 §5, 1° zou de vertegenwoordiger van de BVAS de term 'jeton de présence' (zitpenning) om fiscale redenen willen vervangen zien door 'défraiement' (onkostenvergoeding). De administratie zal deze mogelijkheid onderzoeken.

Artikel 14 bepaalt: "De kandidaat heeft tijdens zijn daadwerkelijke opleiding ook recht op een onderbreking om medische redenen. In dat geval evalueert de commissie de maximale duur van de onderbreking zonder verlenging van de proeftijd." De artsen rond de tafel vinden het gevaarlijk om de commissieleden de vrijheid te geven om geval per geval, en misschien niet altijd even consequent en

strikt, de toegestane afwezigheidsduur van een kandidaat te beoordelen (zonder dat dit gecompenseerd wordt door een verlenging van de proeftijd). Er wordt overeengekomen om deze paragraaf te schrappen. De wettelijke duur van het zwangerschaps- of palliatief verlof is in alle gevallen de regel waaraan men zich zal houden.

Aan het einde van de lezing van het ontwerp verbindt mevrouw DOTHl zich ertoe ons daags nadien een door de juriste, mevrouw KOSIA MBASA YATELO, gecorrigeerde tekst te bezorgen waarin rekening wordt gehouden met de tijdens de vergadering gemaakte opmerkingen. Ze vraagt ons om snel te reageren (voor dinsdag 17 oktober), zodat ze het ontwerp tijdig kan indienen voor de volgende vergadering van de regering van de Federatie Wallonië-Brussel.

De vergadering was constructief en vond plaats in een hartelijke sfeer. Onze gesprekspartners waren attent en stonden open voor onze bedenkingen, waardoor het des te verrassender is dat deze ontmoeting enkel plaatsvond omdat we erom vroegen. Uiteindelijk zijn veel van de correcties die we hebben voorgesteld, opgenomen in het ontwerp dat aan de regering van de Federatie Wallonië-Brussel is toegezonden.

Verslag van de vergadering van de FWB over de subquota van de medische specialismen d.d. 10.01.2018

Onderwerp van gesprek was dus de bepaling van de subquota voor de medische specialismen vanaf 2019 met dezelfde deelnemers als tijdens de vergadering over de subcontingentering (met voor de AMSFr Drs. Michel PLETINCX en Michel LIEVENS).

De discussie bleef zeer algemeen en de vaststelling werd gemaakt dat er dringend behoefte was aan het definiëren van de organisatie van de gezondheidszorg in Franstalig België, die vooral gebaseerd zou moeten zijn op de eerste lijn, namelijk de huisartsgeneeskunde. Daartoe moeten alle ministers die een deel van de gezondheid in hun bevoegdheden hebben bijeenkomen om deze doelstelling te valideren. Het 'Toekomstinstituut' wordt genoemd als orgaan dat is opgericht om een organisatie van de gezondheidszorg in België op poten te zetten, maar waarvan de activiteit momenteel lijkt te zieltoegen.

Het is belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van alle veldinformatie over de spreiding van de medische activiteit die de Federale Planningscommissie heeft verzameld en dat het initiatief wordt genomen om een beter inzicht te krijgen in de behoeften van de bevolking inzake menselijk medisch potentieel. Er worden twee manieren genoemd: de huisartsenkringen voor de algemene geneeskunde en ziekenhuizen (medisch directeurs?) voor de specialistische medische activiteit. De grote onbekende blijft de specialistische (extramurale) activiteit in de stad, die sommigen (huisartsen) graag zouden willen zien verdwijnen!

Tevens wordt de idee van een regionale planning van de medische voorzieningen geopperd. Die is slechts mogelijk als de vestigingsplaats van de artsen gebaseerd is op hun werkplek en de behoeften van de bevolking kunnen worden vastgesteld. Om echter deze planning te doen lukken, moeten artsen ervan overtuigd worden om zich te specialiseren in specialismen met een te klein aanbod (vaak onaantrekkelijk omdat ze slecht betaald worden) en zich te vestigen in geografische gebieden met een te klein aanbod (vaak landelijk). Dit vereist enerzijds een herschikking van de nomenclatuur en anderzijds de inzet van financiële prikkels voor specialisten om zich in medische woestijnen te vestigen (net zoals dat voor huisartsen wordt voorgesteld).

Om terug te komen op de subquota: het besluit om een quotum van 43 % aan specialisten in de huisartsgeneeskunde op te leggen onder de 1.800 afgestudeerden van de dubbele cohorte in 2018 is genomen om een sterk signaal te geven dat men zich bewust is van het tekort aan huisartsen in het Franstalige landsgedeelte. Dit besluit geldt alleen voor het jaar 2018; het percentage zal voor de volgende jaren worden herzien. Anderzijds staat het de universiteiten echter vrij om de andere medische specialismen toe te wijzen, omdat er voor het volgende jaar geen quota kunnen worden opgelegd: de studenten moeten bij het begin van hun master worden geïnformeerd over de mogelijkheden die er in de verschillende specialismen bestaan, m.a.w. vier jaar vooraleer er zou worden

overgegaan tot een reductie van mandaten in specialismen die nu al een aantoonbaar overaanbod kennen. De universiteiten worden niettemin aangespoord om de studenten duidelijk te informeren over de zeer grote verschillen in de carrièremogelijkheden tussen de verschillende specialismen.

Er zal een werkgroep worden opgericht om de subquota voor de medische specialismen af te stemmen op de behoeften van de bevolking.

Tot slot heeft de heer Denis HERBAUX, CEO van PAQS⁹, eind 2017 de AMSFr verzocht deel te nemen aan het onderzoek van PAQS in het kader van de samenstelling van een Paarsboek ter bevordering van een regionale sectorale strategie voor de verbetering van de patiëntveiligheid. We zijn op de vraag ingegaan en hebben daarom binnen het bestuurscomité de vragen van het formulier beantwoord, waarin een reeks mogelijke ingrepen wordt voorgesteld om de patiëntveiligheid te verbeteren, die moeten worden afgewogen in termen van kosten, baten en complementariteit. De punten in de vragenlijst zijn grotendeels overgenomen uit de op 02.03.2017 gepubliceerde OESO-studie "The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level"¹⁰

2.1.3 Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)

Op 5 mei 2017 werden er twee nieuwe verordeningen met betrekking tot medische hulpmiddelen (MD) en medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (IVD) gepubliceerd in het Publicatieblad van de Europese Unie. Deze verordeningen traden in werking op 25.05.2017, maar er is een overgangperiode van 3 jaar voorzien voor MD 's en van 5 jaar voor IVD 's. Het doel van deze twee verordeningen is het updaten van de huidige wetgeving, om in te spelen op de toenemende innovatie in de sector, enerzijds, en om te waarborgen dat patiënten in Europa kunnen beschikken over veilige producten, anderzijds. De nieuwe wetgeving focust op een versterkte controle op de producten vóór ze in de handel komen en op een strenger toezicht eens ze in de handel zijn. Daarnaast werd ook werk gemaakt van een betere traceerbaarheid van medische hulpmiddelen, zodat gebrekkige producten sneller kunnen worden teruggeroepen en namaakproducten kunnen worden geweerd. De nieuwe verordening voert namelijk een systeem van unieke hulpmiddelenidentificatie in.

Deze nieuwe reglementering werd uitvoerig toegelicht ter gelegenheid van twee informatiesessies¹¹ georganiseerd door het FAGG, waaraan respectievelijk Mevr. Fanny VANDAMME heeft deelgenomen op 23.05.2017 en Dr Alin DEROM en ondergetekende als klinisch biologen op 13.06.2017.

In België staat het FAGG als bevoegde autoriteit in voor het verzekeren van de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van geneesmiddelen en gezondheidsproducten. Op het vlak van productie en distributie levert het FAGG vergunningen af en controleert het de conformiteit van de geneesmiddelen en de gezondheidsproducten met de van kracht zijnde reglementering op het gebied van fabricageactiviteiten, distributie, aflevering, invoer en uitvoer. Het controleert ook de artsensjbereidkunde (apotheken) en bestrijdt de illegale praktijken.

Om op de Belgische markt te mogen worden verkocht, moeten alle medische hulpmiddelen verplicht een CE-markering dragen. Deze CE-markering geeft aan dat het product aan de wetgeving van de Europese Unie en aan de essentiële eisen inzake veiligheid en doeltreffendheid voldoet. Deze markering betekent ook dat het product op de Europese markt vrij mag circuleren.

In dit kader werd er door Dhr. Cederic DEWEVER, inspecteur medische hulpmiddelen van het FAGG, contact opgenomen met Mevr. Fanny VANDAMME. Op een zitting van het FAGG op 08.05.2017, waar alle Nederlandstalige en Franstalige inspecteurs van de cel 'Hospitaalofficina/Depot gezondheidszorgbeoefenaars' aan deelnamen, vernamen Mevr. Fanny VANDAMME en Prof. Constantinus POLITIS de intenties van het FAGG. Na een inspectieprogramma bij de tandartsen wenste

⁹ Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

¹⁰ <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>.

¹¹ 'Recast van medische hulpmiddelen'

het FAGG zijn actieradius uit te breiden naar de stomatologen en MKA-chirurgen¹², maar eerst wenste het agentschap overleg met de sector. Een analoge vergadering met vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor oftalmologen was gepland op 15 juni 2017, maar moest wegens onvoorziene agendaproblemen afgelast worden. Mevr. Awatif JEBARI van het FAGG heeft evenwel ter gelegenheid van de symposium van de oftalmologen van 23.11.2017 een omstandige uiteenzetting gegeven omtrent o.m. het verloop van de controles.

Een uitgebreide delegatie van het FAGG werd door Prof. Constantinus POLITIS uitgenodigd om het chirurgisch dagziekenhuis van UZ Leuven Sint-Rafael te bezoeken. Dit bezoek verliep heel positief.

Hierbij werden de gebruikte producten nagezien op CE-markering, vervaldatum, herkomst, verpakking en informatie op de verpakking. Daarnaast werd zeer gedetailleerd ingegaan op de sterilisatieprocedures en hygiënemaatregelen hoofdzakelijk van het instrumentarium. Het FAGG is duidelijk deskundig en zeer goed op de hoogte van de gebruikte materialen in mondheeskundige praktijken. Vanuit deze ervaring kan het FAGG, naast een zuiver controlerende functie, ook een adviserende, constructieve rol hebben tegenover de practicus m.b.t. praktijkelementen die opgenomen kunnen worden in een verbetertraject. In het bijzonder worden tijdens de controle botssubstituten beoogd, die tegenwoordig soms vanuit dubieuze herkomst worden geïmporteerd. Het is dan ook in het belang van de patiënten dat dergelijke malafide importproducten worden opgespoord en verwijderd uit de Europese markt.

2.1.4 Mdeon – Betransparant.be¹³

De algemene vergadering van Mdeon gepland voor 11 december 2017 en de daaraan gekoppelde informatiesessie over de “Sunshine Act” werd te elfder ure afgelast. Hevige sneeuwval had het verkeer reeds de ganse dag in de war gestuurd en het was niet verantwoord om de deelnemers de 1200 km file te doen trotseren.

De discussies omtrent de zogenaamde V1 bis visumaanvragen zijn nog steeds niet tot een conclusie gekomen.¹⁴ Deze discussie was in 2016 opgelaaid ingevolge de beslissing door Eucomed, de Europese koepelorganisatie voor medische hulpmiddelen, om geen sponsoring meer toe te kennen aan activiteiten voor individuele zorgbeoefenaars maar alleen nog aan een wetenschappelijke organisatie, een dienst of een ziekenhuis. Het FAGG¹⁵, daarin bijgetreden door het VBS en de BVAS, blijven gekant tegen deze vorm van visumaanvraag. De transparantie is volledig zoek in dergelijke formule. Dit dossier zal ongetwijfeld nog voor veel discussie zorgen binnen Mdeon. Voor de volledigheid moet aangestipt worden dat BeMedTech¹⁶, het Belgische lid van Eucomed, ook niet onverdeeld gelukkig met de beslissing van haar Europese koepelorganisatie om de individuele sponsoring te verbannen. BeMedTech is echter verplicht om zich te scharen achter de beslissing genomen op Europees niveau.

Ondertussen bestaat in België de wettelijke transparantieplicht die farmaceutische bedrijven en bedrijven van en medische hulpmiddelen, zowel Belgische als buitenlandse, oplegt om premies en voordelen die zij vanaf 01.01.2017 rechtstreeks of onrechtstreeks toekennen aan gezondheidszorgbeoefenaars, organisaties in de gezondheidszorgsector of patiëntenverenigingen, te documenteren en jaarlijks openbaar te maken op het platform betransparant.be.

Dit is het gevolg van het KB van 14 juni 2017¹⁷ dat uitvoering geeft aan de bepaling van de Sunshine Act die werd ingevoerd bij wet van 18 december 2016¹⁸

¹² Stomatologie, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie

¹³ www.betransparant.be

¹⁴ Cf. omstandige uitzetting van de voorgeschiedenis: VBS-jaarverslag 2016. “Disruptieve gezondheidszorg” punt 2.1.4 pag.18

¹⁵ Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten

¹⁶ BeMedTech was vroeger bekend onder de naam Unamec.

¹⁷ B.S. 23.06.2017

¹⁸ Wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, B.S. 27.12.2016. (B.S. 27.12.2016).

Sinds de publicatie van deze gegevens een wettelijke basis heeft in de Sunshine Act kan vb. een arts die meegewerkt heeft aan een klinische studie of die, gesponsord door een farmaceutisch bedrijf, een voordracht houdt in het buitenland, zich niet langer verzetten tegen de publicatie van die gegevens zoals dat voorheen wel mogelijk was. De eerste publicatie van die informatie op basis van de Sunshine Act zal gebeuren in juni 2018 voor de premies en voordelen die in 2017 werden toegekend. De gegevens blijven gedurende 3 jaar publiek toegankelijk.

Mdeon werd voor onbepaalde tijd erkend om de door de Sunshine Act aan het FAGG toevertrouwde opdrachten uit te voeren¹⁹

2.1.5 De Hoge Raad van Artsen-specialisten en huisartsen

De opvolging van de werkzaamheden van de Hoge Raad van Artsen-specialisten en huisartsen zit als het ware in de genen van het VBS gebakken. Een jaarverslag van ondergetekende zonder een hoofdstuk gewijd aan de activiteiten in de Hoge Raad is zoals een taart zonder kers erop. Her en der in het jaarverslag werd reeds verwezen naar sommige gespreksonderwerpen binnen de Hoge Raad, zoals de dubbele cohort²⁰, de klinisch geneticus²¹, en zo voort.

De plenaire vergadering van de Hoge Raad is vijfmaal bijeengekomen: 23.02.2017, 16.03.2017, 15.06.2017, 12.10.2017 en 14.12.2017. De agenda van de plenaire vergaderingen worden voorbereid in het Bureau van de Hoge Raad dat in de regel een maand voor de plenaire vergadering bijeenkomt.

Een steeds terugkerende kerend agendapunt betrof de dubbele cohort in 2018 en de mogelijke pistes om het aantal stageplaatsen uit te breiden. Om in de periode van de dubbele cohort bijkomende stagemogelijkheden te bieden aan de ASO 's werd, tegen het advies van de Hoge Raad in, de minimale activiteitsdrempel vastgelegd op 50 % gedurende de volledige opleiding²². De Hoge Raad had zich akkoord verklaard met een deeltijdse opleiding gedurende een beperkte periode van de opleiding²³.

Dit besluit stapt eveneens af van de verplichting om minstens 1/3 van de opleiding in een niet-universitair of universitair ziekenhuis te doorlopen. Onder druk van de universiteiten laat minister Maggie DE BLOCK de verhouding 1/3^{de} - 2/3^{den} varen. De universitaire ziekenhuizen argumenteerden dat het tijdens de periode van de dubbele cohort voor hen niet mogelijk was om voor de snijdende disciplines te garanderen dat minstens 1/3^{de} van de opleiding in een universitaire stagedienst kon worden doorlopen. Tijdens de vergadering van 23 februari 2017 had de Hoge Raad ermee ingestemd om tijdens de duur van de dubbele cohort de verhouding 1/3^{de} - 2/3^{den} op een soepele manier te beoordelen. Het MB van 06.10.2017 bepaalt evenwel dat wat betreft de stages die in een ziekenhuis worden doorlopen, minimum 12 maanden moeten plaatsvinden in een ziekenhuis dat is aangewezen als universitair ziekenhuis en 12 maanden in een ziekenhuis dat niet is aangewezen als een universitaire ziekenhuis. De door Maggie DE BLOCK doorgevoerde wijziging is spijtig genoeg niet beperkt in de tijd. Voor de huisartsen werd die periode wel omschreven, namelijk van 2018 tot en met 2024²⁴. De niet-universitaire stagemeeesters van de niet-snijdende en medisch-technische disciplines vrezen dat op deze manier de ASO 's opnieuw langer binnen de universitaire ziekenhuizen zullen worden gehouden.

Een van de essentiële opdrachten van de Hoge Raad bestaat in de actualisering van de erkenningscriteria van de verschillende specialismen ten einde de meest adequate en kwaliteitsvolle opleiding voor de ASO 's te garanderen. De voorbereidende werkzaamheden vinden plaats in ad-hoc

¹⁹ KB van 31.07.2017 tot erkenning van de organisatie bedoeld in artikel 44, § 1, van de wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. 22.08.2017).

²⁰ Cf. punt 4.4. Dubbele cohort

²¹ Cf. punt 4.6 Euthanasie

²² MB van 06.10.2017 tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (BS 31.10.2017)

²³ Cf. punt 4.4. Dubbele cohort

²⁴ Artikel 2/1 van het MB van 06.10.2017 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen (B.S. 31.10.2017).

wergroepen bestaande uit leden van de desbetreffende erkenningscommissies in samenwerking met leden van de Hoge Raad. Sinds 2014 heeft de Hoge Raad adviezen uitgebracht over niet minder dan 15 niveau 2-titels en 11 adviezen over niveau 3-titels²⁵. Tot vandaag heeft dat vele werk nog maar aanleiding gegeven tot de publicatie van de geactualiseerde erkenningscriteria voor slechts drie disciplines: dermatologie²⁶, forensische psychiatrie²⁷ en klinische genetica²⁸. De adviezen verstrekt door de Hoge Raad voor sommige specialismen zijn reeds ettelijke jaren oud, in die mate dat het niet meer mogelijk is om op basis van de destijds uitgebrachte adviezen nieuwe criteria te publiceren wegens al voorbijgestreefd. Het werd een zinloze sisyfusarbeid. De geplande tweede vergadering om te komen tot de herziening van de discipline van ondergetekende, de klinische biologie, werd om die reden sine die verdaagd.

De hoogdringendheid van deze problematiek werd tijdens de vergadering van de Hoge Raad van 17.12.2017 nogmaals extra in de verf gezet naar aanleiding van een concreet actueel voorbeeld. De erkenningscriteria voor de neurologie²⁹ voorzien in de verplichte vorming van één jaar in een dienst klinische psychiatrie. Deze verplichting werd sinds lang op federaal vlak niet meer strikt toegepast, maar de Gemeenschappen stellen met recht en rede vast dat dit strijdig is met de reglementering. De Hoge Raad werd uitgenodigd om bij hoogdringendheid, in afwachting van de publicatie van een grondige herziening van de erkenningscriteria, een advies te verlenen m.b.t. een minimale wijziging van de erkenningscriteria waarbij de verplichte opleiding in de klinische psychiatrie voor de neurologen werd afgezwakt naar een facultatieve opleiding in deze discipline.

Ook de werkgroep Specialisten van de Hoge Raad die zich buigt over de aanvragen voor erkenning van de stagemeeesters, waar ondergetekende lid van is, moet de criteria met de nodige creativiteit hanteren. Welke stagemeeester in de oftalmologie of de NKO-geneeskunde³⁰ kan bij voorbeeld nog beschikken over het vereiste aantal bedden? Of wat te doen als men kennis heeft van door de Hoge Raad goedgekeurde geactualiseerde criteria (die echter nog altijd niet werden gepubliceerd) en een kandidaat stagemeeester voldoet aan deze 21-eeuwse criteria maar niet aan de criteria die dateren van eind de jaren 70 van de vorige eeuw? Een onaangename en onhoudbare situatie. Op de reuzewerven die minister DE BLOCK heeft opgezet zijn ook het klein onderhoudsmateriaal en de smeerolie van groot belang om de zaak draaiende te houden.

2.2 Buitenlandse vertegenwoordiging

Dat de Europese regelgeving steeds een grotere invloed heeft op de dagelijkse medische praktijk hoeft geen betoog meer. In 2018 wordt dit ten overvloede bewezen door de inwerkingtreding op 25 mei 2018 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR). Deze verordening is overigens het centrale thema van het jaarlijkse VBS-symposium, dat plaatsvindt op 3 februari 2018. De Europese richtlijn 2013/59/Euratom van de Raad van 5 december 2013 tot vaststelling van de basisnormen voor de bescherming tegen de gevaren verbonden aan de blootstelling aan ioniserende straling en houdende de intrekking van de Richtlijnen 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom en 2003/122/Euratom is een tweede voorbeeld.

²⁵ KB van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (B.S. 14.03.1992).

²⁶ MB van 04.10.2016 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten dermato-venereologie (B.S. 25.10.2016)

²⁷ MB van 28.10.2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeeesters en stagedienst (B.S. 10.11.2016)

²⁸ MB van 23.05.2017 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten klinische genetica (B.S.31.05.2017)

²⁹ MB van 29.07.1987 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteiten van de neurologie en de psychiatrie (B.S.12.08.1987)

³⁰ 20 bedden

De GDPR-verordening vindt onmiddellijk uitvoering in de hele Europese Unie. De Euratom-richtlijn moet door de verschillende lidstaten omgezet worden in nationale wetgeving. Het FANC heeft daarom in de loop van 2017 een bevraging gedaan van de stakeholders³¹.

Het VBS wordt in de Europese medische organisaties vertegenwoordigd door Dr. Bernard MAILLET, penningmeester van het VBS. Op Europees vlak cumuleert Dr. B. MAILLET de functies van penningmeester van de UEMS met het ondervoorzitterschap van de CPME, waar hij zetelt op voordracht van de BVAS³². Namens het VBS is hij tevens Belgisch delegatiehoofd bij FEMS. Hij is ten slotte ook lid van de delegatie van de WMA³³ namens de BVAS. Op die manier houdt het VBS de vinger aan de pols van wat er in Europa en in de wereld gebeurt.

2.2.1 Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS)

De vergadering van de UEMS verlopen voor de insiders volgens een welbekend schema. Jaarlijks vinden er twee vergaderingen plaats van de Council, twee van de CESMA³⁴ en één van de Advisory Council for CME³⁵.

Traditioneel vindt de lentevergadering van de council plaats in Brussel en wordt de herfstvergadering door een van de nationale lidorganisaties van de UEMS georganiseerd. Zoals in mijn jaarrapport over 2016 vermeld, werd de lentevergadering van de Council afgelast wegens de aanslagen van 22 maart 2016 in Zaventem en Maalbeek en uitgesteld tot oktober 2016, eveneens in Brussel. De lentevergadering 2017 van de Council in Tel Aviv zal in de analen geboekt staan als de eerste vergadering van de Council georganiseerd door een geassocieerd lid buiten de EU. Organisatorisch is deze vergadering van de Council heel vlot verlopen. Ondanks de afstand en de locatie waren veel afgevaardigden aanwezig en dit zowel van de nationale lidorganisaties als van de Secties.

De specialistische Secties van de UEMS spelen een belangrijke rol in de organisatie, maar hadden tot nog toe niet veel inspraak in de beslissingen. In 2016 werd de basis gelegd voor een nieuw organisatiemodel. Tijdens de vergadering in Tel Aviv werd een wijziging aan het ROP³⁶ gefinaliseerd en goedgekeurd. De 43 Secties worden ingedeeld in drie groupings, t.t.z. interne geneeskunde, heelkunde en andere. Elke grouping verkiest formeel een voorzitter en een secretaris. De voorzitter van elk van de drie groupings wordt lid van de Extended Executive Committee. De voorzitters van de 43 Secties vormen de Advisory Board en vergaderen daags voor de UEMS Council. De dossiers die de secties aangaan, worden er besproken en een adviserende stem wordt uitgebracht. Op deze manier wordt het duidelijk voor de afgevaardigden van de nationale lidorganisaties hoe de Secties denken over deze thema's.

Samen met een vertegenwoordiger van de British Medical Association (BMA) werd eveneens de nodige aandacht besteed aan de status van de UK in de UEMS na de Brexit. Binnen de UEMS zou dit niet tot onoverkomelijke problemen moeten leiden. De UEMS telt immers naast de lidorganisaties die een lid van de EU vertegenwoordigen ook lidorganisaties die deel uit maken van de Europese Commissie Area, zoals bijvoorbeeld Zwitserland en de waarnemers. Het is belangrijk dat de artsen uit de UK verder kunnen deelnemen aan de UEMS-activiteiten. In vele EU-lidstaten worden dikwijls de Britse guidelines toegepast, die garant staan voor kwaliteit. Guidelines zijn jammer genoeg nog iets anders dan de zorg die aan patiënten wordt verstrekt. Meer dan ooit en eens te meer staat de National Health Service (NHS) onder druk. De NHS kan de toestroom van de patiënten niet aan en de Britse ziekenhuizen kampen sinds eind 2017 met een crisis zonder voorgaande³⁷.

³¹ Zie meer onder punt 1.3.4.

³² Belgische Vereniging van Artsensyndicaten

³³ World Medical Association

³⁴ Council for European Speciality Medical Assessment

³⁵ Continuing medical education

³⁶ Rules of procedure

³⁷ "Heupoperatie? Kom in februari eens terg". De Standaard, 08.01.2018.

De UK staat de komende jaren nog voor een veel grotere uitdaging. Veel niet-Britse collega's, specialisten en huisartsen, werkzaam in de UK gaan binnen afzienbare tijd met pensioen of hun contract komt ten einde. 10 % van de artsen zijn afkomstig van binnen de Europese unie. Velen overwegen om terug te keren naar hun thuisland terwijl 10 % van de openstaande vacatures voor artsen niet ingevuld raken³⁸. Indien ook de verpleegkundigen – 7 % is afkomstig uit EU-landen - massaal terugkeren naar hun geboorteland en indien ze niet tijdig kunnen vervangen worden door nieuwe krachten, dan dreigt een catastrofe voor de Britse patiënten. Dit is niet denkbeeldig want sinds de Brexit werd gestemd, viel het aantal Europese kandidaat-verpleegkundigen met liefst 96 % terug³⁹.

De nieuwe regels voor de organisatie van de UEMS Council werden tijdens de herfstvergadering voor het eerst toegepast. Deze vergadering duurde trouwens uitzonderlijk drie dagen lang, van donderdag 19 tot zaterdag 21 oktober 2017. Ze begon met een gezamenlijke vergadering van de UEMS Secties en Boards met hun respectievelijke Europese wetenschappelijke verenigingen (European Scientific Societies) om er te spreken over gezamenlijke aandachtspunten, zoals de harmonisatie van de opleiding in de diverse specialismen, de Europese examens en de accreditering. Deze vergadering was een groot succes en de eindconclusie was voor alle topics hetzelfde: 'collaboration'. Samenwerking is de sleutel tot een succesvol partnerschap tussen de wetenschappelijke verenigingen (ESS⁴⁰) en de UEMS Secties en Boards.

In 2017 werden de European Training Requirements (ETR) voor de volgende disciplines goedgekeurd: inwendige geneeskunde, neurologie, pijngeneeskunde, laboratoriumgeneeskunde, nucleaire geneeskunde, psychiatrie, klinische genetica en gastro-enterologie.

2.2.2 Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA)⁴¹

De CESMA vierde in 2017 zijn 10-jarig bestaan en trok daarom op 6 en 7 mei 2017 voor zijn lentevergadering opnieuw naar Glasgow, waar de CESMA ooit begon. Een tweede vergadering vond plaats in Brussel op 7-8 december 2017 in het Domus Medica Europea. De workshops waren gewijd aan de organisatie van examens, de logistiek en hoe dit idealiter zou georganiseerd worden. In deze workshops wordt er getracht om een eenvormig antwoord te formuleren op de relevante vragen. Uit de vergadering van 3 oktober 2017 van de Belgische vertegenwoordigers in de UEMS-secties bleek duidelijk dat alle Secties met gelijkaardige vragen zitten. Voorlopig heeft iedere sectie, bij gebrek aan uniforme afspraken, een eigen aanpak. Als het Europese examen een kwaliteitslabel wil verdienen moeten er in de toekomst duidelijke minimale afspraken gemaakt worden die door alle secties moeten worden gewaarborgd.

2.2.3 European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME 2.0)

Het in 2016 goedgekeurd gemoderniseerde EACCME 2.0-project werd uitgerold in 2017⁴². EACCME 2.0 was het antwoord van de UEMS op de nood aan een upgrade van het systeem van accrediteringsaanvraag, evaluatie en accreditering van educatieve evenementen, zodat de CME moderner, gebruikersvriendelijker, efficiënter en inclusiever zou worden. De CME zou ook een bredere waaier van evenementen moeten omvatten, met inbegrip van kleine maar uitstekende evenementen, en geavanceerde manieren om medische educatie en opleiding te verstrekken.

De learning tools worden uitgebreid van live events en e-learning tot learning platforms.

³⁸ "Refugee doctors set to fill NHS staff shortages". The Independent, 06.09.2017.

³⁹ "Britain pays dearly for the shortfall in doctors". Financial Times, 31.08.2017.

⁴⁰ ESS : European Scientific Societies

⁴¹ Zie voor een beschrijving van de activiteiten van de CESMA het VBS-jaarverslag 2016 'Disruptieve gezondheidszorg', punt 2.2.2. p. 23.

⁴² Zie voor een ruime beschrijving van het EACCME 2.0 project het VBS-jaarverslag 2016 'Disruptieve gezondheidszorg', punt 2.2.3. p. 24.

Het EACCME 2.0 project moet evenwel constant evolueren en verbeterd worden. Daartoe werden 4 werkgroepen gecreëerd:

Groep 1: Uitbreiding van de erkenning van beroepskwalificaties

Groep 2: Ontwikkeling van een opleidingsmodule voor evaluatoren

Groep 3: Samenwerking met andere zorgprofessionals

Groep 4: Bekendmakingsformulier van eventuele belangenconflicten, van de geaccrediteerde programma's en van de betrokkenheid van de industrie

Ook de reikwijdte van EACCME wordt uitgebreid naar de deelnemers toe en blijft niet meer beperkt tot enkel de artsen-specialisten..Het is zeker niet de bedoeling om via EACCME de bijscholingsactiviteiten te erkennen van apothekers, tandartsen of verpleegkundigen enz maar om representatieve Europese organisaties van deze beroepen te contacteren en deze onder supervisie van EACCME een vergelijkbaar accrediteringssysteem aan te bieden.

Het aantal events dat geaccrediteerd werd steeg met 2,3 %.

Omwille van een sinds vele jaren aanslepend conflict met EBAC⁴³ werd begin 2017 door de UEMS Executieve beslist om alle bruggen met hen op te blazen. Er werd een alternatieve accrediteringsboard opgestart, de SACC⁴⁴, in nauwe samenwerking met de UEMS Sectie Cardiologie en de ESC⁴⁵. Ondertussen werkt deze nieuwe SACC volledig conform de UEMS-regels.

2.2.4 Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors (FEMS)

Zoals gewoonlijk waren er in 2017 twee vergaderingen voor de FEMS: de lentevergadering in Rotterdam van 12 en 13 mei 2017 en de herfstvergadering in Malaga van . 6 en 7 oktober 2017.

De FEMS concentreert haar activiteiten vooral rond de werktijd en de salarissen. Ze probeert in kaart te brengen hoe bijvoorbeeld de European Working Time Directive in de verschillende lidstaten van de Europese Unie toegepast wordt en hoe de salarissen variëren tussen de lidstaten.

In België is er maar een klein deel van de collega's gesalarieerd en dus is onze inbreng daar eerder beperkt.

2.2.5 Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)

Voorafgaand aan de algemene vergadering van de AEMH d.d. 5 en 6 mei 2017 lichtte Dr. B. MAILLET op de conferentie over eHealth op 4 mei 2017 de standpunten van CPME toe wat betreft de Big Data en de General Data Protection Regulation.

Binnen de AEMH werd een European Board opgericht voor 'Clinical Leadership', dat zich zal toespitsen op bijkomende opleiding en bijscholing van collega's actief in beheersfuncties. Een nauwe samenwerking met de UEMS zou geapprecieerd worden.

⁴³ European Board of Accreditation in Cardiology

⁴⁴ Specialist Accreditation Council for Cardiology

⁴⁵ European Society of Cardiology.

2.2.6 Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)

Ook in 2017 waren er voor de CPME twee vergaderingen, de lentevergadering⁴⁶ in Vilnius (Littouwen) en de herfstvergadering⁴⁷ in Brussel.

Bij aanvang van de vergadering waren de werkgroepen – Professional practice, eHealth, Voeding en fysieke activiteit en Farmaceutische producten – aan zet.

De werkgroepvergadering ‘eHealth’ werd voorgezeten door Dr. Bernard MAILLET. Tijdens de Vilnius CPME-vergadering werd de Taipei Declaration van de WMA aangenomen, die betrekking heeft op de ethische aspecten van databases en biobanken. De eerder opgestelde Helsinki-Declaration van de WMA over dit onderwerp moest immers bijgestuurd en geoptimaliseerd worden beginnend met de interoperabiliteit van de systemen en de privacy regeling. Er werd ook toelichting verschaft over de evoluties binnen de Joint Action to support the eHealth Network (afgekort JaseHN).

Sinds het Brexit-referendum is de toestand van het Verenigd Koninkrijk een vast onderwerp van discussies.

De herfstvergadering van de delegatiehoofden en van de voorzitters van de verschillende NMA's in Brussel werd geopend met een tussenkomst van Xavier PRATS MONNÉ, Directorate-General for Health and Food Safety (DG santé van de EU) over topics die hoog op de agenda staan van het Directoraat-generaal Gezondheid, zoals ‘antimicrobial resistance’, vaccinatie en Health Technology Assessment. De activiteiten van de werkgroepen fysieke activiteit, professional practice, gezondheid van de vluchtelingen en eHealth gingen daarna van start.

De werkgroep eHealth, onder voorzitterschap van Dr. B. MAILLET, werd opgeluisterd met twee interessante voordrachten van enerzijds de Noorse artsenvereniging over de implementatie van de General Data Protection Regulation, en anderzijds van de KNMG⁴⁸ over de onderhandelingen die gaande zijn over de e-Privacy Regulation die binnenkort zal gepubliceerd worden.

Op de algemene vergadering werd door Dr. Rutger Jan VAN DER GAAG een nieuw ‘Ambassadeurschapsprogramma’ voorgesteld. Dat houdt in dat elke ondervoorzitter van de CPME een contactpunt wordt voor een aantal lidstaten, zodat de dossiers op een efficiëntere manier kunnen ingeleid worden binnen de CPME.

Op de novembervergadering van de CPME werd Oekraïne aangenomen als waarnemend lid.

3 Financiering

3.1 Het VBS en de studie over het relatieve gewicht van de nomenclatuur (Prof. M. Pirson-Prof. P. Leclercq)

Het kabinet van minister DE BLOCK heeft de Ecole de Santé Publique van de ULB de opdracht gegeven om een onderzoek te voeren naar de werkbelasting en kostprijs van de prestaties van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De professoren Magalie PIRSON en Pol LECLERCQ (ULB) vroegen het VBS om hen bij te staan in deze wetenschappelijke studie. Kort samengevat gaat het om een studie per medisch specialisme die erop

⁴⁶ datum 07-08.04.2017

⁴⁷ datum 24-25.11.2017

⁴⁸ Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

gericht is om de duur van de in de nomenclatuur beschreven handelingen en hun relatieve gewicht in termen van complexiteit en risico te definiëren.

Het bijzondere aan de studie is dat er gecompartmenteerd gewerkt wordt volgens specialisme. Het is er dus niet om te doen om de acts van het ene specialisme met het andere specialisme te vergelijken. De beroepsverenigingen waren de partners bij uitstek voor dit project. Ze hebben massaal deelgenomen aan dit project. Slechts enkele specialismen uitten, uit argwaan, weerstand.

De voorlopige resultaten worden op 5 februari 2018 gepresenteerd.

Op vraag van voorzitter Jo DE COCK, in de context van de door minister DE BLOCK geplande herziening van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, hadden de professoren Magalie PIRSON en Pol LECLERCQ al een preliminaire uiteenzetting komen geven over hun studiemethode tijdens de vergadering van de medicomut d.d. 02.10.2017. Voorzitter DE COCK inviteerde hen beiden allicht om het evenwicht te bewaren met de voorstellen die Prof. Lieven ANNEMANS (UGent), op vraag van het ASGB⁴⁹, mocht komen geven over hun zienswijze op de herziening van de nomenclatuur (cf. punt 5). Minister DE BLOCK gaf officieel een opdracht aan de professoren Magalie PIRSON en Pol LECLERCQ van de ULB en ook nog aan de KU Leuven. Niet aan Prof. ANNEMANS.

3.2 De MAHA-studie 2017

De MAHA-studie 2017 bevestigt de trends van de studies van 2015 en 2016. In een notendop: het investeringspeil (1,3 miljard euro) blijft belangrijk, maar stabiliseert zich, zeker t.o.v. de 4-5 voorbije jaren. De afgelopen 4 jaar is er voor 5,3 miljard euro aan investeringen gedaan. De verblijfsduur neemt af. Het aantal opnames is licht gestegen. De financiën blijven zorgwekkend. Het BFM en de honoraria stijgen licht. De loonkosten stijgen meer dan de omzet en het saldo van de winst- en verliesrekening bedraagt 0,7 % van deze omzet. Dit is geen heel erg lucratieve balans en laat geen buitenissigheden toe; financiële discipline is nog steeds aan de orde. Eén op de drie ziekenhuizen heeft problemen, één op de acht ziekenhuizen verkeert in ernstige financiële moeilijkheden. Een bron van zorg voor de werkgelegenheid is het overschot aan erkende bedden t.o.v. het aantal gerechtvaardigde (en gefinancierde) bedden.

Uit de analyse van de gegevens vernemen we dat de ziekenhuisreserves zeer aanzienlijk (+14,4 %) blijven. Dat verzacht ietwat het zorgwekkende beeld van de financiële situatie van de ziekenhuizen. De solvabiliteit verbeterde (22,9 %) en de schuldgraad stabiliseerde zich op 35,9 %. De omzet groeide met 2,3 %, maar de loonmassa steeg met 2,7 %. De brutomarge van de ziekenhuizen gaat van 6.806 miljoen naar 6.960 miljoen euro, ofwel 2,3 % meer. De loonuitgaven stegen, bij een groei van 1,9 % van het FTE, echter met 2,8 %. Dit betekent dat we bij een omzet van 13.729 miljoen een stijging zien van 2,3 % ten opzichte van 2015. De nettowinst daalt van 178 miljoen in 2015 (1,3 % van de omzet) naar 156 miljoen. Dat is nog 1,1 % van de omzet, of een daling met 12,3 % ten opzichte van 2015. De winst uit de resultatenrekening blijft laag en bedraagt 0,7 %. Met andere woorden, er is een zuurstoftekort in de ziekenhuisrekeningen. Met een financiering die gekoppeld is aan activiteit en verblijfsduur, een loonsom die sneller stijgt dan de omzet en een winstmarge die daalt, happen de ziekenhuizen naar adem. Er zijn nog de reserves... maar eens je op reserve rijdt, raak je niet ver meer.

De honoraria stegen met 93 miljoen euro tot 5.705 miljoeneuro, een groei van 1,7%, en de afdracht van honoraria groeide met 2 %, of 3.528 miljoen euro tegenover 3.457 miljoen in 2015. We doen dus afstand van 38,16 % van onze honoraria, tegenover 38,14 % in 2015. Doordat de afdracht van honoraria steeg, kwam een deel van de stijging van 1,7 % van onze honoraria terecht bij de ziekenhuizen. Deze som van afgestane honoraria van 5.705 -3.528 = 2.177 miljoen euro vormt 42 % van het BFM van 5.179 miljoen euro. Als we daar nog aan toevoegen dat de artsen, naast de inhoudingen op hun honoraria, ook nog

⁴⁹ Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België.

op persoonlijke titel investeren, zien we dat hun rol in de financiering van de ziekenhuizen nog steeds belangrijk is. Grosso modo voegen ze 42 % toe aan het BFM en vormen ze de reddingsboei in geval van financiële moeilijkheden van het ziekenhuis.

Op financieel vlak is de balans niet erg bemoedigend. 30 % van de ziekenhuizen is verlieslatend en 12 % heeft niet genoeg cashflow om de dagelijkse uitgaven te dekken.

In termen van activiteit daalde de gemiddelde verblijfsduur van 5,2 in 2014 tot 5,0 in 2015 en tot 4,9 dagen in 2016. Dit bevestigt de trend van een toenemende activiteit met kortere verblijven. Het aantal opnames steeg van 1.412.841 in 2014 naar 1.426.175 in 2015, naar 1.442.785 in 2016, ofwel +2,1 %. Deze cijfers moeten echter worden genuanceerd. De activiteit stijgt vooral voor de diensten G (+8,3 %), I (+8,2 %), Sp (+13,4 %), MIC en NIC (+13,2 %). In de CD-diensten (chirurgie-diagnose) bedraagt de stijging slechts 1,9 %. Als we deze cijfers vergelijken met de verblijfsduur en de hospitalisatiedagen, wijzen de indicatoren in een andere richting. Dan komen we tot: CD -4 %, E (pediatrie) -2,8 %, G (geriatrie) +3,8 %, I (intensieve zorg) +8,2 %, M (materniteit) -17,7 %, MIC NIC (intensieve zorg materniteit en neonatologie) -1,2 %, Sp +8 % en A (psychiatrie) +3,7 %. Daarnaast bedroeg de bezettingsgraad van de C- en D-bedden 66,2 % in 2014, 66,8 % in 2015, en 67,8 % in 2016. Deze bezettingsgraad ligt onder de 70 %-norm. Het aantal erkende bedden daalde van 21.327 in 2014 tot 19.981 in 2016, of -6,3 %. Ondanks de sluiting van bedden en de omvorming naar G- en Sp-bedden blijven de C- en D-indices onder de 70 %. Dit betekent dat we te veel (niet-gerechtvaardigde) acute bedden hebben in geneeskunde, kindergeneeskunde, materniteit en heelkunde. Aan de andere kant ligt de toekomst van de ziekenhuizen in de geriatrie en de revalidatie- of Sp-bedden.

De MAHA-studie schetst een beeld van de rendabiliteit van onze ziekenhuizen. Ze bevestigt de financiële moeilijkheden en risico's die er bestaan. Ze bevestigt de noodzaak om bedden te sluiten in geneeskunde, chirurgie en kindergeneeskunde. Aan de andere kant is onze toekomst ambulante zorg, geriatrie, Sp-diensten en langverblijf in C en D.

4 Politiek

4.1 Algemeen

Sinds ik mijn VBS-jaarverslagen startte in 1990 – maar ook in het 186-jarig bestaan van het Belgisch Staatsblad – is het de derde keer dat de kaap van 100.000 pagina's wordt overschreden. Het gebeurde al eens in 2013, met 104.172 pagina's en eens in 2014, met 107.270 bladzijden. De realiteit overschrijdt altijd de fictie: de passage van 99.999^{ste} naar 100.000^{ste} pagina viel op 22 november, mijn verjaardag. Op 29.12.2017, laatste werkdag van 2017, klokte de teller af op 117.002: een verhoging met 9,1 % tegenover het topjaar 2014; een toename met 26,8 % tegenover vorig jaar 2016; en 5,41 keer meer pagina's als we de cumulatieve stijging bekijken tegenover het startjaar 1990 van mijn jaarverslagen (cf. tabel 1).

Jaargang	Aantal pagina's Belgisch Staatsblad	Groei t.o.v. vorig jaar (%)	Cumulatieve stijging 1989 = 100
1989	21.634	-	100,0
1990	24.732	+14,3	114,3
1991	30.176	+8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+5,0	136,9
1994	32.922	+11,2	152,2
1995	37.458	+13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+8,6	164,1
1998	42.444	+19,5	196,2
1999	50.560	+19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+5,1	211,6
2002	59.196	+29,3	273,6
2003	62.806	+6,1	290,3
2004	87.430	+39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+32,4	353,5
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+4,63	320,6
2009	83.000	+19,7	383,7
2010	83.678	+0,8	386,8
2011	81.964	-2,05	378,9
2012	89.084	+8,7	411,8
2013	104.172	+16,94	481,5
2014	107.270	+2,97	495,8
2015	82.000	-23,6	379,0
2016	92.250	+12,5	426,6
2017	117.002	+26,8	540,8

Tabel 1

Het Belgisch Staatsblad nam in januari 2017 een vliegende start. De meest lijvige tekst van 2017 verscheen op 23 januari, met name de wet van 13 mei 2015 waarmee België instemde met de associatieovereenkomst tussen de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie enerzijds en Oekraïne anderzijds⁵⁰. Deze knaller van 6.828 pagina's is niet afkomstig van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, noch van de FOD Sociale Zekerheid, maar van de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking.

Zelfs als we voormelde wet niet meerekenen, en bovendien ook de 2.326 pagina's van het monster-KB over het vervoer van gevaarlijke stoffen over het spoor⁵¹ buiten beschouwing laten, blijft de jaargang 2017 de dikste turf die het Belgisch Staatsblad ooit publiceerde: 107.848 pagina's of 578 bladzijden meer dan de jaargang 2014.

Zeldzaam waren de dagen in 2017 dat er niets in het Belgisch Staatsblad te melden viel in verband met de medische praktijkvoering.

De federale regering heeft het niet onder de markt en verdient voluit haar omschrijving in de Vlaamse media als "kibbelkabinet": de taxshift, Arco, de terreurdreiging, de indexsprong, de pensioenhervorming, de asielcrisis, de begrotingscontrole, de armoedebestrijding, het klimaat, de

⁵⁰ Wet van 13.05.2015 houdende instemming met de Associatieovereenkomst tussen de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie en hun lidstaten, enerzijds, en Oekraïne, anderzijds, gedaan te Brussel op 21 maart 2014 en op 27 juni 2014 (BS 23.01.2017, Ed. 2, bl. 5708).

⁵¹ K. B. van 02.11.2017 betreffende het vervoer van gevaarlijke goederen per spoor, met uitzondering van ontplofbare en radioactieve stoffen (BS 27.11.2017; Ed. 1)

vennootschapsbelasting, vermogenstaks en zoveel dagelijkse kost meer. Sterrenkeukenkost diende BRUNEAU midden december 2017 op aan minister Didier REYNDEERS en zijn politieke rechterhand Jean-Claude FONTINOY, N-VA-voorzitter Bart DE WEVER, N-VA-vicepremier Jan JAMBON en zijn kabinetschef Joy DONNÉ, de MR-N-VA-as die regering draaiende houdt⁵². Achter de rug van premier Charles MICHEL besliste het select gezelschap dat vervroegde verkiezingen en een val van de regering toch niet zo'n goed idee was. Deze BRUNEAU bis⁵³ verklaart allicht een aantal politieke feiten die de geloofwaardigheid van Charles MICHEL hebben aangetast⁵⁴, zoals de saga van de Soedankwestie met Theo FRANCKEN (N-VA, staatssecretaris voor asiel en migratie) en het niet kunnen afsluiten van het Energiepact als gevolg van de weigering tot sluiting van de kerncentrales door N-VA-voorzitter en burgemeester van Antwerpen, Bart DE WEVER.

In Wallonië zorgt het Publifin-schandaal ervoor dat de PS een partij wordt waar cdH niet meer wil mee omgaan, "infréquentable", zeker niet wanneer in Brussel de affaire SamuSocial aan het licht komt en PS-kopstuk Yvan MAYEUR moet ontslag nemen als Brussels burgemeester⁵⁵. In Wallonië slaat cdH de deur toe en vliegen de socialisten uit de Waalse gewestregering. Waals cdH-minister van Volksgezondheid, Maxime PRÉVOT, wordt vervangen door Alda GREOLI, voordien en sinds september 2016 nationaal secretaris van de Christelijke mutualiteiten. De plotse uitstap van de cdH uit de Waalse coalitie met PS vertraagt een reeks op stapel staande gezondheidzorgprojecten⁵⁶. Het is de eerste Waalse regering in 30 jaar zonder PS⁵⁷; een prestatie klaargespeeld door MR-voorzitter Olivier CHASTEL en cdH-voorzitter Benoit LUTGEN⁵⁸. De Waalse regeringsverklaring laat zich samenvatten als: "*Passer d'une Wallonie de l'assistanat à une Wallonie plus entreprenante*"^{59,60}.

Midden in de verlofperiode zorgden de Fipronil-eieren voor bladvuus in de kranten en voor enkele mediatieke optredens van prof. Jan TYTGAT, toxicoloog KU Leuven. De sp.a poogde er een politieke crisis van te maken, een late revanche voor de dioxinecrisis van 1999, die toenmalig minister Marcel COLLA de kop kostte⁶¹, maar er was geen animo voor. De regeringscommissaris die in 1999 de dioxine crisis moest oplossen, Freddy WILLOCKX (sp.a) beschuldigde het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen (FAVV) dat er van alles misloopt⁶². Het FAVV staat onder voogdij van de minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke integratie, Willy BORSUS (MR)⁶³. Maar dit eitje werd in de kiem gesmoord.

4.2 Regeren kost populariteit

Eind januari 2017 reageerde minister DE BLOCK boos in interviews. Niet omdat haar populariteit taande. Ze moest onder druk van de regering immers harde besparingsmaatregelen in de gezondheidssector doorvoeren. Zij schraapte 902 miljoen euro bijeen, zowel bij de zorgverstrekkers (niet- of gedeeltelijke indexering) als bij de patiënten (niet-terugbetaling van neussprays en remgeldverhogingen op maagzuursecretieremmers en op antibiotica)⁶⁴. Haar boosheid werd veroorzaakt omdat ze van oordeel was dat de oppositie de bevolking foute informatie inlepelde. Ze verdedigde het solidaire Belgische gezondheidszorgsysteem en counterde de klagende artsen die ± 252 miljoen euro moesten inleveren

⁵² "Het etentje dat premier Michel zwaar op de maag lag". De Standaard, 25.01.2018.

⁵³ In 2010 ontmoetten de MR- en de N-VA-top er elkaar bij een discrete aanloop tot de huidige kamikaze regering.

⁵⁴ "Geloofwaardigheid Michel als premier staat op spel". De Standaard, 02.01.2018.

⁵⁵ "Pressions et intimidations enfonce Samusocial". L'Echo, 13.07.2017.

⁵⁶ "La machine à l'arrêt". Journal du Médecin, 23.06.2017.

⁵⁷ "Einde aan 30 jaar PS-heerschappij in Wallonië". De Tijd, 28.07.2017.

⁵⁸ "En de Waal? Hij wordt liberaal". De Standaard, 26.07.2017.

⁵⁹ RTBF 25.07.2017.

⁶⁰ "Opinie". Het Laatste Nieuws, 26.07.2017.

⁶¹ "Colour blind under the rainbow". VBS- Jaarverslag 1999, 05.02.2000. Hoofdstuk I, "De kip en het ei: een politieke aardverschuiving". Dr. M. Moens.

⁶² "Als De Block dit wist, moest ze haar politiek verantwoordelijkheid nemen". De Morgen, 08.08.2017.

⁶³ "La crise des œufs contaminés prend un tour politique". La Libre Belgique, 07.08.2017.

⁶⁴ "Er zit sleet op het merk Maggie". Het Laatste Nieuws, 24.01.2017

in 2017 met volgende uitsmijter: *“Als ik de armoedestatistieken bekijk, heb ik daar nog maar weinig artsen in gevonden”*⁶⁵. Er zit dus nog geen sleet op de formule van ongedwongen volksheid bij onze minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Ze trok die vaststelling niet door naar vb. ziekenhuisdirecties of mutualiteitsbonzen.

Tegen het eind van 2017 staat minister DE BLOCK op plaats 48 in Vlaanderen, waar ze ruim 2 jaar lang afwisselend met N-VA-voorzitter Bart DE WEVER op de eerste plaats stond⁶⁶. Ze liet verstaan dat ze in 2018 de Open Vld-lijst zal trekken in de Vlaams-Brabantse gemeente Merchtem en er de burgemeesterssjerp van haar broer Eddy ambieert⁶⁷. Ze herhaalde dat begin 2018⁶⁸. Maar tegelijkertijd ziet ze een tweede legislatuur als minister van Volksgezondheid wel zitten, liet ze zich op de Open Vld-nieuwjaarsreceptie d.d. 15.01.2018 ontvallen⁶⁹. Een combinatie van burgemeesterschap met ministerschap is perfect mogelijk, zelfs met het eerste ministerschap of met het partijvoorzitterschap. Elio DI RUPO, sinds 2001 burgemeester van Bergen, bewijst het. Als titelvoerend burgemeester van de stad combineert hij het ministerschap, het premierschap en nadien het voorzitterschap van de PS al jarenlang met een waarnemend burgemeester aan zijn zijde. Minister Maggie DE BLOCK kan dat kunstje misschien ook tot het hare maken.

4.3 Regeren door aankondiging, maar tussen droom en daad staan wetten en praktische bezwaren

Het is opmerkelijk dat de minister graag enkele grote veranderingen die in het regeerakkoord werden aangekondigd concretiseert via de pers.

Bij mijn pensionering kreeg ik onder meer de novelle ‘Pensioen’ van Willem ELSSCHOT⁷⁰ als geschenk. Ik las ze in één ruk uit. Ze deed me teruggrijpen naar ELSSCHOT’s gedicht ‘Het huwelijk’⁷¹, waarvan de zin uit de voorlaatste strofe al eens in een van mijn jaarverslagen opdook⁷²: *“...want tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren”*. Bij de realisatie van die in het regeerakkoord aangekondigde veranderingen is dat niet anders. Het huwelijk tussen de regeringspartijen is niet alleen polygaam, maar bovendien niet bepaald stabiel. We sommen enkele grote ontwerpen op: wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, wet op de Orde der artsen, wet op de laagvariabele zorg die hand in hand gaat met de wet op de klinische netwerking tussen ziekenhuizen; allemaal kwamen ze aan bod bij interviews met de gespecialiseerde pers^{73,74}.

4.3.1 De Orde

Lukt het deze keer wel? De grote hervorming van de Orde? Het bestuurscomité van het VBS werd daar niet om een mening over gevraagd, maar sommige van onze bestuurders zijn actieve raadsleden in provinciale raden van de Orde der artsen. De centralisatie van de provinciale raden in één Nationale Raad met twee afdelingen stuit op veel verzet bij de provinciale raadsleden. Tegelijkertijd gaan ook de provinciaal geneeskundige commissies (PGC 's) op de schop via het wetsontwerp over de *“kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg”*. Dezelfde VBS-collegae die zich grote zorgen maken over de

⁶⁵ “Ik ben al die leugens beu”. De Tijd, 03.02.2017.

⁶⁶ “Jaar om (niet) snel te vergeten”. Het Laatste Nieuws, 22.12.2017.

⁶⁷ “De Block wil burgemeester worden”. Het Laatste Nieuws, 23.05.2017.

⁶⁸ “Verkiezingen18. Maggie De Block neemt als lijsttrekker in Merchtem plaats in van broer Eddie”. De Specialist, 18.01.2018.

⁶⁹ “May, Michel en Miss België motiveren montere liberalen”. De Standaard, 16.01.2018.

⁷⁰ Uitgeverij Polis, mei 2017

⁷¹ Rotterdam, 07.05.1910

⁷² “Verandering in statu nascendi”. VBS-jaarverslag 2015; 20.02.2016.

⁷³ “Niemand weet alles, dat is het begin van alle wijsheid”. Artsenkrant, 15.12.2017. “Personne ne sait tout, c’est le début de la sagesse”. Journal du Médecin, 15.12.2017.

⁷⁴ “Entre quatre yeux avec Maggie De Block”. Le Spécialiste N° 114, 02.11.2017. “De Block zegt waar het op staat”. De Specialist, N° 114, 02.11.2017.

afschaffing van de provinciale raden van de Orde, maken zich ook grote zorgen over de afschaffing van de PGC's.

Er is dus veel weerstand van de ingewijden. Sommigen beweren dat ook dit ontwerp, zoals zoveel voorgaande, nooit de finish haalt. Anderen zijn overtuigd dat het dit keer wel lukt. Bij de vorige pogingen struikelde men steeds over communautaire zaken. De kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde werd in 2012 gesplitst, dat kan het probleem niet meer zijn, en de taalkeuze in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest allicht ook niet. Maar deze demonen steken opnieuw de kop op bij de creatie van de ziekenhuisnetwerken. Naast de eventuele taalproblemen botsen de federale ziekenhuisnetwerken met de Vlaamse gemeenschapsideeën. De ziekenhuisnetwerken zijn immers bedacht los van de zeer autonoom denkende Jo VANDEURZEN en botsen met de Vlaamse concepten van de eerstelijnszones. Een nieuw Brussel-Halle-Vilvoorde is in de maak, maar om andere redenen dan de voorbije vijftig jaar. Lastig voor de CD&V, die federaal meeregeert (cf. punt 4.3.2.).

Van het in het regeerakkoord van 09.10.2014 aangekondigde "Instituut voor de toekomst"⁷⁵ is er nog geen spoor. In de praktijk wordt het vervangen door de interministeriële conferenties en voorbereid door de interkabinettenwerkgroepen, in de wandeling IKW 's genoemd. Het gaat er daar niet altijd even zachtmoedig aan toe, horen we wel eens fluisteren. Als de gemeenschapsministers de federale ministers een bananenschil onder de voeten kunnen schuiven, zullen ze het niet nalaten.

4.3.2 Het ziekenhuislandschap

4.3.2.1 De ziekenhuisnetwerken

Het ganse jaar 2017 werd er hard gewerkt door het kabinet en de administraties (FOD Volksgezondheid en RIZIV) om zowel de ziekenhuisfinanciering op rails te krijgen als de samenwerking tussen ziekenhuizen onder vorm van ziekenhuisnetwerken met de creatie van de locoregionale en supraregionale netwerken. Het kabinet en de administraties zetten daarmee de uitvoering verder van het plan van aanpak dat minister DE BLOCK op 28.04.2015 aan het grote publiek voorstelde.

Maar de interkabinettenwerkgroepen blijven institutionele struikelblokken opwerpen. Het water blijft zeer diep. Sommige politici van federale regeringspartijen hebben wel een ziekenhuis in hun achtertuin liggen dat liefst zijn spoedgevallendienst of/en zijn materniteit niet zou zien sluiten als de hervorming van minister DE BLOCK realiteit wordt. De artsen zijn evenmin vragende partij, zoals slechts weinige burgers vragende partij zijn voor ingrijpende veranderingen, zelfs al staat dat in het federaal regeerakkoord⁷⁶.

Als in Vlaanderen vooral het NIMBY⁷⁷-syndroom speelt, dan ligt de Waalse politieke wereld in alle federale overleginstanties continu dwars, louter om politieke redenen: de PS zit noch in de federale, noch in de Waalse regering. De inner circle van de PS-apparatsjiks weet wat ze aan het gezichtsveld moet onttrekken zodat het belabberd beheer kan blijven verhaald worden op de rug van de artsen. De afhoudingen op de artsenhonoraria in de Franstalige ziekenhuizen liggen gemiddeld 20 à 30 % hoger dan in de Vlaamse ziekenhuizen, terwijl de inkomsten van de Franstalige ziekenhuisartsen gevoelig lager liggen⁷⁸. Het Brusselse politieke kluwen vormt nog een apart probleem. Er zijn een overtal aan bevoegde ministers, drie universitaire ziekenhuizen met hun politieke netwerken en een ruim aantal niet-universitaire ziekenhuizen die continu in beweging zijn qua fusies en samenwerking. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is bovendien een attractiepool voor vele duizenden patiënten uit de aangrenzende zones van zowel het Vlaams als het Waals Gewest. De Brusselse politieke constellatie is

⁷⁵ Punt 3.6.3. Een kompas en een moderne organisatiestructuur voor onze gezondheidszorg.

⁷⁶ Federaal regeerakkoord van 09.10.2014 pagina 65: "De nieuwe organisatie gaat uit van de behoeften van de patiënt en bevordert de samenwerking tussen academische, gespecialiseerde en basisziekenhuizen in een klinisch netwerk, evenals de samenwerking tussen de ziekenhuizen en extramurale zorgverleners."

⁷⁷ Not in my backyard

⁷⁸ Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies. Appendix 18, pagina 101. KCE Rapport 178A, 31.05.2012

dan weer anders dan de Vlaamse en de Waalse. Zou het “Redesign”-ontwerp voor de afslanking en optimalisatie van alle gezondheidszorgdiensten⁷⁹, waar we in 2017 nog weinig over hoorden, niet toepasbaar zijn op de Gemeenschappen en Gewesten? De 6^{de} staatshervorming is een catastrofe om nog een zinnig federaal gezondheidszorgbeleid te voeren in een landje met een aantal inwoners van ± een derde tot ± de helft van het aantal inwoners van internationale grootsteden als respectievelijk Tokyo (38,2 miljoen) of New York (20,7 miljoen).

De overheid had oren gehad naar de eis tot medebeheer door de artsen. De minister en haar medewerkers, in het bijzonder haar kabinetschef Dr. Bert WINNEN, waren meer luisterbereid dan sommige ziekenhuisbeheerders. In het bijzonder Peter DEGADT (*29 januari 1954) wou en wil niets weten van medebeheer door artsen. Hij verliet, ruim één jaar vóór zijn pensioengerechtigde leeftijd, zijn post als CEO van Zorgnet-Icuro op 01.12.2017. Nochtans waren er in 2015 meerdere constructieve voorbereidende gesprekken geweest tussen de BVAS en Prof. Dr. Johan KIPS, toenmalig directeur algemene ziekenhuizen bij Zorgnet-Icuro, en mevrouw Miek PEETERS, juridisch raadgever aldaar. Beiden zochten ondertussen andere uitdagingen op. Johan KIPS werd CEO van het Erasmusziekenhuis ULB Brussel, en Miek PEETERS zag een opportuniteit in een Europese functie bij de EFTA Surveillance Authority (ESA). Johan KIPS werd binnen Zorgnet-Icuro beschouwd als de architect van de hervorming tot ziekenhuisnetwerking⁸⁰.

Dr. Johan KIPS werd op 01.01.2016 vervangen door Dr. Marc GEBOERS. Deze heeft een voorgeschiedenis van 10 jaar cardioloog in AZ Jan PORTAELS in Vilvoorde, dan medisch directeur, eerst van het AZ Maria Middelaars in Sint-Niklaas, na de fusie van het AZ Nikolaas, sinds 2011 algemeen directeur van het Franciskusziekenhuis van Heusden-Zolder en sinds januari 2014 medisch directeur van ZNA Antwerpen. Dr. Marc GEBOERS trekt de terughoudende lijn van Peter DEGADT tegenover het medebeheer door artsen trouw door in de discussies over het “*Voorontwerp van wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinisch netwerking tussen ziekenhuizen betreft*” in de gesloten vergaderingen op het kabinet DE BLOCK. Sinds juni 2015 komt daar een ad-hoc werkgroep samen met vijf vertegenwoordigers van de artsensyndicaten (waaronder ondergetekende met de dubbele pet van BVAS-voorzitter en VBS-secretaris-generaal), vijf vertegenwoordigers van de mutualiteiten en vijf vertegenwoordigers van de ziekenhuiskoepels⁸¹. Ik noem die ad-hoc werkgroep verder de 5-5-5.

Als juridisch raadgever werd Miek PEETERS vervangen door Tom BALTHAZAR, tot 2007 advocaat in het Gentse en gedoodverfd opvolger van sp.a-burgemeester Daniël TERMONT van Gent. Na het Luikse Publifin-schandaal⁸², dat tot in Gent uitdijde, stapte kandidaat-burgemeester Tom BALTHAZAR op bij de sp.a^{83,84,85} en switchte naar Zorgnet-Icuro⁸⁶. Nogal ongebruikelijk als we terugkijken naar de voorloper van Zorgnet-Icuro, het streng-christelijke VVI⁸⁷.

Bij een informeel overleg over het voorontwerp van wet over de netwerkziekenhuizen met alle ziekenhuiskoepels, georganiseerd door de BVAS op 16.05.2017, was alleen Dr. Marc GEBOERS aanwezig namens Zorgnet-Icuro, terwijl de Franstalige ziekenhuizen allemaal hun grote kanonnen hadden afgevaardigd. De verwachte – en nadien bevestigde – teneur van de vergadering was “anti netwerken”. Elke ziekenhuiskoepelvereniging had haar eigen redenen. De onzekerheid was de grootste, onder meer of er een netwerk moet komen per 400.000 à 500.000 inwoners. Vermits Peter DEGADT pro netwerken

⁷⁹ “Disruptieve gezondheidszorg”. Punt 4.4. Redesign. VBS jaarrapport 2016 04.02.2017.

⁸⁰ “Waarom Johan Kips vertrekt naar Erasme Brussel”. HealthCare executive.be, 21.01.2016.

⁸¹ Cf. Punt 3. Ziekenhuisfinanciering: hervormingsgolven aan de horizon. VBS-jaarverslag 2015. Dr. M. Moens: “Verandering in statu nascendi”.

⁸² “Alles wat u moet weten over de Publifin-affaire”. De Standaard, 09.03.2017.

⁸³ “Tom Balthazar neemt ontslag na Publifin”. Knack, 11.02.2017.

⁸⁴ “Tom Balthazar: advocaat, broer van Nic, docent, zoon van eregouverneur en 16 jaar politicus”. De Morgen, 11.02.2017.

⁸⁵ “SP.A Gent onthoofd nu opvolger van burgemeester Termont stap opzij moet zetten”. Het Nieuwsblad, 12.02.2017.

⁸⁶ “Tom Balthazar gaat aan de slag bij Zorgnet-Icuro”. De Redactie, 12.05.2017.

⁸⁷ Het vroegere Verbond van Verzorgingsinstellingen VVI werd in 2009 Zorgnet Vlaanderen en, na de fusie met de openbare ziekenhuizen in 2013, Zorgnet-Icuro.

was/is⁸⁸ liet hij zich verontschuldigen. Ook Tom BALTHAZAR, net aangekomen bij zijn nieuwe werkgever, was op die meeting verontschuldigd.

Zoals al enkele maanden vooraf aangekondigd⁸⁹, werd Peter DEGADT als gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro op 01.12.2017 vervangen door mevrouw Margot CLOET, pedagoge van opleiding. Ze werd weggeplukt bij Vlaams minister Jo VANDEURZEN, waar ze kabinetschef was. We weten dat minister VANDEURZEN zijn eigen Vlaamse koers wil varen⁹⁰ en helemaal niet akkoord gaat met het idee van de 25 ziekenhuisnetwerken die federaal minister DE BLOCK wil oprichten in België, waarvan 14 in Vlaanderen, 2 in Brussel en 9 in Wallonië. De vraag is of CEO Margot CLOET de houding van haar voorganger zal aannemen en plots verdediger zal worden van de federale klinische ziekenhuisnetwerken die zij als kabinetschef van VANDEURZEN moest afbranden. Belangrijkere vraag voor de artsen is of ze de lijn DEGADT zal doortrekken om artsen uit het ziekenhuisbestuur te weren of ze er integendeel bij te betrekken. Ze weet ongetwijfeld dat er in Vlaanderen al een reeks ziekenhuizen is waar klinici mee in de raad van bestuur zetelen. Toen ondergetekende op de zeswekelijkse vergadering van de 5-5-5 d.d. 13.12.2017 op het kabinet DE BLOCK die opmerking maakte nadat Zorgnet-Icuro bij monde van Marc GEBOERS opnieuw medebestuur had afgewezen, liet deze laatste verstaan dat het voorontwerp van wet op de ziekenhuisnetwerken geen verbod op medebestuur bevat. Dat volstaat voor Zorgnet-Icuro. Maar niet voor de artsen die met minister DE BLOCK in de medicomut concrete afspraken maakten over het waarborgen van een strategische en operationele betrokkenheid in de governance van de toekomstige ziekenhuisnetwerken^{91,92} (cf. ook akkoord artsen-ziekenfondsen, punt 5).

De Mayo Clinic en Cleveland Clinic, de twee beste ziekenhuizen van de USA, worden geleid door een arts. In België mag dat niet van de ex-CEO van Zorgnet-Icuro, Peter DEGADT en zijn zegsman Marc GEBOERS. Van hem krijgen de artsen zelfs geen zetje met raadgevende stem in de Raad van bestuur van het ziekenhuisnetwerk. Als een van de belangrijkste oorzaken van het Stafford Hospital-schandaal, waar tussen de 400 en 1.200 mensen zonder reden overleden tussen 2005 en 2009 als gevolg van de ontoereikende zorg, wordt de afwezigheid van artsen in de raad van bestuur aangewezen⁹³.

Maggie DE BLOCK volgt de visie van medebeheer door artsen, maar zit geprangd tussen de eisen van de artsen en het njet van Zorgnet-Icuro, dat gevolgd wordt door de andere ziekenhuiscoöperaties. Ze aanvaardt daarom het consensusmodel dat de BVAS heeft voorgesteld waarbij over 16 van de 18 punten van het artikel 137 van de huidige ziekenhuiswet een consensus moet worden gevonden tussen de medische raad en de raad van bestuur van het ziekenhuisnetwerk⁹⁴. Zorgnet-Icuro blijft tegenspartelen, Santea komt zelfs niet meer naar de overlegvergaderingen.

Het concept van de wet op de ziekenhuisnetwerken kan nog altijd struikelen, maar dat zou dan betekenen dat een regeringsverklaring niets meer betekent en dat het enorme werk en de ontelbare vergaderingen erover, allemaal tot niets zouden hebben gediend. Dat kunnen premier MICHEL, zijn minister DE BLOCK en "De Politiek" zich niet veroorloven. Vermoedelijk komt die wet er dus rond het zomerreces 2018, onbehouden en niet tot in de puntjes afgewerkt. De stekelige, hangende problemen zullen moeten worden opgelost via moeilijk te formuleren koninklijke besluiten.

⁸⁸ Hij werd ondertussen benoemd als voorzitter van de raad van bestuur van het Damiaanziekenhuis in Oostende en het Heilig Hartziekenhuis in Lier.

⁸⁹ "Kabinetschef Vandeurzen gaat grootste zorgcoöperatie van Vlaanderen leiden". De Standaard, 12.07.2017.

⁹⁰ Cf. punt 4.3.1.

⁹¹ Doc. NCAZ 2017/3 d.d. 26.01.2017.

⁹² Doc. NCAZ 2017/6 bijlage d.d. 24.02.2017.

⁹³ The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry by Sir Robert Francis. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffpublicinquiry.com/>

⁹⁴ Voorontwerp van wet, versie 05.12.2017: " ...wordt binnen het locoregionaal klinisch netwerk beslist in onderlinge overeenstemming tussen het beheer van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk en de medische raad van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk."

De gezamenlijk brief van de ministers Maggie DE BLOCK en Jo VANDEURZEN d.d. 25.01.2018 aan de directies van de algemene en universitaire ziekenhuizen betreffende het opmaken van een inventaris van de intenties tot de vorming van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen⁹⁵ onderschrijft bovenstaande hypothese. Merkwaardig genoeg bestaat er momenteel noch enige federale wettelijke basis, noch enig Vlaams decreet waarop deze circulaire kan steunen. Citaat: “*Via media en allerlei kanalen krijgen we berichten over de evoluties die er op het terrein zouden zijn met betrekking tot netwerkvorming*”. Het aankondigingseffect heeft dus gewerkt.

De ziekenhuizen worden verzocht hun netwerkintenties uiterlijk op 15.02.2018 over te maken op het Vlaamse e-mailadres algemeneziekenhuizen@zorg-en-gezondheid.be. Op 26.02.2018 vindt er een thematische Interministeriële Conferentie Volksgezondheid plaats gericht op de dossiers ziekenhuizen. De brief meldt ook dat de zorggebieden van 400.000 tot 500.000 inwoners per locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten aansluiten op de Vlaamse eerstelijnszones van 75.000 à 125.000 inwoners en dat voor de zorgregio's in grootstedelijke gebieden zoals Antwerpen, Gent en Brussel bijkomende criteria nodig zullen zijn, omdat de kaap van 500.000 inwoners snel zal overschreden zijn.

Tegen eind juni 2018 moeten de inhoudelijk uitgewerkte intentieverklaringen worden ingediend. Die zullen tussen juli en september 2018 worden geëvalueerd en besproken op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, “*eventueel met vraag tot bijsturing*”. In het najaar 2018 zal de regionale zorgstrategische planning met prioritaire thema's worden uitgewerkt. Laten we hopen op basis van bestaande wet- en decreetstukken. Zullen de collega-ministers Alda GREOLI en Maggie DE BLOCK samen een Franstalige doorslag van het Vlaamse initiatief rondsturen⁹⁶? Of wordt het niet alleen “*une médecine à deux vitesses*” maar ook “*une politique à deux vitesses*” onder één zelfde federale minister?

4.3.2.2 De financiering van de laagvariabele zorg

Het kabinet DE BLOCK heeft de artsen altijd voorgehouden dat het ontwerp van wet over de laagvariabele zorg samen met de wet op de oprichting van de ziekenhuisnetwerken zou gepubliceerd worden.

De artsen hebben nog steeds een groot probleem met de supplementenregeling van die nieuwe forfaitaire honoraria. Het wetsontwerp voegt immers een bijkomende beperking toe voor prestaties die geleverd worden in het kader van het globaal prospectief bedrag. Het vragen van ereloonsupplementen blijft weliswaar mogelijk, maar de som van de prestaties waarop volgens de nomenclatuur en de ziekenhuiswet supplementen kunnen worden gevraagd mag niet hoger liggen dan de som van de honoraria die voorzien zijn in het forfaitaire honorarium. Dit is van belang indien er prestaties worden verricht die niet in het kader van het globaal prospectief bedrag zijn opgenomen of indien er meer prestaties worden verricht dan het aantal dat is voorzien in het globaal prospectief bedrag^{97,98}. De artsen hebben over deze aangelegenheid natuurlijk de mutualiteiten en de publieke opinie tegen. De politiek voelt zich dus geruggensteund om dit bijkomend administratief gedrocht goed te keuren, want de ziekenhuisfacturatie zal nog complexer worden dan ze al is.

Bij de onderhandelingen voor het akkoord artsen-ziekenfondsen bekwam de BVAS dat de honoraria voor de in consult bij een gehospitaliseerde patiënt bijgeroepen specialist buiten de forfaitaire honoraria zullen vallen. Mede dankzij de Staten-Generaal van de anesthesie⁹⁹, gesteund door de BVAS, zullen bij de APR-DRG bevalling twee patiëntengroepen worden gecreëerd: één met en één zonder epidurale anesthesie. Er werd al eerder bedongen dat de toewijzing van de honoraria niet zou beslist worden door de beheerder of de medische raad, maar dat het RIZIV het resultaat van de uitsplitsing van

⁹⁵ Inventaris intenties vorming ziekenhuisnetwerken caroline.verlinde@vlaanderen.be kenmerk 18-2448/5 d.d. 25.01.2018

⁹⁶ Bij afsluiting van de redactie op 29.01.2018 was nog geen gelijkaardige brief van de Fédération Wallonie-Bruxelles bekend

⁹⁷ Voorontwerp van wet inzake laagvariabele zorg, artikel 11.

⁹⁸ Filip Dewallens: “Forfaitair honorarium laagvariabele zorg: vluchten kan niet meer!”. Healthcare Executive Magazine, 09.11.2017.

⁹⁹ Cf. punt 1.4.9.

de honoraria van de tussenkomende artsen in de APR-DRG 's aan elke medische raad en aan de ziekenhuisbeheerder zal meedelen.

Ook bij het ontwerp van wet over de laagvariabele zorg zullen er nog meerdere moeilijk te redigeren KB's moeten volgen om er uitvoering aan te geven.

Om gezichtsverlies te vermijden en omdat ondertussen de gemeenteraadsverkiezingen van 14.10.2018 moeten worden voorbereid en de stellingen voor de federale verkiezingen van 2019 stilaan moeten in gereedheid worden gebracht, zouden beide kaderwetten, met al hun onvolkomenheden en noden aan verduidelijkingen via KB's, tijdens of kort na het zomerreces 2018 moeten in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd zijn. De laagvariabele zorg zal om technische redenen vermoedelijk niet in voege gaan op 01.09.2018 maar, om tegemoet te komen aan de mutualiteiten, allicht op 01.01.2019 en, volgens het laatste artikel van het voorliggend voorontwerp, moet de wet op de ziekenhuisnetwerken pas in voege treden op 01.01.2020. Voer voor het eerste jaarverslag van mijn opvolger.

4.4 Met eHealth: gezond, gezonder, gezondst?

4.4.1 Preventie

De preventieve geneeskunde draait op een laag pitje in België. Van de € 41.711,5 miljoen spendeert ons land slechts € 526,2 miljoen aan promotie en preventie – in de enge zin van het woord, namelijk de primaire preventie – in verband met gezondheidszorg of 1,26% (cf. tabel 2).

Overzicht van de uitgaven per zorgsector 2014 (in miljoen euro)

I	Zorgsectoren	39.872,4	95,6 %
	1. Ziekenhuizen	13.415,2	32,2 %
	2. Verpleging en residentiële zorg	6.254,6	15,0 %
	3. Ambulante zorg	14.480,0	34,7 %
	4. Farmaceutische zorg	5.196,4	12,5 %
	5. Promotie en preventie i.v.m. gezondheidszorg	526,2	1,3 %
II	Beheer en administratie	1.673,4	4,0 %
III	Private huishoudens als zorgverstrekkers	165,7	0,4 %
	TOTALE UITGAVEN	41.711,5	100,0 %

Bron: Assurinfo nr. 13 / Weekblad van 6 april 2017

Tabel 2

Er is geen Belgisch beleid, aangezien preventie overgeheveld werd naar de Gemeenschappen. Het Vlinderakkoord van 11.10.2011 met de 6^{de} staatshervorming maakte de opsplitsing niet eenvoudiger.

Bovendien is het niet duidelijk welke preventie gedefederaliseerd werd. De primaire, secundaire, tertiaire of de quartaire preventie?¹⁰⁰ Het is duidelijk dat al naar gelang de vorm van preventie de specialistische geneeskunde er meer en meer bij betrokken wordt. De financiering van de erbij horende prestaties gebeurt via de nomenclatuur, dus via het federale RIZIV.

¹⁰⁰ De primaire preventie verwijst naar alle handelingen die bedoeld zijn om de incidentie van een ziekte te verminderen, dus het optreden van nieuwe gevallen te beperken. De secundaire preventie verwijst naar alle handelingen die bedoeld zijn om de prevalentie van een ziekte te verminderen, dus de duur van de evolutie te verkorten. Deze preventie situeert zich op het niveau van de opsporing van ziekten en het beheer van de aanvang van de behandelingen van de ziekte.

De tertiaire preventie verwijst naar alle handelingen die bedoeld zijn om de prevalentie van chronische ongeschiktheid of recidives in de bevolking te verminderen, dus de functionele invaliditeit die te wijten is aan de ziekte te beperken. Deze preventie situeert zich na de ziekte om de gevolgen van de ziekte te beperken of te verminderen en herval te voorkomen.

De quartaire preventie verwijst naar alle gezondheidsactiviteiten om de gevolgen van de onnodige of buitensporige tussenkomst van het gezondheidssysteem te verminderen of te voorkomen, een patiënt te beschermen tegen overdreven medicalisering (CM Informatie 263 maart 2016)

Er kunnen nog meer vragen gesteld worden over de overheveling van preventie naar de Gemeenschappen. De financiering van de consultaties door huisartsen, gynaecologen, pediaters, cardiologen en andere artsen-specialisten die geattesteerd worden in de context van de primaire preventie in de eerste lijn worden via het federale RIZIV vergoed. Ook alle medisch-technische prestaties die er eventueel bij te pas komen verlopen via het RIZIV. We denken maar aan de borstkankerscreening, cervixkankerscreening, screening op het Downsyndroom bij zwangeren, een groot deel van de vaccinaties. Het Belgisch preventiebeleid is voor verbetering vatbaar. Het beantwoordt niet altijd aan de internationale doelstellingen. De dekkingsgraad voor een aantal kindervaccinaties ligt nog altijd onder de aanbevolen immuniseringsdrempel, de dekkingsgraad voor borst- en baarmoederhalskanker is suboptimaal en de griepvaccinatie van ouderen daalt zelfs¹⁰¹.

De Belg is niet bepaald volgzzaam als het over primaire preventie gaat¹⁰². De boodschappen naar het grote publiek zijn bovendien niet altijd eenduidig. Half september 2017 wordt de voedingsdriehoek met veel bombarie op zijn kop gezet met een focus die nu op duidelijke gezondheidsboodschappen zou moeten liggen die voor het brede publiek haalbaar moeten zijn. Dagenlang wordt er over voor- en nadelen geschreven en getwitterd, waar of onwaar. In de vastenperiode 2017 deden ruim 114.081 Belgen mee aan de "40 dagen zonder vlees". Een nieuwe Tournée Minérale start eerstdaags. In 2017 dronken ruim 120.00 Belgen geen alcohol gedurende de maand februari. Van 15 januari 2018 tot en met Valentijn 2018 heet de nieuwste rage: 30 dagen zonder klagen. Moeilijk voor artsen. Ze mogen dan niet alleen niet klagen over de razendsnelle veranderingen in hun praktijkvoering, maar ook niet over het hoge caloriegehalte van al die mocktails¹⁰³ die ze als troost moeten drinken. Of over de suikersurrogaten als ze een nep-nep-cocktail willen. En ondertussen verspreiden de media boodschappen dat al dat gezonder leven zuiver epidemiologisch weinig uitmaakt en bovendien, "*begraven is goedkoper dan verzorgen*"¹⁰⁴, en niet terugbetaald door het RIZIV. Dertig dagen zonder ademen gaat echter niet, terwijl de wachtzalen van cardiologen en pneumologen voor een kwart gevuld zijn met slachtoffers van fijn stof.

Ondanks haar eigengereid, eerder Bourgondische gedrag, ziet de Belgische bevolking wel iets in gezondheidsdoelstellingen en stringenter overheidsbeleid: rookverbod in het bijzijn van kinderen, verbod op sommige pesticiden, meer verplichte vaccinaties, verhogen verkeersveiligheid... Antwoorden op een enquête¹⁰⁵ is natuurlijk nog wat anders dan zelf zijn gedrag aanpassen.

4.4.2 eHealth

eHealth moet ons een handje toesteken. Met wearables kunnen we netjes onze slaap, loopafstand, aantal stappen en traptreden, onze hartslag, de maximale zuurstofopnamevermogenstest (VO₂max), kortom een eindeloze reeks parameters registeren die, zo nodig, in een medisch dossier kunnen worden opgenomen. Maar dan zullen de vele kinderziekten die het Plan eGezondheid¹⁰⁶ vandaag nog rijk is moeten worden opgelost en een aantal van de 20 actiepunten die niet op tijdschema zitten moeten worden bijgebeend.

Acceleratie is nodig voor een reëel geïntegreerd ziekenhuis-elektronisch patiëntendossier (EPD: actiepunt 2) met daaraan gekoppeld het delen van gegevens via het systeem hubs & metahubs¹⁰⁷ voor algemene en universitaire ziekenhuizen (actiepunt 5).

¹⁰¹ "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem 2015". KCE Rapport 259A <https://kce.fgov.be/nl/content/focus-op-preventieve-geneeskunde>

¹⁰² "Je hebt een kalasnikov nodig om Belg gezond te doen leven". De Tijd, 12.12.2017.

¹⁰³ "Nep"-cocktail omdat er geen alcohol in zit.

¹⁰⁴ "Nog gezonder leven? Nergens voor nodig". Dr. Luc Bonneux. De Standaard, 06.01.2018.

¹⁰⁵ "Les belges en faveur d'une politique de santé plus stricte". Le Spécialiste 14.12.2017.

¹⁰⁶ <http://www.plan-egezondheid.be/> met zijn 20 actiepunten.

¹⁰⁷ De doelstelling van het systeem van hubs en metahub in zijn geheel bestaat erin om regionale en lokale uitwisselingsystemen van medische gegevens, de zogenoemde "hubs", onderling te verbinden om aan een zorgverlener de mogelijkheid te bieden de beschikbare elektronische medische documenten met betrekking tot een bepaalde patiënt terug te

Alle geneesmiddelenvoorschriften hadden per 01.01.2018 elektronisch moeten zijn voorgeschreven (behoudens noodgevallen). Het verzekeringscomité van 05.12.2017 heeft de verplichting tot elektronisch voorschrijven uitgesteld tot 1 juni 2018. De artsen die op 1 juni 2018 de leeftijd van 62 jaar zullen bereikt hebben worden vrijgesteld van elektronisch voorschrijven. In de onderstaande tabellen merken we dat van de 63.642 voorschrijvers (huisartsen, artsen-specialisten en tandartsen samen) toch 28% ouder is dan 62 jaar. Ze schrijven wel maar 22% van de geneesmiddelen voor. De 62-plussers schrijven dus gemiddeld minder voor dan hun jongere collega's.

Leeftijd voorschrijver	Aantal verpakkingen		Aantal voorschrijvers		Gemiddeld aantal verpakkingen per voorschrijver
Huisartsen < 62	59.422.375		14.275		4.163
Huisartsen ≥ 62	19.317.874		7.320		2.639
Totaal huisartsen	78.740.249		21.595		3.646
Specialisten < 62	19.835.499		24.334		815
Specialisten ≥ 62	3.447.985		8.442		408
Totaal specialisten	23.283.484		32.776		710
Tandartsen < 62	909.542		7.238		126
Tandartsen ≥ 62	138.776		2.033		68
Totaal tandartsen	1.048.318		9.271		113
Algemeen totaal < 62	80.167.416	77,8 %	45.847	72,0 %	1.749
Algemeen totaal ≥ 62	22.904.635	22,2 %	17.795	28,0 %	1.287
Algemeen totaal	103.072.051	100,0 %	63.642	100,0 %	1.620

Nota CGV 2017 370 add. bijlage 4

Tabel 3

PARIS¹⁰⁸ had moeten beschikbaar zijn voor occasionele voorschrijvers van geneesmiddelen op 01.12.2017 met een eHealth-certificaat¹⁰⁹ en vanaf 1 juni 2018 zal het moeten kunnen gebruikt worden zonder eHealth-certificaat. Bij huisbezoek blijven papieren voorschriften toegestaan en ook in geval van crash, stroompanne of andere calamiteiten blijft het papieren voorschrift geldig. De huisartsen zitten gemiddeld voorop met toepassingen van eGezondheid, omdat er in de opeenvolgende akkoorden flink wat financiële aanmoedigen voor werden voorzien. Tot op heden was dat niet het geval voor artsen-specialisten. Toch heerst er grote misnoegdheid onder de huisartsen. Oud VAS-voorzitter Dr. Hilde ROELS noemt de irritatie ten gevolge van de onbetrouwbaarheid een voldoende reden om vervroegd met pensioen te gaan¹¹⁰. Ook Dr. Thomas ORBAN, voorzitter van de SSMG¹¹¹, heeft er schoon genoeg van¹¹². Hij aanvaardt niet dat (huis-)artsen worden verplicht systemen te gebruiken die verre van perfect zijn. Sommige huisartsen suggereren het hele eHealth-verhaal te herdenken¹¹³. Als voorzitter van de vzw Recip-e voelt ondergetekende zich nauw betrokken bij deze problematiek, maar moet hij, net als de overige gezondheidszorgverstrekkers, mee de mankementen ondergaan.

De klachten legt de eindgebruiker bij Recip-e, terwijl soms het eHealth-systeem plat ligt. Eind mei 2017 gebeurde dat bijvoorbeeld meermaals:

- donderdag 18.05.2017 tussen 16u40 en 18u15 of 95 minuten.
- maandag 22.05.2017 tussen 09u09 en 09u18 of 9 minuten

vinden en te raadplegen, ongeacht de plaats waar deze documenten opgeslagen zijn en ongeacht de plaats vanwaar de zorgverlener op het systeem inlogt (Bron: eGezondheid). .

¹⁰⁸ Prescription & Autorisation Requesting Information System

¹⁰⁹ PARIS was niet actief op 01.12.2017 en ook nog niet bij afsluiting van de redactie van dit jaarverslag op 28.01.2018.

¹¹⁰ "Waarom veel artsen nu al uitkijken naar hun pensioen". MediSfeer, 24.01.2018

¹¹¹ Société Scientifique de Médecine Générale

¹¹² "Nous sommes pris en otage". Le journal du médecin, 26.01.2018.

¹¹³ "Geklungel met informatietoepassingen". Dr. Wouter Van den Abeele, Artsenkrant, 26.01.2018.

- dinsdag 23.05.2017 tussen 09u45 en 10u16 of 31 minuten, en tussen 13u46 en 14u07 of 21 minuten, en tussen 19u15 en 19u25 of 10 minuten
- woensdag 30.05.2017 tussen 14u50 en 15u30 of 40 minuten.

In totaal 206 minuten of 0,46 % van de 44.640 minuten van de maand mei. In verhouding met de 10.080 kantoorminuten in de maand mei betekent dat echter een onbeschikbaarheid tijdens 2,04 % van de werkuren.

4.4.3 Burn-out

In haar beleidsnota sociale zaken¹¹⁴ stelt minister DE BLOCK d.d. 17.10.2017 dat ze zal laten onderzoeken of burn-out wettelijk als beroepsgerelateerde ziekte kan worden beschouwd. Toen Monica DE CONINCK (sp.a) minister van Werk was (2011-2014) werden al gelijkaardige plannen gesmeed¹¹⁵. Meerdere studies wijzen erop dat artsen gevoeliger zijn voor burn-out dan de doorsnee andere beroepsbeoefenaar of de doorsnee bevolking^{116,117}. Uit een studie van de Katholieke Universiteit Leuven uit 2012 bij artsen en verpleegkundigen in Belgische hospitalen blijkt dat 17,8 % van de artsen in ziekenhuizen een concreet risico op burn-out loopt en 5,4 % effectief een burn-out heeft. 39,9 % geeft aan emotioneel uitgeput te zijn; 27,9 % geeft aan last te hebben van depersonalisatie en 15,3 % heeft een probleem met verminderde persoonlijke bekwaamheid¹¹⁸. Als belangrijkste oorzaak van burn-out bleek uit een bevraging door Artsenkrant bij 1.800 Belgische artsen dat een toenemende administratieve druk met 70,4% met stip op één staat, gevolgd door de combinatie werk-privéleven (63,4%)¹¹⁹. In ziekenhuisomgeving kan het woord “administratie” vervangen worden door elektronische registratie van gezondheidsgegevens (electronic health record EHR), zoals wordt bevestigd door internationale literatuur. In de USA wordt per uur patiëntencontact bijna twee uur aan administratie gespendeerd, voornamelijk aan het elektronisch patiëntendossier¹²⁰. Heel dikwijls heeft de administratie te maken met zaken die geen rechtstreeks verband houden met diagnostiek en therapie, maar met facturatie, epidemiologische en performantiegegevens van het ziekenhuis.

Zijn onze ministers van Werk (Kris PEETERS, CD&V) van Sociale Zaken en Volksgezondheid (Maggie DE BLOCK, Open Vld) en vicepremier en minister van Ontwikkelingssamenwerking, Digitale Agenda, Telecom en Post (Alexander DE CROO, Open Vld) zich bewust van deze situatie en van de eruit voortvloeiende gevaren? En zo ja, gaan ze er rekening mee houden? Het is onder meer aan het VBS om hieromtrent advies te geven aan het beleid.

De OESO¹²¹ heeft alvast geen relatie kunnen leggen tussen het aantal gewerkte uren per jaar en de incidentie van burn-out. Met 1.541 uur per jaar scoort de gemiddelde Belgische werknemer beduidend lager dan het OESO-gemiddelde van 1.766 uur/jaar en lager dan Zweden met 1.612 uur per jaar, maar hoger dan Nederland met 1.419¹²².

In 2017 kregen 400.000 Belgen van het RIZIV een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, goed voor naar schatting 7,1 miljard euro. Bij 7% van hen, ongeveer 28.000 mensen, is er sprake van een burn-out. Daarnaast kampt 15% of ± 60.000 mensen met een depressie. Het Federaal Agentschap voor

¹¹⁴ DOC 54 2708/007; Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers; 17.10.2017.

¹¹⁵ “Stress is de stoflong van de 21ste eeuw”. De Tijd, 22.03.2014.

¹¹⁶ Prof. Patrick Cras, afdeling neurologie, UZ Antwerpen. 2^{de} studiedag Doctors4doctors vzw; 16.11.2017 raamt de incidentie bij de doorsnee bevolking op 0,8%.

¹¹⁷ OECD Employment Outlook 2014

¹¹⁸ “Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen”. Dr. Sofie Vandenbroeck, mevr. Els Vanbelle, prof. dr. Hans De Witte, mevr. Evelien Moerenhout, dhr. Maarten Sercu, mevr. Hilde De Man, dr. Kris Vanhaecht, mevr. Eva Van Gerven, prof. dr. Walter Sermeus, prof. dr. Lode Godderis. Katholieke Universiteit Leuven (2012).

¹¹⁹ “Burn-out: administratieve druk grote boosdoener”. Artsenkrant, 20.04.2017.

¹²⁰ Sinsky, 2016.

¹²¹ Organisation for Economic Cooperation and Development.

¹²² Source OECD 2017 Hours workload

Beroepsrisico's lanceert begin 2018 een proefproject in de zwaarst getroffen sectoren (gezondheidszorg en bank en verzekeringen), waarbij werknemers individueel worden opgevolgd. Maar wat met de artsen in opleiding met een sui generis-statuu? Het is onder meer aan het VBS om hieromtrent advies te geven aan het beleid.

4.5 Dubbele cohort en KB nr. 78¹²³

Volgens het jaarverslag over het jaar 2016 van de Planningscommissie - medisch aanbod¹²⁴ zijn er in België 61.899 artsen gemachtigd om hun beroep uit te oefenen, waarvan er 52.694 gedomicilieerd zijn in België. Ze maken 11,8 % uit van de gezondheidszorgberoepen die gedomicilieerd zijn in en buiten België en 10,8 % van de gezondheidszorgberoepen die gedomicilieerd zijn in België. Op 28.09.2016 kondigde Pedro FACON, toenmalig kabinetschef van minister DE BLOCK en huidig directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, in de Passage 44 te Brussel, voor een nokvol auditorium een grondige herziening van het KB nr. 78 aan^{125,126}. De aanwezigen herinneren zich ongetwijfeld het madeliefje van de multidisciplinariteit, met de patiënt als bloemknop in het midden, en de zorgberoepen er als vele bloemblaadjes omheen. De artsen waren één van die vele bloemblaadjes.

Er werd een kaderwet in het vooruitzicht gesteld betreffende de uitoefening van de zorgberoepen en een wet inzake de kwaliteit van de praktijkvoering. De besprekingen met de verschillende betrokken groepen, de stakeholders, over het "Voorontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg" zijn momenteel aan de gang. De 10,8 % artsen zullen het moeten opnemen tegen 89,2% van de zorgberoepen die (bijna) allemaal dromen van een autonome beroepsuitoefening. Het quasi monopolie van de voorschrijvende alleswetende arts wil onze minister graag op de schop. Zolang het artsenberoep maar niet op de mestvaalt terecht komt!

¹²³ Bedoeld wordt het KB van 10.05.2015 houdende coördinatie van het KB nr. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS 18.06.2015).

¹²⁴ *Jaarverslag 2016 van de Planningscommissie – medisch aanbod. Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België*, Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017.

¹²⁵ "Hervorming KB nr. 78 uit de startbokken". *Artsenkrant* 07.10.2016.

¹²⁶ "AR78 : lancement des festivités". *Journal du Médecin*, 02.10.2016.

	Gedomicilieerd in en buiten België	Gedomicilieerd in België
Artzen gemachtigd om hun beroep uit te oefenen	61.899	52.694
Tandartsen gemachtigd om hun beroep uit te oefenen	11.066	9.650
(Stomatologen ¹²⁷)	(388)	(357)
Kinesitherapeuten	38.737	33.438
Verpleegkundigen	198.030	186.291
Vroedvrouwen	11.808	10.969
Zorgkundigen	124.111	118.761
Apothekers	20.696	19.618
Paramedici	58.729	56.433
Farmaceutisch-technisch assistenten	11.505	11.355
Diëtisten	5.195	5.027
Ergotherapeuten	10.350	9.996
Audiciens	1.658	1.588
Audiologen	1.055	1.033
Orthoptisten	146	125
Logopedisten	15.065	13.876
Technologen medische beeldvorming	2.602	2.416
Medisch laboratoriumtechnologen	10.548	10.452
TOTAAL AANTAL BEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSBEROEPEN	524.471	487.289

Bron: Jaarstatistieken 2016 m.b.t. de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België Tabel 4
http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2016_nl_0.pdf

De bovenstaande cijfers van de FOD Volksgezondheid (tabel 4) wijken af aan de RIZIV-cijfers omdat – wat de artsen betreft – het RIZIV alleen artsen opneemt die minstens twee verstrekkingen per jaar attesteren. Mijn jaarverslagen spelen ook korter op de bal; omdat ik sinds jaren de stand van zaken per 1 februari van het lopende jaar gebruik, afkomstig van de accrediteringsstuurgroep binnen het RIZIV.

¹²⁷ In België wordt stomatologie beschouwd als een medisch specialisme, in de Europese gegevens worden stomatologen als tandartsen beschouwd. In de tabel hierboven zijn de stomatologen volgens de Belgische wetgeving ingedeeld bij de artsen-specialisten. Ze staan in de tabel dus tussen haakjes, maar worden niet meegerekend in het totaal om te voorkomen dat ze twee keer meegeteld worden.

Vergelijking aantal artsen 01.02.2017 - 01.02.2018

		2018	2017	Vershil 2017-2018
1	Huisartsen in opleiding 005-006	1.339	1.192	+12,33
2	Medische oncologie	287	266	+7,89
3	Arts-specialist in opleiding (ASO)	5.201	4.918	+5,75
4	Acute geneeskunde en urgentiegen.	979	926	+5,72
5	Neurochirurgie	242	231	+4,76
6	Reumatologie	258	247	+4,45
7	Anesthesie	2.310	2.226	+3,77
8	Geriatric	326	315	+3,49
9	Stomatologie	360	349	+3,15
10	Neurologie	620	602	+2,99
11	TOTAAL ERKENDE SPECIALISTEN + ASO	31.588	30.753	+2,72
12	Urologie	475	463	+2,59
13	TOTAAL ARTSEN	51.285	50.034	+2,50
14	Fysische geneesk. en fysiotherapie	559	546	+2,38
15	Pneumologie	597	584	+2,23
16	Pediatrie + kinderneurologie	1.838	1.799	+2,17
17	Artsen 000 & 009	1.982	1.940	+2,16
18	TOTAAL NIET-SPECIALISTEN	19.697	19.281	+2,16
19	Psychiatrie	2.095	2.051	+2,15
20	TOTAAL ERKENDE SPECIALISTEN	26.387	25.835	+2,14
21	Orthopedie	1.158	1.135	+2,03
22	Gastro-enterologie	758	743	+2,02
23	O.R.L.	733	719	+1,95
24	Oftalmologie	1.216	1.193	+1,93
25	Radiologie	1.820	1.786	+1,90
26	Dermato-venerologie	818	803	+1,87
27	Gynaecologie-verloskunde	1.649	1.619	+1,85
28	Nucleaire geneeskunde	337	331	+1,81
29	Radiotherapie	231	227	+1,76
30	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.704	1.675	+1,73
31	Erkende huisartsen 003-004-007-008	14.967	14.716	+1,71
32	Chirurgie	1.609	1.584	+1,58
33	Cardiologie	1.210	1.193	+1,42
34	Plastische chirurgie	301	297	+1,35
35	Pathologische anatomie	364	364	0
36	Klinische biologie	626	629	-0,48
37	Algemeen geneeskundigen 001-002	1.409	1.433	-1,67
38	Apothekers-biologen	657	671	-2,09
39	Andere specialismen	60	62	-3,23
40	Neuropsychiatrie	190	199	-4,52

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 19.01.2018 en VBS-jaarsverslag 2016 (04.02.2017)

Tabel 5

Als we de RIZIV-cijfers van 01.02.2018 met 01.02.2017 (cf. tabel 5) vergelijken, merken we de sterkste procentuele stijging bij de huisartsen in opleiding (HAIO's) : + 12,33%, tegenover de langzame stijging bij de erkende huisartsen met 1,71%. De stijging bij de artsen-specialisten in opleiding (ASO's) bedraagt 5,75%, tegenover de langzamere stijging van de erkende specialismen met 2,14%. De globale actieve artsenpopulatie stijgt met 2,50 % van 50.034 naar 51.285. Onder 12 groepen die sterker stijgen dan de globale actieve artsenpopulatie vallen als grote stijgers vooral de medisch oncologen (+ 7,89) en de urgentisten (+ 5,72%) op. Het betreft relatief jonge specialismen. De reumatologen die jarenlang weinig jong bloed zagen aankomen, stijgen nu met 11 erkende collega's (+4,45%). Bij de neuropsychiaters

komen er geen nieuwe collega's meer bij sinds de opsplitsing van de beroepstitel in neurologie¹²⁸ en psychiatrie¹²⁹.

Opmerkelijk is de blijvende toename van de 000-¹³⁰ en 009¹³¹-artsen. Dezen kunnen nauwelijks klinische activiteit ontplooiën die behoort tot de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen en die terugbetaald wordt in de context van het RIZIV. Tussen 2013 en 2018¹³² steeg hun aantal van 1.478 naar 1.982 of + 34,1 of gemiddeld 6,1 % per jaar. De Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen vermoedt dat het om buitenlandse artsen gaat die, in de context van een medische-wetenschappelijke samenwerking met landen die geen lidstaat zijn van de Europese Unie, in België *“een beperkte klinische opleiding kunnen volgen in zekere delen van de geneeskunst”*¹³³. Vooral sommige Franstalige universiteiten gebruiken deze methode; het betreft de zogenaamde “fellows”. In het voorontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering voorziet minister DE BLOCK een kennistest van de taal van het gewest waar de arts praktijk wil voeren, zoals ze ook in een interview liet weten¹³⁴. Het visum wordt verplicht gekoppeld aan een e-portfolio en een professionele eID.

2018 wordt het jaar van de dubbele cohort. Als raadgever medische aangelegenheden en projectleider hervorming wetgeving en uitoefening gezondheidszorgberoep op het kabinet van minister DE BLOCK, heeft Prof. Dr. Koen VANDEWOUDE op de Hoge Raad voor artsen-specialisten en huisartsen van 12.10.2017 zijn “Groenboek”¹³⁵ voorgesteld over de financiering en programmatie van stages voor artsen in de context van de dubbele cohort 2018-2024. Het voorstel werd al te groen bevonden en werd om diverse redenen ijzig ontvangen, vooral door de leden-huisartsen binnen de Hoge Raad. Om de dubbele cohort op te vangen werd voor de huisartsen in opleiding onder meer de verplichting opgeheven om voor de jaren 2018 tot en met 2024 zes maanden ziekenhuisstage te doorlopen¹³⁶. De Vlaamse erkenningscommissie huisartsen heeft aangekondigd dit niet toe te staan. Zowel voor de HAO's¹³⁷ als ASO's¹³⁸ werd de mogelijkheid van parttime opleiding gecreëerd, met een minimale activiteitsgraad van 50 %. Een halftijdse opleiding aanvaarden, zonder beperking van het aantal jaren dat dit tijdens het curriculum is toegestaan, leek voor alle leden van de Hoge Raad onaanvaardbaar. Beide nieuwigheden stuitten dus op veel verzet. Toch werden die elementen van het Groenboek ongewijzigd opgenomen in de ministeriële besluiten van 06.10.2017, want er werd ook al op 22.02.2017 over gediscuteerd in de Hoge Raad. De Hoge Raad moet immers alleen maar een advies geven. De minister is niet verplicht zijn afwijzende (of goedkeurende) houding te volgen. Het komt elke erkenningscommissie toe te oordelen of het door de ASO of HAO ingediend stageplan voldoet aan de vereisten van de specifieke opleiding. Een 12 jaar durende halftijdse opleiding in de chirurgie of gynaecologie is, bij wijze van voorbeeld, allicht niet echt aangewezen. Bovendien is het niet interessant

¹²⁸ MB van 29.07.1987 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten voor de specialiteiten van de neurologie en de psychiatrie. Opgeheven voor wat betreft de psychiatrie door MB 03.01.2002.

¹²⁹ MB van 03.01.2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de volwassenpsychiatrie en van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie (BS 21.02.2002).

¹³⁰ Arts ingeschreven na 31.12.2004.

¹³¹ Arts ingeschreven tussen 01.01.1995 en 31.12.2004.

¹³² Cf. tabellen over de accreditering, VBS jaarverslagen over 2013 tot en met 2016.

¹³³ Artikelen 145 en 146 van het KB van 10.05.2015 houdende coördinatie van het KB nr. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS 18.06.2015).

¹³⁴ Niemand weet alles, dat is het begin van alle wijsheid”. Artsenkrant, 15.12.2017. “Personne ne sait tout, c’est le début de la sagesse”. Journal du Médecin, 15.12.2017.

¹³⁵ Groenboek financiering en programmatie van stages voor artsen. Dubbele cohorte 2018-2024. Naar een geïntegreerde oplossing voor stagecapaciteit, financiering van stage en kwaliteitsbewaking. Oktober 2017.

¹³⁶ Artikel 2 en 3 van het MB van 06.10.2017 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen (BS 31.10.2017)

¹³⁷ Artikelen van het MB van 06.10.2017 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen (BS 31.10.2017)

¹³⁸ Artikel 4 van het MB van 06.10.2017 tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten (BS 31.10.2017).

voor de betrokken ASO: een halftijdse opleiding staat gelijk met halftijds loon en halftijdse pensioenopbouw. Over een part- of halftime opleiding gedurende een beperkt aantal jaren werden er geen problemen gemaakt. De assistenten zijn er vragende partij voor.

Over de financiering van de dubbele cohort heeft het Groenboek concrete ideeën. Er wordt voorgesteld om een interadministratieve structuur op te richten met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering om de financiering te regelen. Vandaag zijn er al financiële middelen beschikbaar uit het gedeelte B7A van het budget van financiële middelen voor de universitaire ziekenhuizen (per assistent en per stagemeester), er zijn de honoraria voor hulp bij een operatieve ingreep, en sinds het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015 voor de jaren 2016 en 2017¹³⁹ werd 10 miljoen euro gebudgetteerd voor de stagemeesters in niet-universitaire ziekenhuizen. Deze bedragen dienen aangevuld met middelen van het RIZIV. Het Groenboek verantwoordt dit omdat een goede opleiding van artsen, conform kwaliteitsstandaarden, uiteindelijk de financiële stabiliteit van het stelsel van de verplichte ziekteverzekering ten goede komt. Het Groenboek stelt voor om vouchers toe te wijzen aan artsen in opleiding. Ze kunnen die bezorgen aan hun stagemeester nadat ze een evaluatie over hun stagemeester maakten. De stagemeester kan dan die vouchers verzilveren. De ziekenhuizen verzetten zich heftig tegen dit systeem, omdat het een prefinanciering betreft. Voor de erkende stagemeesters betekent het een verderzetting van het bestaande betalingsstelsel aan hun ASO's met dien verstande dat ze post factum het betaalde loon recupereren.

De interadministratieve structuur voor de opleiding van artsen-specialisten moet nauw samenwerken met de Planningscommissie en de Hoge Raad. Deze structuur zal niet de vorm aannemen zoals bij de huisartsen, waar de vzw SUI en de asbl CCFFMG¹⁴⁰ de opvolging van de stages, wachtdiensten en de eraan gekoppelde loonadministratie opvolgen of uitbesteden. Beide organisaties zijn quasi volledig in handen van de universiteiten. VBS en BVAS willen niet in die valkuil trappen. De specialisten willen nauw betrokken blijven bij de opleiding. Voor de jaren 2016 en 2017 moet het bedrag van 10 miljoen euro verdeeld worden volgens de afspraken die gemaakt werden in de nationale commissie artsen-ziekenfondsen, maar die nog niet werden gepubliceerd.

Het gaat om 1.510,57 euro tegemoetkoming per maand effectieve stagebegeleiding per stagemeester voor de referentiejaren 2016 en 2017¹⁴¹. Voor de daaropvolgende jaren zal vanaf 2018 worden overgegaan naar het nieuwe systeem. Ten gevolge van de dubbele cohort zal ook het aantal stagemeesters tijdelijk toenemen.

4.6 Numerus Clausus

Het was een historisch moment toen op 08.09.2017 het eerste ingangsexamen geneeskunde en tandheelkunde werd georganiseerd door de Franstaligen. De Franstalige pers had die week nog allerlei rampscenario's voorspeld. De krant *Le Soir* had in drie afleveringen de ondergang van de huisartsgeneeskunde ten zuiden van de taalgrens afgeschilderd¹⁴². De krant voorspelde 4.500 kandidaten om mee te doen aan het ingangsexamen. Het cijfer werd overgenomen door de medische pers¹⁴³. Van de 4.080 ingeschreven kandidaten kwamen er 3.473 opdagen in paleis 5 van de Heizel op 08.09.2017¹⁴⁴. 57 niet-residenten inclusief, slaagden er 641 kandidaten of 18,46 %. Dit zijn er 34 meer dan

¹³⁹ Punt 4.2.10. van het akkoord artsen-ziekenfondsen afgesloten d.d. 22.12.2015 voor de jaren 2016-2017 en overgenomen in de akkoorden van 27.03.2017 en 18.12.2017.

¹⁴⁰ Centre de coordination francophone pour la formation de médecins généralistes.

¹⁴¹ Nota NCAZ 2017/60 10.07.2017 Toewijzing en verdeling van het budget van 10 miljoen euro voor de stagemeesters van artsen-specialisten in opleiding in een niet-universitair ziekenhuismilieu

¹⁴² "Moitié moins de généralistes dans vingt ans". *Le Soir*, 04.09.2017.

¹⁴³ "Rampscenario's voor de Franstalige huisartsgeneeskunde". *Artsenkrant*, 08.09.2017. "Scénarios-catastrophes pour la médecine générale". *Le Journal du Médecin*, 08.09.2017.

¹⁴⁴ "Toubib or not toubib". *L'Echo*, 09.09.2017.

het aantal van 607 dat bij koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod voor het jaar 2023 is vastgelegd voor het Franstalige landsgedeelte (cf. tabel 6).

Maximum aantal geattesteerde kandidaten

	België	Vlaanderen	Franse Gemeenschap
2008-2011	757	454	303
2012	890	534	356
2013	975	585	390
2014	1.025	615	410
2015-2017	1.230	738	492
2018	2.460	1.476	984
2019-2021	1.230	738	492
2023	1.445	838	607

Bron : KB 12.06.2008, gewijzigd bij KB's van 07.05.2010, 01.09.2012, 30.08.2015, 22.06.2017 en 31.07.2017 Tabel 6

Het lage slaagpercentage leidt tot commentaar. Minister Maggie DE BLOCK vindt dat het examen efficiënt was. De studentenverenigingen menen dat het examen vooral aantoont dat het secundair onderwijs in Wallonië beneden peil is en dat men dus rijke ouders moet hebben om kinderen naar een gerenommeerde middelbare school te sturen of hen voorbereidende bijlessen te laten volgen¹⁴⁵.

De protesten en de rechtszaken tegen het ingangsexamen halen bijna dagelijks de Franstalige media. Het cdH, Défi, PS en Ecolo dienden op 20.10.2017 in het Franstalige Brusselse parlement een belangenconflict in tegen een ontwerp van wet dat in de toekomst de quota bij wet zal toekennen. De Planningscommissie zal het totale aantal artsen berekenen dat België nodig heeft en het Rekenhof zal een verdeelsleutel maken om de verdeling over de Gemeenschappen vast te leggen¹⁴⁶. Als argumentatie geeft het cdH onder meer aan dat de Planningscommissie geen wetenschappelijke methodologie heeft gebruikt en dat de federale minister Maggie DE BLOCK zich inzake het medisch aanbod laat dicteren door de N-VA, wat schadelijk is voor de gezondheidszorg van de Franstaligen¹⁴⁷. Volksvertegenwoordiger en collega Cathérine FONCK ziet het helemaal communautair. Ze beschuldigt de Vlamingen dat ze de Franstaligen kwetsen om het plezier hen te kwetsen¹⁴⁸. Het inroepen van een belangenconflict door de Cocof¹⁴⁹ zal de totstandkoming van de wet alleen maar vertragen.

Ondertussen heeft Vlaanderen, na 20 jaar lang een ingangsexamen te hebben georganiseerd (un examen d'entrée), beslist het te vervangen door een vergelijkend examen (un concours d'entrée), zoals dat sinds altijd al bestaan heeft in Frankrijk. Alleen de 1.102 besten zullen de geneeskundestudies mogen aanvatten. Vlaanderen zal een apart examen voor artsen en één voor tandartsen organiseren, en nog slechts eenmaal per jaar. De numerus clausus wordt een numerus fixus¹⁵⁰. De eerste editie van dit vergelijkend examen zal plaatsvinden op 03.07.2018 voor de artsen en op 04.07.2018 voor de tandartsen. Bij een numerus fixus kan er maar één zittijd zijn¹⁵¹. Merkwaardig genoeg heeft de Franse Gemeenschap net nu beslist om in 2018 twee zittijden voor het ingangsexamen geneeskunde te organiseren: de eerste op 06.07.2018 en de tweede op 05.09.2018¹⁵².

¹⁴⁵ "Le faible taux de réussite en médecine attise des polémiques". La Libre Belgique, 18.09.2017.

¹⁴⁶ "Franstaligen zetten nieuwe wetgeving RIZIV-nummers on hold". Artsenkrant, 10.10.2017.

¹⁴⁷ "Le CDH dépose une motion en conflit d'intérêts. Quotas INAMI". Le Soir, 23.09.2017.

¹⁴⁸ "Faire mal aux francophones pour le plaisir de leur faire mal". Le Soir, 07.10.2017.

¹⁴⁹ La Commission communautaire française neemt de gemeenschapsbevoegdheden waar in het Brusselse Gewest die tot de Franse Gemeenschap behoren: cultuur, onderwijs, volksgezondheid en maatschappelijk welzijn.

¹⁵⁰ "Enkel beste studenten mogen nog beginnen aan opleiding arts en tandarts". Het Laatste Nieuws. 07.10.2017.

¹⁵¹ "Vergelijkend toegangsexamen toegankelijk en fair". Artsenkrant 12.01.2018.

¹⁵² "Examen d'entrée en médecine: les étudiants auront deux chances". La Libre Belgique, 24.01.2018.

Over de uitsplitsing van het globaal aantal artsen heeft de federale overheid niets te zeggen, maar ze geeft de berekeningscijfers van de Planningscommissie ter informatie mee in het KB van 23.07.2017¹⁵³

	VL Gem.	FR. Gem.	Tot.
Huisartsgeneeskunde	362	266	628
Psychiatrie (3 titels)	36	27	63
Acute en urgentie-geneeskunde	43	38	81
Geriatricie	25	15	40
Reumatologie	11	9	20
Klinische biologie	12	8	20
Pathologische anatomie	9	6	15
Oftalmologie	22	14	36
Otorinolaryngologie	12	8	20
Dermato-venereologie	9	9	18
Inwendige geneeskunde	45	35	80
Cardiologie	12	8	20
Gastro-enterologie	15	8	23
Pneumologie	10	6	16
Fysische geneeskunde en revalidatie	11	7	18
Medische oncologie	7	7	14
Anesthesie-reanimatie	50	35	85
Plastische heelkunde	5	3	8
Neurochirurgie	4	3	7
Stomatologie	6	3	9
Orthopedische heelkunde	15	10	25
Urologie	10	5	15
Nucleaire geneeskunde	6	5	11
Neuropsychiatrie en Neurologie	24	15	39
Gynaecologie-verloskunde	19	15	34
Pediatrie	20	15	35
Radiotherapie-oncologie	3	2	5
Radiodiagnose	15	10	25
Heelkunde	20	15	35
FEDERALE QUOTA	838	607	1445

Bron: KB 31.07.2017

Tabel 7

Belangrijk is dat het Belgisch Staatsblad de mening van de leden van de Commissie mededeelt: "... dat de contingentering van de toegang tot de beroepstitels in België enkel kan blijven voortbestaan indien tegelijkertijd een regeling wordt uitgewerkt voor de instroom van artsen die opgeleid werden in het buitenland." Zo niet is het geleverde werk zinloos.

4.7 Euthanasie

In haar zevende verslag aan de wetgevende kamers¹⁵⁴, onderzocht de federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie de registratiedocumenten die ingediend werden voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgevoerd in de periode tussen 1 januari 2014 en 31 december 2015. Over de jaren 2016 en 2017 zijn er nog geen cijfers.

¹⁵³ KB van 31.07.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (BS 10.08.2017; Ed. 1).

¹⁵⁴ <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-euthanasieverslag-2016>

In 2014 werden 1.928 aangiftes ontvangen, in 2015 waren er dat 2.022. Zoals steeds \pm 80 % van Vlaamse origine (cf. tabel 8).

Aantal uitgevoerde euthanasiegevallen in België

Jaar	Totaal aantal	Vlamingen	Franstaligen	% Franstaligen
2002	24	17	7	29,2
2003	235	199	36	15,3
2004	349	304	45	12,9
2005	393	332	61	15,5
2006	429	340	89	20,7
2007	495	412	83	16,8
2008	704	578	126	17,9
2009	822	656	166	20,2
2010	953	809	144	15,1
2011	1.133	918	215	19,0
2012	1.432	1.156	276	19,3
2013	1.807	1.454	353	19,5
2014	1.928	1.523	405	21,0
2015	2.022	1.629	393	19,4
Totaal	12.726	10.327	2.399	18,9

Bron: rapporten federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie, o.m. 'Zevende verslag aan de wetgevende kamers', jaren 2014-2015

Tabel 8

Van de groep van geëuthanaseerde patiënten maken de 70-plussers 62,9 % uit. Er waren geen euthanasieën beneden de leeftijd van 18 jaar. Er waren evenveel mannen als vrouwen en de euthanasie werd het vaakst thuis uitgevoerd.

Een vorm van kanker lag in 67,7 % (2.675 personen) van de gevallen aan de basis van een verzoek tot euthanasie. Hun overlijden werd doorgaans binnen afzienbare termijn verwacht. Polypathologie is de 2^{de} belangrijkste groep met 9,7 % (685 personen). Psychische stoornissen en gedragsstoornissen staan op de 5^{de} plaats met 3,1% (124 personen). Bij deze twee laatste groepen werd het overlijden niet binnen afzienbare termijn verwacht.

Citaat uit het verslag dat op 09.08.2016 unaniem werd goedgekeurd.: *“De Commissie is van mening dat de toepassing van de wet geen noemenswaardige problemen heeft opgeleverd of aanleiding heeft gegeven tot misbruiken die wetswijzigingen zouden noodzakelijk maken.”*

Nochtans was over de psychiatrische patiënten heel wat te doen in 2017, terwijl de polypathologiegroep vooral in 2016 aandacht kreeg. Er heerste toen grote ongerustheid over uitspraken naar aanleiding van de penibele omstandigheden in sommige rusthuizen, zoals die van CM-voorzitter Luc VAN GORP. Hij legde euthanasie en de kwaliteit van het leven in de balans¹⁵⁵.

Ondertussen is de euthanasiewet 15 jaar in voege in België¹⁵⁶. Ze werd nog nooit geëvalueerd. Wie er vragen over stelt¹⁵⁷ krijgt onmiddellijk een sneer van de voorzitter van de euthanasiecommissie, Prof. Dr. Wim DISTELMANS¹⁵⁸, en tevens voorzitter van het erg euthanasiegeoriënteerde Leif¹⁵⁹. Eind 2017 stapte een lid van de euthanasiecommissie op omdat hij niet akkoord ging met een beslissing om een dossier niet door te sturen naar de Procureur des Konings. Het dossier betreffende de euthanasie op een vrouw met dementie voldeed volgens hem niet aan de essentiële voorwaarden van de wet, maar

¹⁵⁵ “Vroeger was doodgaan gratis”. De Standaard, 26.08.2016.

¹⁵⁶ Wet van 28.05.2002 betreffende de euthanasie (B.S. 22.06.2002).

¹⁵⁷ “Eerst de wet evalueren zoals ze nu wordt toegepast”. Kamerlid Els Van Hoof in de Kamer. De Standaard, 16.11.2016.

¹⁵⁸ “Zindelijke vragen graag”. De Standaard, 18.11.2016 en: “Formulier invullen volstaat niet”. De Standaard, 17.01.2017.

¹⁵⁹ Levensende informatie forum.

er was geen 2/3^{de} meerderheid om het dossier over te maken aan het Gerecht. Het werd dus zonder gevolg geklasseerd^{160,161}.

De euthanasieobby wint het van de bevolkingsgroep die de absolute autonomie ondergeschikt acht aan de waarde van het leven en de sociale omgeving. Euthanasie is in de publieke opinie banaal geworden. Maar niet voor de arts die ze in eer en geweten uitvoert. Binnenkort is dat debat misschien voorbij. Bij het begin van het nieuwe jaar 2018 lazen we in de media, tussen de wensen voor een goede gezondheid en een heilzaam jaar door, dat de groepsaankoop voor een zelfdodingspil op komst is¹⁶², dus een soort vorm van korting bij euthanasie, beweerde een andere krant zonder veel kennis van zaken¹⁶³. Zal deze comfortabele vorm van selfservice voor suïcide alle debatten over het groeiende verzet tegen euthanasie bij psychisch lijden en bij dementerenden^{164,165}, over de palliatieve sedatie¹⁶⁶, over levensbeëindiging bij levensmoeheid¹⁶⁷ of bij polypathologie kortsluiten? En meteen het oorlogje beslechten tussen de Belgisch Broeders van Liefde en het Vaticaan over de toelating van euthanasie in hun psychiatrische ziekenhuizen¹⁶⁸? Zelfs de artsenopleiding zou er kunnen wel bij varen: de verdeler van die 'wonderpil' kan met de decanen van de geneeskundefaculiteiten afspraken maken wanneer en waar er zich iemand zal zelfmoorden.

Uit de pen van Prof. Luc DELIENS, medisch socioloog, VUB, adviseerde de (Vlaamse) Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) dat artsen om erkend te worden best eerst een mens zien sterven¹⁶⁹. Alle gekheid ter zijde, de vaststelling dat dergelijke artikelen vooral de media halen tijdens de nieuwsarme verlofperiodes (augustus en eind december, begin januari) inclusief, moeten in de eerste plaats artsen en ethici weten waar ze heen willen. Ethici lopen altijd achterop op de razendsnelle evoluties binnen de wetenschap. Straks kennen de artsen van voor de geboorte het genoom van iedere foetus en van zijn ouders. Zullen er dan alleen nog psychiaters nodig zijn die hysterische, depressieve en psychotisch reagerende ouders zullen moeten opvangen nadat hen bekend werd welk fysiek en psychisch onheil hun toekomstige kroost, en eventueel henzelf, te wachten staat? Of gaan de klinisch genetici die informatieve taak van de gynaecologen overnemen, nadat ze via een volautomatisch moleculair biologische analyse-systeem en via een webapplicatie de goede van de slechte genetische patronen hebben onderscheiden¹⁷⁰? Gaan ethici en artsen ingaan tegen de druk van de sociale omgeving en van de verzekeraars om de enorme besparingsmogelijkheden aan te grijpen die volgens sommigen voor het rapen liggen bij het begin en het einde van het leven?

We kunnen de vragen eens voorleggen aan huidig Kamervoorzitter Siegfried BRACKE. In 1999 was hij nog sterjournalist bij de VRT. VBS en BVAS hadden zich toen uitgesproken tegen de nakende euthanasiewet. Hij had toen één enkele vraag voor zijn blitzinterview: *"Is het niet zo dat de artsen tegen een euthanasiewet zijn omdat je een overledene geen factuur meer kunt sturen?"*¹⁷¹ Ondertussen is de steller van dergelijk laag-bij-de-grondse vragen de eerste burger van het land. Het politiek debat over inkrimping, uitbreiding of wat dan ook met de euthanasiewet, ziet er beroerd uit.

¹⁶⁰ "Un cas d'arrêt actif de vie secoue la commission de contrôle de l'euthanasie". La Libre Belgique, 05.01.2018.

¹⁶¹ "Clash et démission au sein de la Commission fédéral de contrôle de l'euthanasie". Journal du Médecin, 12.01.2018.

¹⁶² "Groepsaankoop voor zelfdodingspil". De Morgen, 02.01.2018.

¹⁶³ "Nu ook groepsaankoop voor ... euthanasie". Het Laatste Nieuws, 02.01.2018.

¹⁶⁴ "In de geep van de euthanasieobby". De Standaard, 27.12.2017.

¹⁶⁵ "Verzet tegen euthanasie bij psychisch lijden neemt toe". De Morgen, 09.01.2018.

¹⁶⁶ "Palliatieve sedatie moet uit de schemerzone". De Morgen, 30.12.2017.

¹⁶⁷ "Euthanasie bij levensmoeheid komt er. Gegarandeerd". Prof. Etienne Vermeersch in De Morgen, 19.08.2017.

¹⁶⁸ "Vaticaan kapittelt Belgische Broeders van Liefde". De Tijd, 09.08.2017.

¹⁶⁹ "Wie arts wil worden, moet een mens zien sterven". De Standaard, 04.10.2017.

¹⁷⁰ "Web platform vs in-person genetic counselor for return of carrier results from exome sequencing". Barbara B. Biesecker; Katie L. Lewis, et al. . Jama, January 22, 2018.

¹⁷¹ "Van nu, besparingen zonder einde, en straks, Soylent Green". VBS jaarverslag 2005, 04.02.2006, pag. 14-16.

4.8 Protocolakkoord Medische Beeldvorming: van de ene onaangename verrassing in de andere...

4.8.1 Even terug naar juni 2014

In het VBS-jaarverslag 2014¹⁷² werd reeds melding gemaakt van het protocolakkoord inzake medische beeldvorming, dat na aanslepende onderhandelingen in 2014 werd gesloten en gepubliceerd¹⁷³.

Het is een zeer uitgebreid akkoord, waarin besloten wordt tot een uitbreiding van het aantal NMR-toestellen (12 extra) en PET-toestellen (ook 12 extra, met nog bijkomende capaciteit voor universitaire toestellen voor wetenschappelijk onderzoek), maar dat ook afspraken bevat om de plaatsing en uitbating van niet-erkende toestellen onmogelijk te maken via een landelijk register van ‘zware medische apparatuur’, een streng handhavingsbeleid en de aanzet tot een moratorium op het plaatsen van nieuwe toestellen.

In 2015 kwam de toestemming van de bevoegde Vlaamse minister VANDEURZEN voor de erkenning van de 7 bijkomende NMR-toestellen in Vlaanderen, ondanks bezwaar van ziekenhuisassociaties die uit de boot waren gevallen. Hun juridische procedures tegen die erkenningen liepen ook in 2017 nog steeds door.

In 2016 werd via het kadaster van zware medische toestellen vastgesteld dat op het Belgisch grondgebied maar liefst 17 NMR-toestellen operationeel waren die niet over de nodige vergunning beschikten.

In plaats van een voorziene uitbreiding van de NMR-capaciteit met 12 toestellen zitten we nu met een inkrimping van de capaciteit met een equivalent van 5 toestellen: 12 nieuwe (“witte”) toestellen erbij, maar 17 “zwarte” eraf! Als gevolg hiervan is er in de cijfers van het RIZIV dus ook helemaal geen verschuiving te merken van CT-onderzoeken naar NMR-onderzoeken. De radiologen krijgen het verwijt dat zij zich niet aan de afspraak gehouden hebben want ondanks de “uitbreiding” van het NMR-camerapark merkt het RIZIV helemaal geen daling van het aantal CT-onderzoeken... Om de feitelijke inkrimping van de NMR-capaciteit op te vangen, is een verdere uitbreiding van de NMR-capaciteit noodzakelijk: een protocolakkoord bis inzake medische beeldvorming was geboren.

4.8.2 En toen werd het 2017

Om tot een protocolakkoord bis te komen moesten er verschillende struikelblokken overwonnen worden. Een van de belangrijkste ervan, hoe kan het ook anders, was het financiële plaatje: hoe meer doen met hetzelfde (of minder) geld? Over deze aartsmoeilijke opdracht werd door alle partijen en in alle discretie nagedacht. Een aantal pistes werd informeel besproken.

Dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid menens was met het kadaster zware medische apparatuur en het daaraan gekoppelde handhavingsbeleid werd midden het zomerverlof duidelijk. Daags voor de nationale feestdag, 20.07.2017, vonden enkele ziekenhuizen een verrassing van formaat in hun brievenbus.

Het RIZIV had namelijk een aantal pro justitia’s uitgeschreven voor de niet-erkende toestellen. Het vorderde in totaal 13,4 miljoen euro terug van de ziekenhuizen waar een niet-erkende NMR in werking was. Het kadaster zware medische beeldvorming had namelijk alle ziekenhuizen verplicht om tegen 01.06.2016 het aantal NMR-toestellen waarover ze beschikten over te maken aan de bevoegde instanties. Hierdoor was het vrij eenvoudig voor het RIZIV om vast te stellen dat een aantal toestellen niet erkend was. Vóór de datum van 01.06.2016 kon het RIZIV dat niet gedocumenteerd aantonen. Volgens een pro-rata tussen het totaal aantal toestellen en de niet-erkende toestellen in elk ziekenhuis

¹⁷² “Licht op Blauw voor verandering”. VBS-jaarverslag 2014, Dr. M. Moens pag. 29 e.v.

¹⁷³ Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming van 28.02.2014, getekend door 8 ministers (BS 20.06.2014; Ed. 4)

werden de prestaties teruggevorderd die geleverd waren tussen 07.01.2015 en 2017. De datum van 07.01.2015 is de wettelijk verste termijn dat het RIZIV kon terugkeren in de tijd.

Dat dit niet op applaus werd onthaald bij de betrokkenen is een understatement. Vooral de wijze waarop dit gebeurde, zette kwaad bloed. Het protocolakkoord was afgesloten om een historisch gegroeide troebele situatie prospectief te remediëren. En een van de eerste gevolgen die de sector nu zag, was het retrospectief gebruik van het akkoord om te bestraffen. Zeker omdat de betrokken ziekenhuizen bij de inwerkingtreding van het protocolakkoord deze toestellen buiten bedrijf hadden gesteld. Een terugvordering na de datum van 01.06.2016 ware logischer geweest en in overeenstemming met de geest van het protocolakkoord. Ter vergelijking: een aantal jaar geleden werd bij een dading voor niet-erkende PET-toestellen een veel lager bedrag teruggevorderd.

Zoals reeds in het vorige jaarverslag vermeld werd er in 2016 een besparing van 47,8 miljoen euro opgelegd aan het budget medische beeldvorming. Die kreeg haar uitvoering in 2017: 1,66% indexbesparing, extra afname van de resterende 0,83% index, ingreep op de duplex ledematen, op de echografie van abdomen en hart, ingreep op de CT rotsbeenderen en tot slot ook nog een flinke besparing op de simulatie-CT bij radiotherapie.

4.8.3 Wat brengt 2018?

Voor de definitieve uitgavencijfers van 2017 is het nog wachten tot juni 2018. De reeds gekende cijfers laten geen kostenexplosie zien. Zowel het aantal onderzoeken als de uitgaven van MRI stijgen sneller dan die van CT, maar al de stijgingen zijn lineair en liggen lager dan de globale stijging van de medische uitgaven.

Dat het in een dergelijk klimaat niet vanzelfsprekend is om verder te onderhandelen over nieuwe uitbreidingen naar NMR-capaciteit is evident. We stellen ook vast dat het aantal uitgevoerde onderzoeken blijft stijgen omdat sommige van de bestaande toestellen flink wat overuren draaien, 's nachts en in het weekend. Het blijft dan ook zeer moeilijk om de effectieve toekomstige nood aan NMR-capaciteit in te schatten, binnen een normale werkweek.

De technisch geneeskundige raad heeft in 2017 meermaals vergaderd in een zoektocht naar een oplossing voor de prangende onderfinanciering van de interventionele radiologie. Het is een zeer complex dossier, waarbij meerdere disciplines betrokken zijn: interventionele radiologen, neurologen, cardiologen, neurochirurgen, cardiochirurgen. Ook de vergoeding van de medische hulpmiddelen speelt een belangrijke rol in dit dossier. Begin 2018 lijkt een oplossing in de maak.

Binnen de schoot van de FOD Volksgezondheid draait het overlegplatform BELMIP¹⁷⁴ op volle toeren. De uitrol van een actief beslissingsondersteunend hulpmiddel, de iGuide, gebaseerd op aanbevelingen van de European Society of Radiology, loopt verder. In de loop van 2018 zullen een aantal ziekenhuizen een pilootfase opstarten om dan in de loop van 2019 deze iGuide in gans België te implementeren.

5 Akkoord artsen-ziekenfondsen

5.1 Een ongewoon verloop van het akkoord van 22.12.2015 voor de jaren 2016-2017

Met een aangetekende brief van 05.01.2017 en van 12.01.2017 aan de voorzitter van de nationale commissie artsen-ziekenfondsen, Jo DE COCK, hadden respectievelijk het Kartel en de BVAS de ontbinding van rechtswege betekend van het akkoord van 22.12.2015 voor de jaren 2016 en 2017. De

¹⁷⁴ Belgian Medical Imaging Platform

oorzaak was te vinden in de besparingsmaatregel die de regering de artsen oplegde via de gedeeltelijke inhouding van de index. Omdat die besparing zonder enig overleg was gebeurd via artikel 16 van de Programmawet van 29.12.2016, werd punt 13.1.2.1. van het akkoord ingeroepen¹⁷⁵. Mits flink wat juridisch gepalaver werd het akkoord van rechtswege ontbonden.

Minister DE BLOCK begreep de ernst van de situatie. Op vrijdagmiddag 24.02.2017 om 17 uur kwam ze, samen met haar kabinetschef, Dr. Bert WINNEN, de medicomut overtuigen de overeenkomst weer op gang te trekken mits een reeks toegevingen en beloftes¹⁷⁶. In het afsprakenkader dat ze de medicomut aanbod stonden onder meer vermeld:

- medebetrokkenheid van de ministerraad bij de goedkeuring van een akkoord, inclusief de financiële afspraken die erin zijn vervat;
- aanpassing van de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité;
- een stabiel kader voor de huisartsenwachtposten;
- overgangsmaatregelen (voor oudere artsen) in het eGezondheidsplan;
- gezamenlijk zoeken naar een vertrouwenwekkende governancestructuur van de ziekenhuisnetwerken.

De BVAS nam akte van de uitnodiging tot verderzetting van het overleg, maar argumenteerde dat dit alleen maar mogelijk was in de context van een nieuw akkoord. En zo geschiedde. Op 27.03.2017, en mits de formele belofte door de minister van het realiseren van het afsprakenkader, wordt een nieuw akkoord afgesloten voor de periode van 27.03.2017 tot en met 31.12.2017. De bepalingen van het akkoord van 22.12.2015 die niet gewijzigd worden door het nieuwe akkoord blijven tot 31.12.2017 van kracht. De punten uit het akkoord van 22.12.2015 die reeds werden gerealiseerd worden niet hernomen, maar blijven van toepassing. Het sociaal statuut is voor het volledige jaar 2017 verworven voor de artsen die voor 2017 volledig of gedeeltelijk toegetreten zijn tot het akkoord van 22.12.2015 en tot het nieuwe akkoord voor de rest van 2017.

5.2 Toetreding tot het akkoord van 27.03.2017

In 2017 moest voor het eerst de kennisgeving van een weigering of een gedeeltelijke toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen uitsluitend elektronisch worden doorgegeven via de MyRiziv-module. De module functioneerde weliswaar correct, maar toch ondervonden een aantal collegae technische IT-moeilijkheden, zodat ze niet tijdig hun weigering of partiële toetreding konden doorgeven.

Het akkoord van 27.03.2017 werd bekendgemaakt in het Belgisch staatsblad op 12.04.2017. De artsen hadden dus wettelijk de tijd tot en met 12.05.2017 om hun gedeeltelijke toetreding of weigering mee te delen. Omwille van bovenvermelde technische problemen en om alle artsen toch de mogelijkheid te geven om hun gedeeltelijke toetreding of weigering mee te delen, werd de periode verlengd tot 31.05.2017. De vraag rijst of de artsen die in de periode 13.05.2017 tot en met 31.05.2017 nog reageerden wel werden opgenomen in de deconventiecijfers die werden gepubliceerd. De RIZIV-website meldt klaar en duidelijk: *“In overeenstemming met de wet delen wij hieronder de cijfers mee zoals ze werden geregistreerd op 12 mei 2017, 30 dagen na de publicatie in het Belgisch Staatsblad.”*¹⁷⁷

¹⁷⁵ Het akkoord is van rechtswege ontbonden 30 dagen nadat een van de volgende situaties ontstaat en overeenkomstig de voorwaarden van punt 13.1.2.4:

13.1.2.1. De bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van besparingsmaatregelen die eenzijdig door de regering worden vastgesteld ten aanzien van het huidig begrotingskader, de besparingen en correctie maatregelen vermeld in het akkoord uitgezonderd.

13.1.2.4. Een representatieve organisatie die een ontbinding van rechtswege wenst in te roepen op basis van voornoemde situaties deelt dit mee aan de NCGZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt.

¹⁷⁶ Doc NCAZ 2017-06 bijlage d.d. 24.02.2017

¹⁷⁷ Cf. RIZIV-website: aantallen en percentage toetredingen en weigeringen van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2017.

We hebben die officiële cijfers overgenomen in onze jaarlijkse overzichtstabel (cf. tabel 9). Het valt op dat die deconventiecijfers abnormaal laag zijn. Vb.:

- plastische chirurgie: “slechts” 48,47 % deconventies op 12.05.2017; het laagste deconventiepercentage ooit en ver beneden het gemiddelde van 61,08 % van de voorbije 25 jaar (58,98 % op 02.06.2017; cf. infra);
- dermatologie: 59,75 % op 12.05.2017; het laagste deconventiepercentage ooit en significant beneden het gemiddelde van 64,46 % van de voorbije 25 jaar (68,54% op 02.06.2017);
- het algemene deconventiepercentage: 14,00 % op 12.05.2017 of het laagste deconventiepercentage ooit en significant beneden het gemiddelde van 16,54% van de voorbije 25 jaar (15,93 % op 02.06.2017).

EVOLUTIE DECONVENTIEPERCENTAGES 1993-2017 PER DISCIPLINE

	02.06.2017*	12.05.2017**	22.12.2015	22.12.2014	23.01.2013	21.12.2011	13.12.2010	17.12.2008	20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995
1 Arts Specialist in opleiding (ASO)	0.30	0.24	0.21	0.24	0.46	0.26	0.39	0.27	0.32	0.08	0.43	0.22	0.27	0.62	0.48	0.63
2 Geriatrie	1.25	1.25	1.30	1.69	2.54	2.75	2.56									
3 Acute en urgentiegeneeskunde	1.48	1.28	1.66	2.15	2.46	2.53	2.74									
4 Klinische biologie	3.53	3.04	3.05	3.15	3.35	2.87	3.19	2.56	2.27	2.68	2.12	2.58	0.87	1.31	1.60	2.04
5 Medische oncologie	3.37	3.36	3.57	3.70	4.46	4.48	3.11									
6 Inwendige geneeskunde + endocrino diabet.	3.78	3.24	4.54	4.96	6.10	5.64	5.71	7.48	6.31	6.92	8.17	9.98	10.09	7.73	7.12	7.99
7 Radiotherapie	7.08	5.75	5.45	5.16	5.69	5.56	3.81	4.57	3.74	3.89	5.70	5.30	2.88	3.79	3.91	4.24
8 Nucleaire geneeskunde	6.40	4.85	5.74	5.45	5.72	6.46	6.71	4.39	3.79	4.36	4.09	5.45	3.33	4.50	3.48	4.35
9 Pneumologie	7.08	6.03	7.22	7.16	7.72	7.65	6.87	6.68	5.91	5.16	6.34	7.21	5.92	5.08	5.69	7.43
10 Pathologische anatomie	9.07	7.44	7.74	6.71	7.06	6.82	6.33	6.62	3.81	4.85	4.30	4.76	4.72	3.75	5.02	6.51
11 Anesthesiologie	8.21	7.06	8.45	11.87	12.06	12.41	12.10	12.55	13.60	15.27	14.45	15.63	13.86	14.85	15.28	15.27
12 Neuropsychiatrie	12.57	10.99	9.80	10.19	13.18	13.93	14.91	14.59	12.50	12.85	16.77	16.85	16.15	17.01	16.02	16.03
13 Neurologie	11.59	9.78	11.02	10.25	11.62	12.82	9.94	7.74	4.42	4.81	6.73	7.57	5.30	4.10	4.27	3.33
14 Algemeen geneeskundigen	10.80	9.74	11.46	11.41	12.13	12.11	12.32	13.01	12.49	13.59	15.91	15.78	11.85	14.62	13.88	15.68
15 Psychiatrie	11.99	9.88	11.80	11.15	12.17	11.78	12.18	13.58	11.92	13.20	9.62	9.87	12.08	17.25	12.95	15.02
16 Andere specialiteiten	13.33	11.67	12.31	13.04	9.57	9.80	7.89									
17 Pediatrie + ped. neurologie	12.89	10.89	12.36	11.85	12.00	11.00	10.62	11.21	9.96	9.70	11.70	13.02	12.39	14.36	13.22	14.93
18 Gastro-enterologie	18.97	16.10	17.18	18.18	18.22	16.74	17.55	16.61	14.50	14.83	14.88	16.54	13.62	15.32	13.54	11.19
19 Heelkunde	18.25	15.36	19.66	19.56	20.51	22.02	21.46	19.78	16.46	18.28	18.65	18.67	16.37	17.18	16.18	16.50
20 Cardiologie	23.75	21.56	20.21	20.28	20.92	20.82	20.23	21.25	19.24	21.00	23.09	29.58	35.58	11.50	9.90	11.11
21 Reumatologie	21.54	18.29	20.99	23.21	22.31	26.05	24.15	24.60	16.93	19.53	19.20	18.33	18.34	18.47	17.81	20.77
22 Neurochirurgie	26.72	22.94	26.70	26.24	28.85	26.37	25.39	24.35	20.74	22.03	20.78	23.45	20.16	22.22	25.22	22.41
23 Fysische gen. en Fysiotherapie	30.63	24.54	29.53	28.25	26.69	26.28	24.41	25.10	20.73	20.25	21.95	23.33	20.62	18.09	18.64	18.04
24 O.R.L.	31.71	26.25	30.53	30.60	31.38	32.40	31.09	29.68	27.12	27.84	26.87	27.51	26.17	28.94	27.90	26.94
25 Radiologie	32.84	30.64	31.41	31.14	32.77	34.73	35.42	32.96	29.40	30.95	25.58	32.90	10.64	10.53	10.07	11.41
26 Urologie	31.96	28.85	31.98	33.41	31.59	33.01	32.08	32.31	28.13	27.08	26.63	26.00	23.78	25.08	25.57	23.65
27 Stomatologie	39.71	34.29	40.63	41.18	39.76	40.73	40.79	39.74	37.70	35.08	39.40	35.97	36.39	33.78	32.20	37.14
28 Orthopedie	42.40	37.72	40.71	40.45	39.44	38.31	36.47	34.91	25.53	26.40	26.02	26.29	23.31	24.25	22.61	21.57
29 Gynecologie-verloskunde	48.85	41.45	49.24	49.58	51.25	51.73	50.70	50.31	40.46	41.60	43.12	43.36	42.22	44.93	40.37	43.69
30 Oftalmologie	59.18	53.79	57.68	57.94	58.59	56.95	54.65	53.23	49.39	52.84	52.97	51.78	51.48	55.10	54.27	49.94
31 Plastische heelkunde	58.98	48.47	58.33	59.29	61.89	61.60	61.20	63.11	59.05	64.25	64.47	64.21	64.33	62.50	58.86	56.64
32 Dermatologie-venerologie	68.54	59.75	69.01	67.96	70.00	68.87	66.35	63.87	59.72	61.57	62.87	62.64	59.45	65.40	63.09	61.54
Totaal specialisten + ASO	19.15	16.66	18.88	19.22	20.04	20.25	19.96	20.19	17.62	18.43	18.23	19.59	17.32	17.30	16.53	16.77
ALGEMEEN TOTAAL	15.93	14.00	16.00	16.17	16.90	17.10	16.87	17.22	15.48	16.36	17.19	17.91	15.02	16.08	15.30	16.27

Bronnen: *Cijfers d.d. 02.06.2017 meegedeeld op NCAZ d.d. 12.06.2017/ **Officiële cijfers RIZIV d.d. 12.05.2017 cf. website RIZIV

Tabel 9

Op donderdag 15 juni 2017 om 17:53 ontvingen de leden van de medicomut een mail van de secretaris van de medicomut, de Heer Kris VAN DE VELDE, met een stand op 02.06.2017 die tijdens de vergadering van de medicomut van 12.06.2017 werd meegedeeld.

Op 22 dagen tijd stijgt plots het globale deconventiepercentage van 14,00 % naar 15,93 % (+ 13,8 %). Voor vb. de huisartsen stijgt het van 9,74 % naar 10,80 % (+ 10,9 %); voor gynaecologen stijgt het van 41,45 % naar 48,85 % (+ 17,9 %) en voor de plastisch chirurgen stijgt het zelfs van 48,47 % naar 58,98 % (+ 21,7 %) (cf. tabel 10). Zoals we ook vorig jaar schreven, weten we dat het aantal als actief geregistreerde artsen bij het RIZIV van dag tot dag wisselt, maar deze belangrijke verschillen moeten te maken hebben met de registratieproblemen die menig arts kende. Hopelijk doet er zich bij de medische verkiezingen die in juni 2018 worden gehouden geen degelijk fenomeen voor.

Vergelijking deconventionering per specialisme 12.05.2017 versus 02.06.2017

		02.06.17	12.05.17	Δ in %			02.06.17	12.05.17	Δ in %
1	Nucleaire geneeskunde	6.40	4.85	32	18	Anesthesiologie	8.21	7.06	16,3
2	ASO	0.30	0.24	25	19	Klinische biologie	3.53	3.04	16,1
3	Fys. gen. en fysiotherapie	30.63	24.54	24,8	20	Stomatologie	39.71	34.29	15,8
4	Radiotherapie	7.08	5.75	23,1	21	Acute & urgentiegen.	1.48	1.28	15,6
5	Pathologische anatomie	9.07	7.44	21,9	22	Dermatologie-vener.	68.54	59.75	14,7
6	Plastische heelkunde	58.98	48.47	21,7	23	Neuropsychiatrie	12.57	10.99	14,4
7	Psychiatrie	11.99	9.88	21,4	24	Andere specialiteiten	13.33	11.67	14,2
8	O.R.L.	31.71	26.25	20,8	25	Orthopedie	42.40	37.72	12,4
9	Heelkunde	18.25	15.36	18,8	26	Alg. geneeskundigen	10.80	9.74	10,9
10	Neurologie	11.59	9.78	18,5	27	Urologie	31.96	28.85	10,8
11	Pediatrie + ped. neurologie	12.89	10.89	18,4	28	Cardiologie	23.75	21.56	10,2
12	Gynecologie-verloskunde	48.85	41.45	17,9	29	Oftalmologie	59.18	53.79	10
13	Gastro-enterologie	18.97	16.10	17,8	30	Radiologie	32.84	30.64	7,2
14	Reumatologie	21.54	18.29	17,8	31	Medische oncologie	3.37	3.36	0,3
15	Pneumologie	7.08	6.03	17,4	32	Geriatricie	1.25	1.25	0
16	Inwend. gen. + endocr. diab.	3.78	3.24	16,7		Totaal specialisten + ASO	19,15	16,66	+14,9
17	Neurochirurgie	26.72	22.94	16,5		ALGEMEEN TOTAAL	15,93	14,00	+13,8

Tabel 10

Welke cijfers ook de meest getrouwe weergave zijn van de huidige situatie, de top vijf van gedeconventioneerde artsen blijft onveranderd: orthopedisten, gynaecologie, oftalmologie, plastische chirurgie en, nog steeds op kop als meest gedeconventioneerde discipline, de dermatologie.

5.3 Budget om een akkoord 2018-2019 te bereiken

Na het gespannen jaar 2016 met als orgelpunt de ontbinding van rechtswege in januari 2017, intensiverde voorzitter Jo DE COCK het overleg. In 2017 kwam de medicomut liefst 13 maal formeel 's avonds om 20 uur samen (25.01, 24.02, 24.03, 22.05, 26.06, 10.07, 28.08, 02.10, 16.10, 13.11, 20.11, 27.11 en 18.12.2017) en 6 keer informeel (23.01, 03.05, 12.06, 03.07, 11.09 en 01.12.2017) op wisselende uren van de dag. We vergeten niet de geplande vergadering van 11.12.2017 te vermelden die, omwille van plots onberijpbare sneeuw- en ijswegen, om 17u45 per e-mail en telefoon werd afgelast.

Belangrijk om te vermelden is ook de vergadering d.d. 04.09.2017 van de verschillende mutualiteiten en de artsensyndicaten bij de CM, Haachtsesteenweg 579 te 1031 Schaarbeek. Daar werden afspraken gemaakt om een gezamenlijke vraag in te dienen voor het budget 2018 met behoud van de groeinorm van 1,5 % en de volledige toekenning van de index van 1,68%. Deze afspraak bleef overeind in het Verzekeringscomité (cf. infra).

De BVAS pleitte voor een lineaire toekenning van de volledige index omdat anderen pleitten voor een niet-indexering van een reeks verstrekkingen om ofwel exclusief de huisartsen op te waarderen of om nieuwe verstrekkingen te creëren, maar niet in de medisch-technische disciplines.

Het globale gezondheidszorgbudget voor 2018 bedraagt € 25,45 miljard. Het artsenaandeel bedraagt daarin € 8,44 miljard. De artsen moeten in 2018 € 35,8 miljoen besparen: € 29,8 miljoen om de gereserveerde bedragen van het akkoord 2017 te compenseren en een door de overheid bijkomend opgelegde besparing van € 6 miljoen.

Zijn in dit budget van € 8,44 miljard inbegrepen: een index van 1,68 %, of € 149,627 miljoen, en de groeinorm van 1,5 %. Het krijgen van de index en de groeinorm is het gevolg van voorbereidende discussies met de mutualiteiten d.d. 04.09.2017. Het voorstel van het verzekeringscomité voor het globale gezondheidszorgbudget bevat een besparing van € 24 miljoen, waarvan de artsen € 6 miljoen moeten dragen. Op een globaal budget van € 8,44 miljard, moeten de artsen € 6 miljoen vinden d.w.z. 0,07 %. In principe zou aan degenen die hun budget respecteerden, zoals de artsen, geen bijkomende besparingen mogen opgelegd worden, maar het leek de BVAS-afgevaardigden in het Verzekeringscomité nogal pietluttig zich te verzetten tegen de invoering van een besparing met 0,07 %. Deze € 6 miljoen besparingen moeten worden toegevoegd aan het bedrag van € 29,86 miljoen van het gereserveerde bedrag dat het resultaat is van afspraken die gemaakt werden in het akkoord artsen-ziekenfondsen voor het jaar 2017. Het betreft een lange lijst van verstrekkingen die in werking traden in de loop van 2017 maar die niet gedurende het ganse jaar van toepassing waren. Om tot een nieuw akkoord te komen moet er een voorstel zijn om die besparing van € 35,86 miljoen te realiseren. Als men nieuwigheden in de nomenclatuur zou willen introduceren, moet er meer bespaard worden.

Voor de informele vergadering van maandagavond 04.12.2017 werkte voorzitter Jo DE COCK drie varianten uit¹⁷⁸:

Variant 1: de besparing van € 35,86 miljoen wordt afgenomen van het totale indexbedrag voor de artsen en het saldo van de index wordt lineair verdeeld. Er rest dan een index van 1,2773 %. Het RIZIV-actuaariaat diende daar nog een beperkte aanpassing op door te voeren omdat enkele onderdelen van het artsenbudget bij KB worden geïndexeerd (vb. de honoraria voor de permanentie door pediaters overdag, de forfaitaire honoraria klinische biologie per voorschrift e.d.) en die honoraria moeten dus zonder meer de volledige 1,68 % index krijgen.

Variant 2: sleutelt enigszins aan de index. Het bedrag van de index blijft € 149,627 miljoen en de besparingen blijven ook € 35,86 miljoen. Omdat volgens voorzitter Jo DE COCK niet alle gereserveerde bedragen van 2017 zullen worden opgebruikt in 2018 bleef er nog € 6,126 miljoen over. Uiteraard moet dat dan in 2019 worden bespaard. De voorzitter vond dus op jaarbasis € 119,893 miljoen ter beschikking. In deze variant wordt selectief geïndexeerd: alle artsenhonoraria, behalve degene die bij KB worden geïndexeerd, krijgen 1,5 % index behalve:

- het GMD, dat wordt behouden op € 30 en op € 55 voor chronische patiënten;
- de genetische onderzoeken (artikel 33) wegens spectaculaire stijging;
- de dringende technische verstrekkingen;
- de geïntegreerde premies voor huisartsen
- een aantal specifieke verstrekkingen voor niet-geaccrediteerde artsen;
- in de klinische biologie worden de ambulante forfaitaire honoraria per voorschrift en in de radiologie de honoraria voor de CT's niet geïndexeerd.

Dat levert samen een besparing op waardoor de consultaties voor zowel huisartsen als specialisten eventueel kunnen worden geïndexeerd met 1,68%.

¹⁷⁸ Cf. DOC NCAZ CNMM 2017/110

Variant 3: kent aan een aantal artsen slechts 1% indexering toe, met name de specifieke verstrekkingen voor geaccrediteerde artsen en er worden bijkomende, punctuele besparingen opgelegd aan de klinische biologie en de radiologie. De bedoeling van deze derde variant is het forfaitair honorarium voor de accreditering op te trekken van € 613 tot € 1.000. Deze variant kreeg maandagavond 04.12.2017 op de informele vergadering van de NCAZ de goedkeuring van het ASGB en AADM, maar niet van de BVAS. De mutualiteiten hielden het informeel die avond en spraken zich voor geen van de drie varianten uit. De CM betreurde wel dat er in geen van de drie voorstellen financiële middelen bespaard werden die konden worden geïnvesteerd in nieuwe initiatieven. Twee weken later haalde de variant 2 quasi ongewijzigd de eindstreep (cf. tabellen 11 en 12).

Doelstelling 2018	in 000 EUR
Partiële doelstelling artsen 2018	8.440.574
Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.449.587
	33,17%
Doelstelling 2019	
Becijfering minimaal bedrag artsen:	in 000 EUR
Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.449.587
Reële groeicnorm 1,5%	381.744
Normberekening 2019 (exclusief index 2019 en exclusief bijkomende bedragen toegekend buiten de wettelijke groeicnorm)	25.831.331
Minimaal aandeel artsen	33,17%
Bedrag artsen met aandeel 33,17% (exclusief index 2019)	8.568.252
Index <u>hypothese</u> 2019 (*)	1,09%

(*) Hypothese index honoraria 1 januari 2019: raming planbureau 4/09/2017

Tabel 11

Tabel akkoord NCAZ

11-12-2017

In 000 EUR	Toepassing	2018	2019
BESCHIKBARE MIDDELEN			
Indexmassa 2018		149.627	149.627
Besparing 2018		-35.862	-35.862
Gereserveerd bedrag 2018		6.126	
Totaal		119.891	113.765
AANWENDING MIDDELEN			
a) Selectieve indexering			
Artsenhonoraria: Indexmassa 1,50%	01-01-18	133.598	133.598
1,68% index (meerkost tov 1,50% index)			
KB's met indexclausule	01-01-18	989	989
Raadplegingen huisarts (exclusief bijkomende honoraria dringendheid)	01-01-18	1.567	1.567
Raadplegingen specialist	01-01-18	1.455	1.455
Geen index ipv 1,50%:			
GMD / GMD chronisch zieke (30 euro / 55 euro)	01-01-18	-3.388	-3.388
Genetische onderzoeken (artikel 33)	01-01-18	-900	-900
Dringende technische verstrekkingen (artikel 26)	01-01-18	-1.773	-1.773
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde	01-01-18	-560	-560
Specifieke verstrekkingen voor niet-geaccrediteerde arts	01-01-18	-2.909	-2.909
Index 1,25% ipv 1,50%			
Klinische biologie (behalve forfaits voorschrift, niet-geaccr. verstr.)	01-01-18	-2.472	-2.472
Medische beeldvorming (behalve niet-geaccr. verstr.)	01-01-18	-3.571	-3.571
b) Maatregelen doelmatige zorg			
Vitamine B12 en foliumzuur	01-06-18	-1.469	-2.518
CT wervelzuil	01-01-18	-2.648	-2.648
c) Andere maatregelen			
Invoeren MOC voor spine wervelkolom (= 7.000 X 185 euro)	01-10-18	324	1.295
Nieuw honorarium trombectomie (= 1.300 X 1.558,46 euro)	01-10-18	557	2.026
Herwaardering raadpleging geaccrediteerde specialist inwendige geneeskunde (verstrekking 102550 => 45,00 euro)	01-04-18	1.091	1.454
OCT	01-01-19		2.000
d) Compensatie 2019			
Compensatie voorafname gereserveerde bedragen	01-01-19		-9.880
Totaal		119.891	113.765

Tabel 12

Belangrijk is dat voor het eerst in een akkoord artsen-ziekenfondsen ook voor het tweede jaar van het tweejarig akkoord een financieel engagement wordt aangegaan¹⁷⁹. Het aandeel van het budget voor de artsenhonoraria in het geheel van de RIZIV-uitgaven voor de gezondheidszorg wordt in 2018 op het niveau van dat van 2018 behouden, 33,17%.

¹⁷⁹ Cf. punt 2.2. van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 19.12.2017

In de jaren 80 van de vorige eeuw bedroeg het aandeel artsenhonoraria in het totale gezondheidsbudget ± 41%. Toen ondergetekende op 02.04.1993 lid werd van het RIZIV Verzekeringscomité bedroeg dat artsenaandeel 36 %. Het fluctueerde over de jaren met een absoluut dieptepunt in 2015:

- 1995: artsen € 3.347.113.596 op totaal € 9.971.738.673 of 33,56 %
- 2005: artsen € 5.349.935.997 op totaal € 17.088.873.300 of 31,31 %
- 2015: artsen € 7.719.050.615 op totaal € 26.384.187.364 of 26,26 %
- 2016: artsen € 7.853.957.557 op totaal € 26.940.391.340 of 29,15 %
- 2017: artsen € 8.146.205.000 op totaal van € 24.674.703.000 of 33,01 %
- 2018: artsen € 8.440.574.000 op totaal van € 25.449.588.000 of 33,17 %
- 2019: behoudens andersluidend voorstel Verzekeringscomité, minstens 33,17 %

5.4 De ziekenhuizen op bezoek

Voorzitter Jo DE COCK had in de context van de supplementen de ziekenhuisbeheerders uitgenodigd voor de vergadering van 16.10.2017, maar het was duidelijk dat hij de arrogante houding vanwege sommige ziekenhuisbeheerders niet kon waarderen.

Er werd door het Intermutualistisch Agentschap een studie gemaakt over de ereloonsupplementen, die al op 22.05.2017 aan de medicomut werd voorgesteld¹⁸⁰. De studie gaat uitsluitend over klassiek verblijvende en in daghospitaal verblijvende patiënten. Supplementen bij ambulante patiënten werden niet behandeld. De studie toont aan dat het bedrag aan honorariumsupplementen substantieel is: € 532 miljoen waarvan € 440 miljoen bij klassieke en € 92 miljoen bij daghospitalisatie.

Voor de ziekenhuizen zijn de afhoudingen op die supplementen een belangrijke inkomstenbron.

Over de besteding van die financiële middelen lieten de ziekenhuisbeheerders niets los. Ze werden een tweede keer uitgenodigd, voor de vergadering van 13.11.2017, maar een paar uur voor de vergadering lieten ze in een brief aan voorzitter De Cock weten dat ze niet meer kwamen omdat ze zich niet als gelijke partners behandeld voelden.

Er zijn nog andere elementen in het akkoord die rechtstreeks te maken hebben met de ziekenhuizen:

- De laagvariabele zorg: in vergelijking met het initiële ontwerp van wet konden wel al veel verbeteringen aangebracht worden. Maar in de ganse periode van de medicomut onderhandelingen bleef het artikel 11 van het ontwerp van wet over de laagvariabele zorg toelaten dat er een belangrijke vermindering van de supplementen kan zijn. Deze wettelijke maatregel die de artsen boven het hoofd hangt, raakte niet opgelost binnen de context van de besprekingen van het akkoord. Als beveiligingsmaatregel werd een opzeggingsclausule in het akkoord genegotieerd. De BVAS (en dus ook ondergetekende) heeft binnen de medicomut sterk het standpunt van de anesthesisten verdedigd met als gevolg dat de APR-DRG bevalling in twee patiëntengroepen wordt opgesplitst¹⁸¹. De BVAS bepleitte ook om het consult aan bed niet op te nemen in het forfaitair honorarium.

- Het beheer van de ziekenhuisnetwerken.

In het voorontwerp van wet dat in de zomer 2017 bekend raakte werden de artsen mee in het beheer en de exploitatie van het ziekenhuis betrokken, strategisch en operationeel. Bij de vergadering van 05.12.2017, in een beperkte vergadering op het kabinet DE BLOCK met het ASGB, de BVAS (Drs. J. DE TOEUF en ondergetekende), Zorgnet-Icuro, GIBBIS en de kabinetsmedewerkers o.l.v. kabinetschef Bert WINNEN, stond in een nieuwe versie van het voorontwerp van wet dat de medische raad niet meer minstens één zetel met raadgevende stem in de raad van bestuur van het locoregionaal klinisch

¹⁸⁰ DOC NCAZ 2017/34 en 34add. d.d. 22.05.2017

¹⁸¹ Cf punt 4.3.2.2.

ziekenhuisnetwerk zal hebben, maar dat de medische raad van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk over quasi alle punten van het artikel 137¹⁸² mee zal kunnen beslissen in onderlinge overeenstemming met de raad van bestuur van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Als dit consensueel model niet zou lukken, dan wordt er verwezen naar het bestaande mechanisme van de arbitrage.

Zoals al gezegd onder punt 4.3.2.1. willen de ziekenhuisbeheerders absoluut niet dat de medische raad participeert in het bestuur van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Zorgnet-Icuro blijft gekant tegen de forse uitbreiding van het aantal aangelegenheden waarover de medische raad in de toekomst overeenstemming zal moeten vinden met de raad van bestuur¹⁸³. Deze discussies situeren zich buiten de medicomut, maar ze speelden op de achtergrond mee om uiteindelijk tot een akkoord te komen.

In de context van het overleg in de medicomut werd aan de leden het standpunt van het politiek nationaal intermutualistisch college over de forfaitaire financiering van de standaardrepen in het ziekenhuis bezorgd (de laagvariabele zorg).

De mutualiteiten staan natuurlijk gunstig ten opzichte van de forfaitarisering. Ze zijn om andere redenen dan de artsen niet akkoord met het artikel 11 van het ontwerp van wet, want op die manier blijft de mogelijkheid van supplementen nog altijd bestaan. Meer zelfs, ze zien in de formulering van artikel 11 exact het tegenovergestelde van wat ondergetekende er in leest, namelijk een belangrijke toename van de supplementen, als gevolg van de gemakkelijk automatiseerbare en systematiseerbare aanrekening ervan. De mutualiteiten willen dus een absolute beperking van de mogelijkheid tot het vragen van supplementen bij de APR-DRG's in de laagvariabele zorg. Zij zijn zich er ook van bewust dat er een reëel gevaar bestaat dat patiënten met polyopathie zouden worden uitgesloten.

De mutualiteiten halen ook het punt van de administratieve verzwaring aan, zowel voor hen als voor de ziekenhuizen, terwijl er geen bijkomende financiële middelen voor worden voorzien. Ziekenhuizen, mutualiteiten maar ook het RIZIV en de FOD Volksgezondheid zullen personeel moeten opleiden. Dat alles kost geld, dat er niet is, want iedereen moet besparen. Voor de artsen is deze bijkomende administratieve kost trouwens ook een probleem, want via hogere afdrachten worden die bijkomende kosten door de ziekenhuizen omgeslagen op de artsenhonoraria.

De mutualiteiten zijn van oordeel dat het ontbreken van een carensperiode een bijkomend knelpunt is. Volgens hen zullen ziekenhuisartsen trachten zo veel mogelijk onderzoeken voor de ziekenhuisopname uit te voeren, terwijl die bij de start van het systeem in het globale forfaitaire honorarium zijn inbegrepen. De V.I.'s zijn dus van mening dat de artsen een dubbele betaling zullen verwerven. Zij zien geen eenvoudige oplossing om dat te vermijden. Bovendien is voor de mutualiteiten de startdatum op 1 september 2018 niet haalbaar om organisatorische redenen, een mening die gedeeld wordt door de artsen.

Ten slotte is er de discussie over wie de controle van dergelijk systeem in handen houdt. De aangegeven diagnoses moeten immers betrouwbaar zijn. Dan komt natuurlijk de aap uit de mutualistische mouw: de diagnosegegevens moeten volgens de V.I.'s worden meegedeeld aan de adviserende artsen, die gemachtigd moeten worden om de juistheid van de aangegeven diagnoses te controleren. De mutualiteiten zijn niet tevreden met de a posteriori controle die in het wetsontwerp wordt voorzien. Ze vinden deze laattijdig uitgevoerde controles te licht. Het VBS en de BVAS hebben zich altijd verzet tegen het rechtstreeks doorgeven van diagnoses aan de mutualiteiten. Dit gevaar is inherent aan het systeem van de laagvariabele zorg. De artsen mogen niet toelaten dat de mutualiteiten op een quasi ongemerkte, maar niet onschuldige manier, via deze wet hun lang gekoesterde droom in vervulling zien gaan.

¹⁸² Met uitzondering van 16° (verpleegkundig en paramedisch kader) en 18° (klachten)

¹⁸³ In de huidige ziekenhuiswet heeft de medische raad verzaamd advies over de punten 1°, 2°, 4°, 7°, 11° en 17° van artikel 137.

5.5 De nacht brengt raad

Na de afgelaste vergadering van 11.12.2017 was de druk hoog om op 18.12.2017 tot de finish door te gaan. Niemand had zin om de discussies nog eens over te doen op woensdag 20.12.2017, laatst mogelijke datum om voor het kerstreces rond te komen met de aanpassingen en publicatie van de artsenhonoraria voor 2018.

Voorzitter DE COCK en zijn medewerkers noteerden vier uur lang alle voorstellen, tegenvoorstellen, nuances, afzwakkingen, versterkingen, doelstellingen inclusief de data om ze te bereiken en trokken zich om 00u00 terug om een nieuwe versie te maken van de sterk geamendeerde basistekst. Heel wat aandacht ging naar de informatisering van de gezondheidszorg. De tekst van het akkoord is doorspekt met termen als HUB's, Sumehr's, LOINC, eFac, eAttest, MyCarenet, Recip-e..., een jargon waar vele artsen – in het bijzonder artsen-specialisten – nog geen kaas van hebben gegeten. Vermoedelijk zullen toch weer $\pm 80\%$ van de artsen het akkoord voor 2018-2019 goedkeuren (cf. punt 5.2.). Vele moeilijke discussies werden naar werkgroepen verwezen, met soms onredelijk korte deadlines om tot oplossingen te komen. Het akkoord 2018-2019 is een knutselboek voor volwassenen, waar vakmanschap van velen nodig is om de puzzels in mekaar te doen passen. Eén van die ervaren vaklui, letterlijk rechterhand van voorzitter DE COCK bij de vergaderingen van de medicomut, en levende encyclopedie voor de Dienst Geneeskundige Verzorging bij het RIZIV, is Dr. Ri DE RIDDER. Hij zal de realisatie van al die medicomut-werven niet meer als actieve RIZIV-ambtenaar meemaken, aangezien hij op 16.04.2018 met pensioen gaat¹⁸⁴.

Nog altijd groentje Luc VAN GORP, de man die zijn CM-voorzitterscarrière startte met boude uitspraken dat hij liefst van al de supplementen wou afschaffen¹⁸⁵, viel zwaar uit zijn rol toen hij heftig protesteerde tegen het corrigeren van ereloon-supplementen in bijzondere situaties¹⁸⁶. Plots herinnerde hij zich vaag dat CM-beheerders in ziekenhuizen, in het bijzonder universitaire, hem hadden uitgelegd dat supplementen nodig zijn om de ziekenhuiszorg in stand te houden (cf. 5.4). Het belang van zijn universitaire ziekenhuisachterban leek plots belangrijker dan het belang van de patiënten, zijn leden. Zijn redenering was eenvoudig: die bijzondere situaties zoals transplantaties, kankerbehandeling bij kinderen, zeldzame aandoeningen, polytraumata..., komen vooral in universitaire ziekenhuizen terecht en de supplementen zouden daar tot 5.000 euro beperkt worden. Dat kon hij zijn CM-beheerder van het UCL-ziekenhuis Sint Lucas in Sint-Lambrechts-Woluwe en van het UCL ziekenhuis Mont-Godinne in Yvoir, en tevens secretaris-generaal van de CM, Jean HERMESSE, toch niet aandoen. De tekst werd christelijk afgezwakt tot: "...De ereloon-supplementen per verblijf *zouden* in deze omstandigheden *in beginsel* niet meer dan 5000 euro mogen bedragen".

De (financiële) responsabilisering van de voorschrijvende artsen werd op vraag van de AADM huisartsenbank sterk afgezwakt. Maar hun vraag, gesteund door het Kartel, om een radicale hervorming van de accreditering om te vormen tot een systeem van performante professionele ontwikkeling moet in overleg met de FOD een antwoord krijgen tegen 30.09.2018. In de visie van de FOD wordt accreditering verplicht. Het is volstrekt onduidelijk hoe die twee visies (vrijblijvend accrediteren bij het RIZIV en verplicht accrediteren bij de FOD Volksgezondheid om een visum tot beroepsuitoefening te verkrijgen of te behouden) op elkaar zullen worden afgestemd. De BVAS was in 1993 initiatiefnemer voor de creatie van de accreditering op vrijwillige basis. België was in Europa één van de eerste landen om de accreditering in te voeren. Binnen het bestaande financieringssysteem geeft het RIZIV ± 311 miljoen euro uit aan ± 28.000 geaccrediteerde artsen of gemiddeld ± 11.100 euro per geaccrediteerde

¹⁸⁴ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. - Personeel. Verlenging van de managementfunctie van directeur-generaal bij de Dienst voor geneeskundige verzorging bij ministerieel besluit. (BS 04.10.2017; Ed. 1)

¹⁸⁵ Knack 31.08.2016, blz. 65: 'Hij (Luc Van Gorp) stelt ook voor om deconventionering te verbieden. "Artsen en specialisten die een beroep willen doen op een terugbetaling door het RIZIV en dus een RIZIV-nummer krijgen, zouden moeten worden verplicht om zich te houden aan de afgesproken tarieven."

¹⁸⁶ Punt 4.3.2. van het akkoord van 19.12.2017

arts¹⁸⁷. Maar omwille van de zeer grote individuele verschillen (tussen de € 2.500 en de € 31.000) en omwille van de verouderde manier van werken, wil de overheid het systeem drastisch aanpakken.

Het Kartel stelde voor meer te forfaitariseren en het forfaitair bedrag op te trekken van 613 naar 1000 euro per jaar. Aangezien het artsenbudget, inclusief de accreditering, gesloten is zou dan het accrediteringssupplement per act moeten verminderen. Dit voorstel (variant 3, cf. punt 5.3) heeft het niet gehaald. De zaak zit nu in een werkgroep. Ondergetekende voelt zich een kwarteeuw jonger worden, want de discussie of accreditering nu thuishoorde bij het RIZIV dan wel bij de FOD Volksgezondheid woedde al hevig in 1993 bij de opstart van het systeem. BVAS wou de accreditering bij het RIZIV als een vrije keuze voor extra kwaliteit, het Kartel wou een verplichte accreditering bij de FOD Volksgezondheid.

Rond twee uur in de ochtend werd de nieuwe versie van het ontwerpakkkoord, in beide landstalen, rondgedeeld aan de wachtende medicomutleden. Punt 4.1.3.3. over de psychiatrie, die in crisis zit wegens de afbouw van chronische psychiatriebedden (met belangrijk verlies van toezichtshonoraria) werd ultiem nog door de BVAS aangepast, en om 03u00 kon het akkoord 2018-2019 worden ondertekend door de voorzitters van de artsensyndicaten en van de mutualiteiten.

5.6 Accreditering

Eind 2017 meldden vertegenwoordigers van de ziekenfondsen in de accrediteringsstuurgroep dat ze de indruk hadden dat het accrediteringspercentage afnam. Het bleek een voorbijgaand fenomeen. De hernieuwing van de accrediteringen verloopt immers volgens het ritme van de nieuwe cohorten pas erkende artsen die op de markt kwamen. En dat alle drie jaar opnieuw, omdat de accrediteringsperiode over drie jaar loopt. Bij nazicht over langere termijn bleek er niets aan de hand. Begin 2014 bedroeg het gemiddelde aantal geaccrediteerde artsen over de jaren 1990 tot 2014 55,11 %; begin 2018 bedroeg het gemiddelde over de periode van 21 jaar tussen 1997 en 2018 55,09 %¹⁸⁸. Quasi onveranderd dus. Het cijfer voor 2017 (54,51 %) lag weliswaar 0,58 procentpunt lager dan het gemiddelde over de voorbije 21 jaar, maar kan nog beschouwd worden als een cyclisch dipje. (cf. tabel 13).

Accrediteringspercentages d.d. 1 februari (% geaccrediteerde artsen t.o.v. alle bij het RIZIV geregistreerde artsen)

Jaar	%	Jaar	%
1997	55,60	2009	55,01
1998	54,60	2010	55,51
1999	58,48	2011	55,68
2000	55,15	2012	54,07
2001	55,67	2013	54,41
2002	55,92	2014	55,32
2003	54,01	2015	53,24
2004	54,19	2016	55,08
2005	55,31	2017	55,22
2006	54,08	2018	54,51
2007	54,94	Gemiddelde	55,09
2008	55,89		

Tabel 13

In de onderstaande vergelijkende tabel met de accreditatiegraad per specialisme zien we noch in de kop-, noch in de staartgroep weinig veranderingen ten opzichte van het vorige jaar.

¹⁸⁷ DOC NCAZ 2017/123 d.d. 27.11.2017

¹⁸⁸ "Licht op blauw voor verandering". VBS Jaarverslag 2014. Dr. M. Moens, 07.02.2015.

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2017 - 01.02.2018

2018		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2017-2018
		01.02.2018	01.02.2017	01.02.2018	01.02.2017	01.02.2018	01.02.2017	
	Artsen 000 & 009	1.982	1.940	0	0	0	0	0
	Algemeen geneeskundigen 001-002	1.409	1.433	1	0	0,07	0	0
	Erkende huisartsen 003-004-007-008	14.967	14.716	10.678	10.589	71,34	71,96	-0,62
	Huisartsen in opleiding 005-006	1.339	1.192	0	0	0	0	0
	TOTAAL	19.697	19.281	10.679	10.589	54,22	54,92	-0,70
	Arts-specialist in opleiding (ASO)	5.201	4.918	2	4	0,04	0,08	-0,04
1	Geriatricie	326	315	269	261	82,52	82,86	-0,34
2	Pneumologie	597	584	483	473	80,90	80,99	-0,09
3	Medische oncologie	287	266	229	214	79,79	80,45	-0,66
4	Gastro-enterologie	758	743	583	573	76,91	77,12	-0,21
5	Reumatologie	258	247	198	192	76,74	77,73	-0,99
6	Neurologie	620	602	474	462	76,45	76,74	-0,29
7	Oftalmologie	1.216	1.193	916	922	75,33	77,28	-1,95
8	Dermato-venereologie	818	803	605	603	73,96	75,09	-1,13
9	O.R.L.	733	719	537	532	73,26	73,99	-0,73
10	Radiologie	1.820	1.786	1.332	1310	73,19	73,35	-0,16
11	Fysische geneesk. en fysiotherapie	559	546	405	402	72,45	73,63	-1,18
12	Cardiologie	1.210	1.193	874	860	72,23	72,09	+0,14
13	Pathologische anatomie	364	364	256	256	70,33	70,33	0
14	Radiotherapie	231	227	161	158	69,70	69,60	+0,10
15	Psychiatrie	2.095	2.051	1.421	1392	67,83	67,87	-0,04
16	Pediatrie + kinderneurologie	1.838	1.799	1.217	1189	66,21	66,09	+0,12
17	Nucleaire geneeskunde	337	331	223	219	66,17	66,16	+0,01
18	Gynaecologie-verloskunde	1.649	1.619	1.071	1062	64,95	65,60	-0,65
19	Urologie	475	463	308	306	64,84	66,09	-1,25
20	Acute geneeskunde & urgentiegen.	979	926	621	582	63,43	62,85	+0,58
21	Anesthesie	2.310	2.226	1.462	1435	63,29	64,47	-1,18
22	Klinische biologie	626	629	378	390	60,38	62,00	-1,62
23	Orthopedie	1.158	1.135	692	685	59,76	60,35	-0,59
24	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.704	1.675	1.008	966	59,15	57,67	+1,48
25	Apothekers-biologen	657	671	381	396	57,99	59,02	-1,03
26	Neurochirurgie	242	231	119	116	49,17	50,22	-1,05
27	Chirurgie	1.609	1.584	763	772	47,42	48,74	-1,32
28	Stomatologie	360	349	146	154	40,56	44,13	-3,57
29	Plastische chirurgie	301	297	101	100	33,55	33,67	-0,12
30	Neuropsychiatrie	190	199	35	40	18,42	20,10	-1,68
31	Andere specialisten	60	62	9	12	15,00	19,35	-4,35
	TOTAAL SPECIALISTEN	26.387	25.835	17.277	17.034	65,48	65,93	-0,45
	TOTAAL SPECIALISTEN + ASO	31.588	30.753	17.279	17.038	54,70	55,40	-0,70
	TOTAAL	51.285	50.034	27.958	27.627	54,51	55,22	-0,71

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 19.01.2018 en VBS-jaarverslag 2016 (04.02.2017).

Tabel 14

6 Juridische procedures

Als de financiële middelen die het VBS aan rechtsvorderingen moet spenderen omgekeerd evenredig zouden zijn met de algemene economische toestand, dan zouden we zonder enige twijfel kunnen stellen dat de artsen nog enkele moeilijke jaren voor de boeg hebben. Rechtszaken, zowel op Europees, federaal als gemeenschapsniveau, liggen aan de basis van deze uitgaven.

6.1 Uitspraken

6.1.1 Btw op esthetische ingrepen¹⁸⁹

Op 28.09.2017 heeft Grondwettelijk Hof een arrest¹⁹⁰ over de wet op de btw op esthetische behandelingen gevelde. De verzoekschriften ingediend door alle verzoekende partijen¹⁹¹ werden samen behandeld.

Het Hof heeft vier van de vijf onderdelen van het enige middel aangevoerd door Meester Tom DE GENDT, die de belangen van Belgische Vereniging voor Plastische, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie verdedigt, gegrond verklaard.

In combinatie met de verzoekschriften van de andere verzoekende partijen over hetzelfde onderwerp heeft het Hof beslist een prejudiciële vraag te stellen aan het Europees Hof van Justitie. De prejudiciële vraag wordt gebruikt door nationale rechters om het Hof van Justitie te vragen hoe de Europese regelgeving moet worden uitgelegd. Het Hof wil nagaan of de Belgische wet conform de Europese regelgeving is.

Het proces is nu geschorst in afwachting van het antwoord van het Europees Hof. Het Grondwettelijk Hof is genoodzaakt rekening te houden met het arrest dat het Europees Hof over de gestelde vragen zal vellen. Men moet rekening houden met een tijdspanne van twee jaar vooraleer het Europees Hof een antwoord zal hebben geformuleerd.

De verzoekende partijen hebben in dezen een mooie veldslag gewonnen, maar nog niet de oorlog. De wet is niet geschorst en blijft voorlopig in voege. Naderhand zal de Belgische Staat vermoedelijk, waar mogelijk, de wettelijke bepalingen aanpassen ten aanzien van de middelen die het Europees Hof als gegrond beoordeelde. Immers het Grondwettelijk Hof heeft aan het Europees Hof gevraagd of het aan het Belgisch Grondwettelijk Hof toekomt tijdelijk de gevolgen van te vernietigen bepalingen te handhaven, alsmede die van de bepalingen die in voorkomend geval geheel of gedeeltelijk dienen te worden vernietigd, als uit het antwoord op de prejudiciële vragen volgt dat zij in strijd zijn met het recht van de Europese Unie. Alleen op die manier kan de wetgever in staat worden gesteld om die bepalingen in overeenstemming te brengen met het Europees recht.

Als de artsen geen genoegen namen met een loutere principsoverwinning voor de toekomst en wensten aan te dringen op een terugvordering van de btw-bedragen uit het verleden, was het noodzakelijk dat de artsen zich ook verdedigen voor het Europees Hof. Een bijkomende memorie met een bondige toelichting van de ontwikkelde middelen werd door Meester Tom DE GENDT op 22.01.2018 neergelegd bij het Europees Hof.

¹⁸⁹ Cf. omstandige uitzetting van de voorgeschiedenis: VBS-jaarverslag 2015. Dr. Marc Moens 'Verandering in statu nascendi' punt 8.3.3 pag. 60 en het VBS-jaarverslag 2016. Dr. Marc Moens "Disruptieve gezondheidszorg". punt 8.3.1. p.67.

¹⁹⁰ Arrest nr. 106/2017 van 28.09.2017 (BS 24.01.2018)

¹⁹¹ Belgisch syndicaat van chiropraxie en consoorten, de Belgische Unie van Osteopaten en consoorten, de Belgische vereniging voor plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie (afgekort BSRPS) en consoorten en de Belgian Society for Private Clinics en consoorten.

6.2 Vorderingen ingeleid door het VBS of door zijn beroepsverenigingen

6.2.1 Klinische genetica¹⁹²

Het dossier houdende de criteria voor de erkenning van de beroepstitel in de klinische genetica werd voor advies voorgelegd op de plenaire vergadering van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen op 05.02.2015. Op 01.06.2017 werden de erkenningscriteria voor het verwerven van de bijzondere beroepstitel in de klinische genetica gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en werd de titel opgenomen in de lijst van de erkende beroepstitels¹⁹³. Rekening houdend met het tergend trage ritme waarmee de geactualiseerde erkenningscriteria die advies kregen van de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen in het Belgisch Staatsblad verschijnen, mag men in dit dossier zonder verpinken stellen dat de publicatie bliksemsnel werd afgehandeld. De druk vanuit Europa was hier misschien niet vreemd aan. België was immers een van de enige Europese landen waarin deze titel nog niet erkend was.

Ook de 50 artsen werkzaam in de acht centra voor menselijke erfelijkheid (CME) waren al lang vragende partij voor een officiële erkenning van de beroepstitel van arts-specialist in de klinische genetica. Tot op heden hebben deze artsen toegang tot artikel 33 en 33bis¹⁹⁴ van de nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen louter omdat ze werkzaam zijn in een CME¹⁹⁵. Ze mochten zich op een indirecte manier sinds 01.08.1988 beschouwen als een soort equivalent van de "klinisch geneticus"¹⁹⁶. Op het ogenblik van de voorbereiding van het dossier in de Hoge Raad in 2016 waren er in totaal 50 artsen actief in de CME's, gespreid over de acht centra: 24 pediaters, 8 internisten, 5 klinisch biologen, 2 patholoog-anatomen, 2 internisten-hematologen, 2 artsen erkend na 31.12.2004, 2 artsen erkend tussen 01.01.1995 en 31.12.2014, 1 arts erkend vóór 01.01.1995¹⁹⁷, 1 klinisch bioloog met erkenning isotopen, 1 reumatoloog, 1 psychiater en ten slotte 1 gynaecoloog.

Het KB splitst de opleiding in de klinische genetica op in een 2 jaar durende basisopleiding in een van de vier volgende klinische disciplines: inwendige geneeskunde, neurologie, pediatrie of gynaecologie-obstetrica, gevolgd door een 4 jaar durende opleiding in de klinische genetica.

De artsen die reeds erkend zijn in één van de 4 klinische disciplines kunnen onmiddellijk hun 4 jaar durende opleiding in de klinische genetica aanvangen. Alle andere disciplines kunnen deze specifieke opleiding pas aanvangen na een bijkomende opleiding van 2 jaar in stagediensten erkend voor een "klinisch specialisme". Dit impliceert dus dat ook cardiologen, pneumologen, reumatologen e.d. die deze opleiding wensen te volgen eerst nog twee jaar opleiding in een klinisch specialisme zoals inwendige geneeskunde moesten volgen. Een absurde situatie. Deze bemerking geldt ook voor de klinisch biologen, die tijdens hun opleiding reeds een stagejaar inwendige geneeskunde hebben gevolgd.

Het verzoekschrift tot nietigverklaring werd op vraag van het VBS ingeleid door de beroepsvereniging van klinisch biologen. De vordering tot nietigverklaring werd mee ingeleid door een arts klinisch bioloog en een cardioloog.

¹⁹² MB van 23.05.2017 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten klinische genetica (B.S. 31.05.2017)

¹⁹³ KB 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde. (B.S. 14.03.1992)

¹⁹⁴ Artikel 33: Genetische onderzoeken en artikel 33bis: Moleculaire Biologische testen op menselijk genetisch materiaal

¹⁹⁵ Artikel 33 §2 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen : *"Overeenkomstig de wettelijke bepalingen terzake worden die verstrekkingen verricht in laboratoria die tot de erkende centra voor antropogenetica behoren, en zijn ze voorbehouden voor de geneesheren die door de Minister, die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gemachtigd zijn om ze te verrichten."*

¹⁹⁶ Artikel 33 van de nomenclatuur werd gecreëerd bij KB 22.7.1988 (in voege 01.08.1988) : *Art. 33. § 1. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bewaking van de in § 2 bedoelde geneesheer vereist is :.... »*

¹⁹⁷ De omschrijving van deze artsen heeft te maken met het al dan niet hebben van verworven rechten als huisarts, volgens de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen artikel 1, §12, 3°, of het alleen maar hebben van het artsdiploma zonder meer (de "000" artsen) volgens artikel 1, §12, 4° van de nomenclatuur.

Een aantal van de artsen die werkzaam zijn als klinisch geneticus in een centrum voor menselijke erfelijkheid zijn ook nog actief in het kader van hun basisdiscipline. Deze artsen vreesden dat ze een hartverscheurende keuze zouden moeten maken tussen vb. pediatrie (bijna de helft van de doelpopulatie) en de klinische genetica. De voorbije 35 jaar was het immers onmogelijk om twee niveau 2-titels te cumuleren. In het kader van de Europese reglementering wordt nu echter expliciet de mogelijkheid van het behalen van twee beroepskwalificaties voorzien, weliswaar onder bepaalde voorwaarden m.b.t. vrijstellingen en minimale duurtijd voor het behalen van een tweede kwalificatie. Bij de omzetting van de Richtlijn 2013/55/EU werd ter zake artikel 3/1¹⁹⁸ opgenomen in het MB van 23.04.2014, dat de ‘transversale’ erkenningscriteria voor de verschillende specialisaties bepaalt.

In heel België kennen we op dit ogenblik dus ± 50 artsen die de beroepstitel in de klinische genetica kunnen claimen omdat ze in een CME werken. Vermits beroepsactief zijn in een CME geen erkenningsvoorwaarde is volgens het MB, zijn er misschien nog andere artsen die deze beroepstitel kunnen opeisen, zoals collega’s oncologen of collega’s die tijdelijk of definitief hun CME verlaten hebben om een andere carrière te starten of die gepensioneerd of met emeritaat gingen maar toch graag de officiële beroepstitel zouden verwerven die ze gans hun carrière hebben moeten ontberen. Denken we vb. maar aan Prof. Dr. Anne DE PAEPE, oud-rector van de Universiteit Gent, die na haar vier jaar durende tussenstap als rector terugkeerde naar haar diagnostisch en onderzoekslaboratorium in het CME Gent, of aan Prof. emeritus Dr. Inge LIEBAERS oud-directeur van het centrum voor Medische Genetica, UZ Brussel.

Naar aanleiding van het indienen van het verzoekschrift tot nietigverklaring bij de Raad van State werden Mevr. Fanny VANDAMME, ondergetekende en Prof. Dr. Koen DEVRIENDT (klinisch geneticus, CME, KU Leuven) op 22.06.2017 uitgenodigd door Prof. Koenraad VANDEWOUDE op het kabinet van Minister Maggie DE BLOCK voor een overleg. Naar aanleiding hiervan werd door het kabinet een bijkomende adviesaanvraag ingediend bij de Hoge Raad van 12.10.2017 met de bedoeling een aantal punten recht te zetten. Dit advies werd tijdens een tweede overlegvergadering op 19.01.2018 nader besproken.

Tijdens de vergadering van 22.06.2017 werd overeengekomen dat een speciale werkgroep zou opgericht worden om de werking van de CME’s als geïsoleerde entiteiten onder de loep te nemen en voorstellen te formuleren voor een actualisering van hun werking. Het is immers nooit de bedoeling geweest van de overheid dat de CME’s een monopoliepositie zouden verwerven inzake de laboratoriumverstrekkingen moleculaire biologie die ook in de CME’s gebeuren.

De erkenningsaanvragen, die in het kader van de overgangsmaatregelen ten laatste op 30.06.2017 moesten worden ingediend, werden in de Vlaamse Gemeenschap reeds behandeld door de erkenningscommissie onder het voorzitterschap van Prof. Koen DEVRIENDT. De aanvragen werden op een uiterst restrictieve manier beoordeeld. Ongeacht alle andere elementen die kunnen worden aangevoerd om aan te tonen dat men algemeen bekend staat als klinisch geneticus, werden, met één uitzondering, enkel de artsen die gedurende de voorbije vijf jaar onafgebroken actief waren in een CME door de erkenningscommissie positief geadviseerd. Twee van de door de beroepsverenigingen voorgestelde kandidaten om te zetelen in de erkenningscommissie kregen op basis van dit argument een negatief advies. Het VBS heeft deze artsen aangeraden om in beroep te gaan indien dit negatieve advies zou gevolgd worden door de leidende ambtenaar van het Agentschap Zorg en Gezondheid en indien minister VANDEURZEN dat standpunt zou volgen. Werkzaam zijn in een CME is immers geen

¹⁹⁸ Op voorwaarde dat de kandidaat-specialist reeds erkend werd voor een titel van specialisatie van niveau 2 of niveau 3, kan de kandidaat-specialist één of meerdere gedeeltelijke vrijstellingen krijgen voor de theoretische en/of praktische opleiding van zijn lopende specialisatie indien dat opleidingsonderdeel al is doorlopen in het kader van een andere specialistenopleiding. De toekenning van een of meerdere gedeeltelijke vrijstellingen gebeurt op basis van een analyse geval per geval. De totaliteit van de aldus verleende gedeeltelijke vrijstelling(en) ligt niet hoger dan de helft van de minimumduur van de desbetreffende medische specialistenopleidingen.

Deze beschikking is niet van toepassing op de kandidaat-artsen in opleiding voor de bijzondere beroepstitel van huisarts.

erkenningvoorwaarde opgenomen in het MB van 23 mei 2017. Het VBS lichtte in een brief van 28 november 2017 aan Minister Jo VANDEURZEN zijn standpunt toe.

Aan Franstalige zijde werd nog geen erkenningscommissie opgericht. Het besluit van de regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de procedure voor de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 29.01.2018. Tot op heden zijn het nog steeds de erkenningscommissies opgericht onder de federale wetgeving die de erkenningsdossiers behandelen.

Op 11.01.2018 heeft de Vereniging van artsen van de genetische centra vzw het lidmaatschap bij het VBS aangevraagd. Voorlopig kan aan dit verzoek om strikt juridische redenen geen positief gevolg gegeven worden. Het betreft immers een vzw in plaats van een beroepsvereniging en bovendien is het lidmaatschap van die vzw beperkt tot een klein aantal artsen van elk van de genetische centra.

6.2.2 Erkenningsprocedure voor ASO's en HAIO's in de Vlaamse Gemeenschap

Het Besluit van 24.02.2017 van de Vlaamse Regering betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 06.04.2017.¹⁹⁹ Hoewel in de aanloop naar de totstandkoming van dit besluit gewezen werd op een gebrekkige formulering van de samenstelling van de erkenningscommissies, waardoor de pariteit tussen de beroepsbank en de universitaire bank niet werd gewaarborgd, werd de ontwerpakte onverkort gepubliceerd. Het stond dan ook in de sterren geschreven dat het VBS dit niet zou kunnen laten voorbijgaan.

Net zoals het VBS in 2014 een verzoekschrift indiende tegen het KB van 24.10.2013^{200,201}, omdat de paritaire samenstelling van de erkenningscommissies geroepen om advies te verlenen met het oog op het bekomen van een niveau 3-titel geen perfecte pariteit waarborgde tussen de beide banken heeft het VBS ook nu een verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend.

Op het structurele overleg van Jo VANDEURZEN met de artsenorganisaties van 12.09.2017 stond onder meer dit verzoekschrift tot nietigverklaring bij de Raad van State op de agenda. Minister Jo VANDEURZEN stemde er ter zitting mee in om de tekst van het besluit op twee punten aan te passen. Hij was akkoord om te verduidelijken dat de paritaire samenstelling van de erkenningscommissies moet gewaarborgd worden, wat immers altijd de bedoeling is geweest van de Vlaamse regering, zelfs indien dit niet expliciet blijkt uit de tekst. Er zal ook verduidelijkt worden dat reeds erkende artsen en artsen die reeds aan hun opleiding waren begonnen niet aan de nieuwe erkenningscriteria van hun specialismen moeten voldoen wanneer deze geactualiseerd worden.

Het bestuurscomité heeft ingestemd met de vraag van Jo VANDEURZEN om de vordering tot nietigverklaring in te trekken zodra er een wijzigingsbesluit wordt gepubliceerd, op voorwaarde dat van de ASO's die reeds in opleiding zijn op het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit geen ander attest kan geëist worden dan dat ze met vrucht gelijktijdig met de twee eerste jaren van hun opleiding een specifieke theoretische opleiding hebben gevolgd. Dit is des te belangrijker omdat sommige assistenten na het doorlopen van de federaal verplichte twee jaar hun MaNaMa-opleiding stopgezet hebben. Deze Vlaamse eis in de context van de financiering van het Vlaams universitair onderwijs is immers niet opgenomen in de federale erkenningscriteria van het ministerieel besluit²⁰².

Het aangevochten besluit bepaalt dat de ASO bij zijn aanvraag tot erkenning o.a. het diploma van master in de specialistische geneeskunde van het overeenkomstige specialisme of van master in de huisartsgeneeskunde, of een ander bewijsstuk kan voorleggen dat aantoonde dat hij voldoet aan de

¹⁹⁹ Voor de voorgeschiedenis, zie punt 2.1.2.1. van het VBS-jaarverslag 2016, 04.02.2017: "Disruptieve gezondheidszorg".

²⁰⁰ KB van 24.10.2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 12.12.2013).

²⁰¹ Voor meer informatie, zie punt 6.1.3. van het VBS-jaarverslag 2013, 08.02.2014: "Met vereende kracht, een jaartje dokters bashen".

²⁰² MB van 23.04.2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten (BS 13.09.2016).

algemene erkenningscriteria in verband met de theoretische opleiding, vermeld in artikel 3 en 19 van het ministerieel besluit van 23.04.2014 of in artikel 4 van het ministerieel besluit van 01.03.2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen.

Enkele van de ASO's die zich gevoegd hadden bij de vordering ingeleid door het VBS werden ondertussen reeds erkend op basis van een certificaat opgemaakt door hun coördinerende stagemester, die attesteerde dat zij een aan de MaNaMa gelijkwaardige opleiding hadden gevolgd. Deze rebellie van een universitaire coördinerende stagemester wordt niet gesmaakt door de universitaire overheden, die hem daarom ook al op het matje riepen.

7 Besluit

117.002 bladzijden lang scolden ziekenhuisartsen en -beheerders in spanning door het Belgisch staatsblad, dagelijks uitkijkend naar de realisatie van Maggie DE BLOCK's "Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering"²⁰³. Tweeënhalf jaar later staat de trein nog stil op de rails. Is die werf te hoog gegrepen of te Babylonisch à la belge om zich te kunnen ontwikkelen? Met dank aan de 6^{de} staatshervorming? Minister DE BLOCK wil netwerken ontwikkelen die zowel ziekenhuizen bevatten als zorg die buiten ziekenhuismuren plaatsvindt, de transmurale zorg. Maar in Vlaanderen dan wel op voorschrift van de bevoegde minister Jo VANDEURZEN. In Franstalig België gelooft men er niet in. De reacties zijn lauw tot afwijzend. De kloof tussen Noord en Zuid verdiept. Bij de voorstelling van haar Plan vermeldde minister DE BLOCK dat het opnieuw uitvinden van het ziekenhuis in Denemarken 20 jaar geduurd heeft. Wordt dat ook zo in België? Of wordt het niets?

Onder druk van Europa en van vicepremier Alexander DE CROO²⁰⁴ en met de volle medewerking van minister DE BLOCK moet de "information technology" ingepast worden in de 20 actieplannen van de e-gezondheid. Enthousiaste inzet volstaat niet om de strakke tijdsschema's te kunnen respecteren. Er zijn te weinig mensen en middelen om alle grootse ideeën te realiseren. Elke futiele storting doet het systeem haperen tot ergernis en burn-out van velen. De uit de Verenigde Staten overgewaaide rage om alles elektronisch te registreren en af te vinken alsof dat een absolute kwaliteitsgarantie biedt, leidt er toe dat de zorgverleners geen tijd meer hebben om de piloot van de zorg – want zo benoemt minister DE BLOCK de patiënt – fysisch en psychisch in het oog te houden. Het inspiratieland van onze minister, Denemarken, is onder meer om die reden uit de ratrace van de ziekenhuisaccreditering gestapt. Het evenwicht tussen zorg en administratie diende hersteld.

Bij de geplande herziening van het in mei 2015 gecoördineerde KB nr. 78²⁰⁵ zitten alle gezondheidszorgverstrekkers op vinkenslag om een autonome beroepsuitoefening op te eisen. De plaats van de arts in het gezondheidszorgsysteem wordt door velen in vraag gesteld. In het bijzonder die van de specialist die dreigt gedegradeerd te worden tot medisch-technische uitvoerder op voorschrift. Maar over de verantwoordelijkheid is iedereen het eens: die moet sowieso bij de arts liggen. Artsen willen hun verantwoordelijkheden opnemen en zorgkwaliteit en toegankelijkheid blijven garanderen, op voorwaarde dat hun een correcte plaats in de vernieuwde zorgketen zal worden toebedeeld.

Met dit 28^{ste} jaarverslag neem ik afscheid van een functie die ik met genoeg heb mogen uitoefenen. Het stof van alle werven die minister DE BLOCK opstartte is nog lang niet gaan liggen. Dat is het gevolg van de verandering die we in begin 2015 vroegen²⁰⁶. Alvast werden de "geneesheren" sinds dat rapport

²⁰³ "Maggie De Block zet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op de rails". Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering. 28.04.2015.

²⁰⁴ De vice-premier is ook minister van Ontwikkelingssamenwerking, Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post

²⁰⁵ KB van 10.05.2015 houdende coördinatie van het koninklijk besluit van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS 18.06.2015)

²⁰⁶ "Licht op blauw voor verandering". VBS jaarverslag 2014. Dr. Marc Moens, 07.02.2015

niet alleen in onze statuten, maar ook overal in de wetgeving vervangen door “artsen”. Die steen hebben Maggie DE BLOCK en ondergetekende alvast kunnen verleggen in de rivier.

Op 08.02.2014 sloot ik mijn VBS-jaarverslag af²⁰⁷ met de aankondiging dat het stilaan tijd werd om een opvolger te zoeken. We zochten en vonden. Straks zal mijn opvolger in de algemene vergadering verkozen worden. Ik zal de organisatie van de gezondheidszorg intensief blijven opvolgen, want het blijft een uiterst boeiende materie die alle burgers van dit land aanbelangt. Ze beroert me al ruim 43 jaar.

Rest me alleen de VBS-medewerkers en de vele collegae te danken die me de voorbije 28 jaar in deze functie hebben bijgestaan. Ze kennen mijn e-mailadres, telefoon en gsm.

Dr. Marc Moens, 03.02.2018.

De redactie van dit jaarverslag werd inhoudelijk afgesloten op 30.01.2018.

Werkten er aan mee: Yo Baeten, Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Michel Lievens, Bernard Maillet en Fanny Vandamme.

²⁰⁷ “Met vereende kracht, een jaartje dokters bashen”. VBS-jaarverslag 2013. Dr. Marc Moens, 08.02.2014.