

VBS JAARVERSLAG 2013
Dr. Marc Moens
Secretaris-Generaal

**Met vereende kracht,
een jaartje dokters bashen**

Brussel
08.02.2014

INHOUD

1. Activiteitenverslag	5
1.1. Interne vergaderingen en publicaties	5
1.2. Staf en externe medewerking.....	5
1.3. VBS-symposia	6
1.4. Vijfde symposium ‘radioprotectie’ een zegen of een vloek?.....	7
1.5. Website van het VBS	9
2. VBS-vertegenwoordiging	9
2.1. Binnenlandse representatie.....	9
2.1.1. Luidt 2014 de zwanenzang in van MedicaNorm?	9
2.1.2. MDEON vzw	10
2.1.3. Milieugeneeskunde	12
2.2. Het VBS en de Europese en andere internationale vertegenwoordigingen	13
2.2.1. UEMS	13
2.2.2. FEMS	15
2.2.3. AEMH.....	15
2.2.4. CPME	15
3. Ziekenhuisfinanciering: waarheen?	16
3.1. De initiatieven van de regering.....	16
3.2. Wat zouden de gevolgen zijn van de invoering van een all-infinanciering van de medische verstrekkingen?.....	17
3.3. De initiatieven van het VBS tegen de forfaitaire financiering en de industrialisering van de geneeskunde.....	19
3.4. De think tank van het VBS	20
4. Politiek.....	21
4.1. Inleiding	21
4.2. Informatisering.....	23
4.3. “Alles is politiek”	24
4.4. Staatshervorming en de toekomstige politiek van de chronische zorg	25
4.5. Numerus clausus.....	27
4.5.1. Petitie voor het behoud van de numerus clausus	27
4.5.2. Franstalige context	29
4.5.3. Vlaamse context.....	31
4.6. Erkenningen, Hoge raad, Erkenningscommissies en MaNaMa	32
4.6.1. Erkenningen oncologie.....	32
4.6.2. Hoge Raad en erkenningscommissies.....	33
4.6.3. MaNaMa.....	35
4.7. De alterneuten	37
4.7.1. De KCE-rapporten.....	37
4.7.2. Een niet-conventionele wetswijziging.....	38
4.7.3. Alleen Cato de Oudere kan redding brengen.....	40
5. Akkoord artsen-ziekenfondsen 23.01.2013.....	41
5.1. Budgettair kader	41
5.2. Het supplementengevecht met de CM	43
5.3. De mutualistische transparantie	44
5.4. Een CM nep-enquête	45
5.5. De administratiekosten van de mutualiteiten.....	45
5.6. Deconventie: evolutie van de percentages	47
5.7. De accreditering	50

6. Juridische procedures	52
6.1. Vorderingen die ingeleid werden in 2013	52
6.1.1. Pensioenen	52
6.1.2. De liquidatiebonus.....	53
6.1.3. Het weren van ‘orgaanoncologen’ uit de samenstelling van erkenningscommissies ..	54
6.2. Uitspraken	55
6.2.1. Decreet meldingsplicht risicovolle medische praktijken	55
7. Besluit	56

1. ACTIVITEITENVERSLAG

1.1. Interne vergaderingen en publicaties

Sinds de algemene vergadering van 02.02.2013 kwam het uitvoerend bestuur 31 maandagmiddagen samen in de lokalen van het VBS aan de Kroonlaan 20 in Elsene (1050 Brussel). De dagorde van de vergadering en de bijbehorende bijlagen worden de vrijdagmiddag voor de vergadering elektronisch verstuurd naar de leden van het uitvoerend bestuur en Dr. J.-P LEONARD, die als liaison-officer fungeert tussen de BVAS en het VBS. De vergaderingen met koffie, een broodje en een koekje als dessert, worden bijgewoond door een wisselend aantal leden, al naargelang hun agenda het toelaat.

In dezelfde periode vergaderde het bestuurscomité 6 keer. Om de Brusselse parkeerproblemen te vermijden en om de VBS schatkist niet te fel te moeten aanspreken, komt het bestuurscomité bijna altijd samen in een vergaderzaal van het Best Western Hotel in Groot-Bijgaarden, gelegen langs de snelweg Brussel-Oostende.

Naast de vergaderingen van het uitvoerend bestuur en het bestuurscomité organiseerde het VBS op 30 mei 2013, 4 juli 2013 en 10 oktober 2013 een vergadering van de 'think tank' over de financiering van de ziekenhuizen (cf. punt 3.4.).

Het VBS publiceerde op papier het voorbije kalenderjaar 7 gewone nummers en 4 speciale nummers van het tijdschrift 'De Geneesheer-Specialist'. Er werden tevens 84 elektronische nieuwsflashes verstuurd met specifieke informatie voor de leden van de aangesloten beroepsverenigingen.

Om onze ecologische voetafdruk (en de portkosten) te beperken, zullen deze elektronische edities in de toekomst nog belangrijker worden. Het is immers veel doeltreffender om de leden van nomenclatuur- en tariefwijzigingen op de hoogte te brengen via e-mail dan deze informatie per traditionele briefpost te verspreiden.

1.2. Staf en externe medewerking

Con brio heeft Mevrouw Fanny Vandamme sinds 01.02.2011 de onvergetelijke Jos Van den Nieuwenhof opgevolgd als administratief directeur van het VBS. Jos ging drie jaar geleden met pensioen. Het personeelsbestand diende aangevuld en na uitgebreid overleg binnen het uitvoerend comité werd beslist een staflid aan te werven met een economische opleiding. Op 04.03.2013 werd Olivier Lambrechts aangeworven als tweetalig handelsingenieur Solvay.

Sinds september 2013 wordt er voor boekhoudkundig en fiscaal advies voor leden samengewerkt met externe partners.

Boekhoudkundige en fiscale materies behoren immers niet tot de core business van het VBS. Nochtans komen leden er regelmatig met boekhoudkundige en fiscale vragen aankloppen. Aangezien de expertise niet binnenshuis aanwezig is, werd contact opgenomen met twee bedrijven om op dit niveau samen te werken. Het betreft AccountingTeam¹, een firma die vooral in Vlaanderen actief is en Etugest² gevestigd in het Brusselse, die voor het VBS de vragen van de Franstalige leden zal behandelen.

Deze samenwerking met deze twee nieuwe partners kan verschillende vormen aannemen,

¹ AccountingTeam, Veldkant 13 - 2550 Kontich

² Etugest Accountancy SA, Daillyplein 5 - 1030 Brussel; Etugest, Pedestraat 91 - 1602 Sint-Pieters-Leeuw

gaande van het verspreiden van algemene informatie op boekhoudkundig en fiscaal vlak, maar ook van specifieke informatie voor individuele artsen. Deze informatie kan verspreid worden via de nieuwe VBS-website of via een link naar de website van deze twee partners. VBS-leden die individueel een dossier willen voorleggen, kunnen genieten van voorkeurstarieven. Het VBS heeft geen verdere verplichtingen ten opzichte van deze partners.

1.3. VBS-symposia

Sinds 2004, het jaar waarin het verbond zijn 50ste verjaardag vierde, organiseert het VBS steevast een symposium voorafgaand aan zijn algemene statutaire vergadering. In 2013 was dat niet anders. Het symposium 'Welke geneeskunde anno 2013?' werd bijgewoond door 239 deelnemers. Uit de tussenkomst van Dhr. P. HANNES, kabinetsmedewerker van Staatssecretaris Servais VERHERSTRAETEN, bleek duidelijk hoe complex de organisatie van de gezondheidszorg wel wordt door de toepassing van de 6de staatshervorming. Deze theoretische uiteenzetting werd door Dhr. Xavier BRENEZ aanschouwelijk gemaakt via een aantal concrete voorbeelden.

Het VBS houdt er ook een traditie op na om regelmatig symposia rond actuele onderwerpen te organiseren of over specifieke thema's die voor artsen op bepaalde momenten in hun carrière bijzonder relevant kunnen zijn.

In de praktijk gaan die initiatieven uit van het uitvoerend bestuur. De potentiële sprekers worden gecontacteerd door Mevr. Fanny VANDAMME. De flyers worden ontworpen door huisgraficus, Dhr. Koen SCHRIJE. Ze worden gedrukt en verzonden door manusje van alles, Dhr. Vincent MERCKEN. Mevr. Loubna HAMI registreert de inschrijvingen en maakt de accrediterings- en betalingsattesten op. Papieren accrediteringsattesten zijn niet langer nodig: de deelname aan een geaccrediteerd VBS-symposium wordt door Koen SCHRIJE in de webapplicatie van het RIZIV ingegeven. Mevr. Josiane BULTREYS en Dhr. Raf DENAYER staan in voor de vertaling van de PowerPointpresentaties van de sprekers. De gastsprekers drukken zich immers steeds uit in hun moedertaal, maar de hand-outs worden systematisch in het Nederlands en het Frans bezorgd aan de deelnemers.

Op 9 maart 2013 werd onder de titel "Uit de startblokken als arts-specialist" een symposium georganiseerd voor de laatstejaarsstudenten geneeskunde en de artsen-specialisten in opleiding (ASO) in de zaal Jacques Brel van het Brussels 44 Center. Door de veelheid in deze periode van gelijkaardige symposia, georganiseerd door de andere artsenorganisaties, viel de opkomst in aantal participanten wat tegen. Tijdens de vragensessie bestookten de 62 deelnemers de sprekers met tal van vragen.

Niet alleen bij het begin van de carrière moeten specifieke problemen en aandachtspunten behandeld worden, maar ook aan het einde van hun professionele loopbaan zitten artsen-specialisten met vragen. Daarom organiseerde het VBS op 25 mei 2013 het symposium "In het zicht van de professionele eindmeet" in dezelfde Jacques Brel zaal. Het auditorium zat afgeladen vol, tot op de trappen toe, en sommige deelnemers waanden zich wellicht weer in de aula's van hun studententijd.

De bekende Prof. em. arbeidsrecht, Roger BLANPAIN op de affiche droeg zeker bij tot het succes van deze bijeenkomst. Aanleiding van dit symposium was onder meer de aangekondigde pensioenhervorming van vice-eerste minister en minister van Pensioenen, Alexander DE CROO. De tussenkomst van gastspreker André VAN VARENBERG, secretaris-generaal van onze verzekeringspartner Concordia, werd door de deelnemers bijzonder geapprecieerd. Hij vestigde op een expliciete manier de aandacht op een situatie die potentieel zeer verregaande financiële gevolgen kan hebben voor artsen, maar ook voor

hun erfgenamen. Hij had het met name over de toepassing van de begrippen anterioriteit en posterioriteit die gehanteerd worden in de burgerlijke verzekering van de beroepsaansprakelijkheid. Het betreft een probleem voor alle artsen die uit een groepsovereenkomst beroepsaansprakelijkheid stappen, hetzij omdat ze tijdens hun carrière van ziekenhuis veranderen, hetzij omdat ze op het einde van hun carrière het ziekenhuis verlaten waar ze hun volledige carrière hebben uitgebouwd. De dekking voor feiten die zich zouden hebben voorgedaan vóór hun vertrek en hen later worden ten laste gelegd, duurt zolang als de contractuele relatie blijft bestaan die tussen hun oude ziekenhuis en de verzekeraar werd aangeknoopt. Idealiter zou deze relatie 'ziekenhuis-verzekeraar' tot 20 jaar na het vertrek van de arts moeten doorlopen om perfect beschermd te zijn zonder dat men uit eigen beweging een waarborg 'wettelijke posterioriteit' moet afsluiten. Dat lijkt onrealistisch, vooral omdat vandaag de wetgeving op de openbare aanbestedingen van kracht is, die dit type partnerschappen sterk benadeelt.

Daarom is het absoluut noodzakelijk dat de artsen die zich in een dergelijk geval bevinden binnen de drie maanden (deze termijn is wettelijk vereist) die volgen op de gebeurtenis die het verlies van hun hoedanigheid van verzekerde heeft teweeggebracht een waarborg "wettelijke posterioriteit" ondertekenen bij hun laatste verzekeraar. Een omstandig artikel werd hieromtrent opgenomen in een speciaal nummer van ons tijdschrift (december 2013).

Vele van de bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen organiseren ook zelf op regelmatige tijdstippen symposia. Het jaarlijks congres van de beroepsvereniging van anesthesisten toegespitst op de beroepsgebonden thema's van hun specialisme is sedert jaren een vaste waarde. De administratieve afhandeling van dit congres ligt in handen van Dhr. Raf DENAYER. Aan de algemene vergadering van de beroepsvereniging Intensieve Zorgen wordt steevast een informatiesessie over de hete hangijzers in hun vakgebied verbonden. Ook de beroepsvereniging van NKO-artsen laat zich niet onbetuigd. In 2014 volgen de beroepsverenigingen van orthopedisten en longartsen hun voorbeeld. De orthopedisten zullen hun nieuwe nomenclatuur over de hand- en voetchirurgie toelichten, die in voege trad op 1 januari 2014. De beroepsverenigingen orthopedie en neurochirurgie zullen er hun gezamenlijke project m.b.t. de actualisering van de nomenclatuur voor rug chirurgie nader toelichten.

Het RIZIV vierde op 30.01.2014 zijn 50-jarig bestaan. Het VBS zal in 2014 zijn 60-jarig bestaan passend vieren.

1.4. Vijfde symposium 'radioprotectie' een zegen of een vloek?

Het VBS organiseerde op zaterdag 14 december 2013 voor de vijfde keer een studievoormiddag over stralingsbescherming. Deze editie kende met 600 deelnemers een enorme opkomst. Vele reacties waren lovend, maar er was ook heel wat kritiek op de moeizame afloop van het symposium. Reden genoeg om alles op een rijtje te zetten.

Midden augustus 2013 werd het VBS door verscheidene artsen gecontacteerd met de vraag wanneer het volgende symposium 'Radioprotectie' zou plaatsvinden. Een logische vraag, aangezien ons Verbond de afgelopen twee jaar al vier symposia had georganiseerd over dit thema.

De plotse interesse voor een nieuwe sessie radioprotectie was te verklaren door een brief van het FANC³ aan alle artsen van wie de vergunning voor het gebruik van ioniserende stralen had moeten hernieuwd worden in 2011 en 2012. Deze mensen kregen van het FANC een laatste kans om vóór 30 september 2013 aan te tonen dat ze een permanente vorming

³ FANC: federaal agentschap voor nucleaire controle

in stralingsbescherming gevolgd hadden, zo niet zou het FANC het RIZIV informeren wie niet voldeed aan deze wettelijke verplichting. Die artsen zouden dan niet langer nog prestaties kunnen attesteren waarbij het gebruik van ioniserende stralingen vereist is.

Het FANC, hierover bevestigd door mevrouw Fanny VANDAMME, VBS-directeur, bevestigde deze situatie. De artsen die de FANC- brief hadden gekregen, stonden voor een groot probleem. Voor radiologen, nuclearisten en radiotherapeuten worden op vrij regelmatige basis specifieke sessies over stralingsbescherming georganiseerd. Maar voor specialisten voor wie het gebruik van ioniserende stralen niet hun hoofdbezigheid is, zijn er maar weinig algemeen vormende cursussen radioprotectie voorzien. Sterker nog, in augustus 2013 was er, voor zover bekend bij het FANC, geen enkele sessie van die strekking meer geprogrammeerd tot eind 2013.

De edities van de afgelopen twee jaar werden telkens door meer dan 400 deelnemers bijgewoond en het VBS had dus niet de intentie om ook in 2013 nog een studievoormiddag te organiseren. Om echter een oplossing te bieden voor de talrijke artsen die klaarblijkelijk niet in orde waren, besliste het VBS- bestuur in september om half december 2013 toch nog een 5^{de} sessie radioprotectie te organiseren.

Net zoals bij de vorige symposia werd het programma vooraf besproken met het FANC, om de garantie te hebben dat de aangeboden vorming beantwoordde aan hun kwaliteitseisen. Het stramien voor het verloop van het symposium is ondertussen bekend. Dat betekent onder meer dat de moderator, Dr. Patrick VAN DER DONCKT, directeur van de dienst Gezondheid en Leefmilieu van het FANC, erop toeziet dat de timing scrupuleus gerespecteerd wordt. Het FANC verplicht de organisator bovendien dat de deelnemers niet alleen de aanwezigheidslijsten tekenen voor aanvang, maar ook na afloop van de sessie. De lijst voor de tweede handtekening wordt door de moderator pas vrijgegeven na het einde van de laatste lezing.

De regels en ingrediënten van het symposium van 14 december 2013 waren dezelfde als bij de vier voorgaande edities. Het VBS rekende opnieuw op de aanwezigheid van een 400-tal artsen in het auditorium van Brussels 44 Center. De inschrijvingen kwamen verrassend genoeg maar traag op gang.

Amper twee weken voor het symposium veranderde de situatie plots: de door het FANC aangeschreven artsen die zich vóór eind september 2013 niet gemanifesteerd hadden, kregen eind november een aangetekende brief met een allerlaatste aanmaning om zich in orde te stellen. In diezelfde brief werd verwezen naar het VBS-symposium van 14.12.2013. Bovendien richtte het FANC op 7 december 2013 ook een brief aan alle artsen die een vergunning van onbepaalde duur voor het gebruik van ioniserende stralingen hebben. Zij moeten tegen eind maart 2014 kunnen aantonen dat ze de voorbije 10 jaar hebben deelgenomen aan 4 uur permanente vorming in de radioprotectie. Ook in deze brief werd verwezen naar de sessie ingericht door het VBS.

Vele artsen voelden zich door dit initiatief van het FANC als het ware verplicht om deel te nemen aan de VBS-sessie. In de laatste dagen voor het symposium werden 200 bijkomende inschrijvingen genoteerd, waardoor het deelnemersveld plots en onvoorzien aangroeide tot 600. Een inschrijvingsstop invoeren was geen optie, gezien de brieven van het FANC. Bovendien is het maar de vraag of dit enig effect zou hebben gehad. Voor vele artsen was het VBS- symposium immers de laatste mogelijkheid om zich toch nog in regel te stellen. Het symposium werd aanvoeld als een verplichting, wat tot frustratie leidde bij vele deelnemers. De eis van het FANC om aanwezig te blijven tot na het einde van de laatste spreekbeurt werd ervaren als pure pesterij.

Haast onvermijdelijk liep de situatie uit de hand zodra de moderator de aanwezigheidslijst voor de tweede handtekening vrijgaf. Honderden deelnemers wilden tegelijkertijd de

(nochtans in verschillende delen opgesplitste) lijst handtekenen zodat er aan de balies een ware overrompeling ontstond.

Na het gedrum aan de balies in het auditorium volgden de files aan de betaalautomaten in de parking. Het aanwezige VBS-personeel kreeg het zwaar te verduren.

Om in de toekomst dergelijke megasessies te vermijden, doet het VBS een oproep aan alle organisatoren van symposia die het thema van radioprotectie behandelen, om het FANC (en het VBS) daarvan op de hoogte te brengen. Op die manier zal het voor de artsen, die verplicht zijn een permanente vorming aan te tonen inzake radioprotectie, gemakkelijker worden om een geschikte gelegenheid te vinden om zich bij te scholen. De ultieme situatie, waar slechts één enkel symposium georganiseerd wordt vóór de hakbijl van het verlies van het recht op terugbetaling, valt moet in de toekomst ten stelligste vermeden worden.

1.5. Website van het VBS

Het afgelopen jaar hebben wij het bedrijf Trynisis ingeschakeld om een website te ontwerpen die evenveel informatie biedt als de huidige site, maar die intuïtiever en eenvoudiger te raadplegen is.

Onze site bevat tal van informatie over de medische actualiteit, de evolutie van de nomenclatuur, accreditering, seminars en werkaanbiedingen. Het was geen eenvoudige opdracht om deze informatie te structureren en te vertalen. Er moesten tientallen pagina's geconfigureerd worden, die verwijzen naar honderden documenten, die betrekking hebben op onder meer de statuten van de beroepsverenigingen, de nomenclatuur en de wetgeving.

De evolutie van de medische actualiteit begin 2013 en de complexiteit van het werk hebben het project vertraging doen oplopen.

In mei 2013 heeft het VBS de inhoud van de nieuwe site aan het bedrijf Trynisis bezorgd en geüpdatet.

Sinds november 2013 draait de website in testmodus en houdt het VBS-team, waarvoor twee opleidingsmomenten werden georganiseerd, zich in gereedheid om de diverse delen van de site bij te werken, waarin elke beroepsvereniging over een voor haar voorbehouden ruimte zal beschikken om met haar leden te communiceren.

We hadden de website graag al online gezet en op de algemene vergadering van vandaag voorgesteld, maar de proefsites vertoonden nog enkele tekortkomingen, waaraan Trynisis zopas heeft verholpen.

Naar verwachting zal de site in de komende weken 'live' kunnen gaan.

Tot dat moment zal de firma Geolens de VBS-website blijven beheren.

2. VBS-VERTEGENWOORDIGING

2.1. Binnenlandse representatie

2.1.1. Luidt 2014 de zwanenzang in van MedicaNorm?

Het project MedicaNorm werd opgestart in 2010 en heeft tot doel een kwaliteitsvolle

opleiding te geven aan artsenbezoekers. De initiatiefnemers wilden de artsenbezoekers vertrouwd maken met een aantal thema's zoals ziekenhuismanagement, farmaco-economie, farmacovigilantie, de structuren binnen de Belgische sociale zekerheid, Evidence Based Medicine en dergelijke meer.

Begin 2012 haakte de hoofdsponsor pharma.be af. Quintiles organiseerde de sessies. De vormingskosten bedroegen ± € 3.000 per persoon. Pharma.be wou in eigen schoot een gelijkaardig, maar kostenefficiënter project opstarten. De meeste farmaceutische bedrijven worden immers al door hun internationale moedervereniging verplicht om hun medewerkers te initiëren in thema's als farmaco-economie en farmacovigilantie. Mede ten gevolge van de pensionering in september 2013 van Prof. Dr. Leo Neels als algemeen directeur van de farmasectorfederatie pharma.be is dit thema op de achtergrond verzeild. Ter gelegenheid van een ontmoeting op 2 december 2013 van een delegatie van pharma.be met het uitvoerend bestuur van het VBS beloofde Dr. Jean CREPLET, medisch directeur van pharma.be, dit project opnieuw onder de aandacht te brengen van zijn directie.

Van de zeven geplande driedaagse opleidingssessies van MedicaNorm gingen er in 2013 slechts drie door. De andere sessies werden afgelast wegens gebrek aan inschrijvingen. De oorzaak moet niet ver gezocht worden: zoals de artsen, deelt de farmaceutische industrie jaar na jaar in de klappen van de snel op elkaar volgende besparingsrondes. Dit vertaalt zich in krimpende budgetten voor opleiding. Het voorbije jaar gingen een aantal farmaceutische bedrijven trouwens over tot het al dan niet collectief ontslag van een deel van hun artsenbezoekers. MedicaNorm heeft in 2013 zijn nobele doelstellingen niet kunnen waarmaken.

Voor 2014 zijn zeven opleidingssessies geprogrammeerd. De hamvraag blijft hoeveel sessies er effectief zullen doorgaan. De bijeenkomst van februari is alvast afgelast, opnieuw wegens gebrek aan belangstelling.

2.1.2. MDEON vzw

De vzw Mdeon werd opgericht in 2006. Was de organisatie in de begindagen een onbekende speler, dan is ze dat ondertussen al lang niet meer. Elke organisator van meerdaagse congressen en elke arts die deelgenomen heeft aan een internationaal congres waarvoor hij op een of andere manier gesponsord werd door een farmaceutische firma, bijvoorbeeld onder de vorm van een deelname in de organisatie- of reiskosten, hebben over de jaren heen het "genoegen" gehad om kennis te maken met Mdeon.

Artikel 10 van de wet van 25 maart 1964⁴ op de geneesmiddelen bevat een algemeen verbod om in het kader van het voorschrijven, het afleveren of het toedienen van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, rechtstreeks of onrechtstreeks premies of voordelen in geld of in natura in het vooruitzicht te stellen, aan te bieden of toe te kennen aan beroepsbeoefenaars uit de gezondheidssector. Op dit algemene verbod kan een uitzondering worden toegestaan op voorwaarde dat de bijeenkomst voldoet aan een aantal cumulatieve voorwaarden⁵. Het bewijs dat voldaan is aan deze cumulatieve voorwaarden wordt geconcretiseerd in een visum.

Niettegenstaande het VBS, samen met andere artsenverenigingen en met apothekers, dierenartsen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesisten, ziekenhuistechnici, paramedici, de

⁴ BS 17.04.1964

⁵ Art. 10 §2 a) de manifestatie heeft een uitsluitend wetenschappelijk karakter, dat met name past in het kader van de medische en farmaceutische wetenschap;

b) de aangeboden gastvrijheid is strikt beperkt tot het wetenschappelijk doel van de manifestatie;

c) de plaats, de datum en de duur van de manifestatie scheppen geen verwarring omtrent haar wetenschappelijk karakter;

d) de bekostiging van de deelname, de gastvrijheid inbegrepen, beperkt zich tot de officiële duur van de manifestatie;

e) de bekostiging van de deelname, de gastvrijheid inbegrepen, mag niet worden uitgebreid tot andere natuurlijke personen en rechtspersonen dan deze bedoeld in § 1;

farmaceutische industrie en de industrie van medische hulpmiddelen heeft meegewerkt aan de oprichting van dit gemeenschappelijk deontologisch platform en sindsdien ook actief heeft deelgenomen aan de werkzaamheden van Mdeon, ervaart het VBS deze vzw als een eigenzinnige en dove gesprekspartner. De doorsnee specialist beschouwt Mdeon als een privé politieapparaat dat het de specialisten bijzonder moeilijk maakt om sponsoring te verwerven voor buitenlandse congressen. Huidig Mdeon-voorzitter Richard VAN DEN BROECK, directeur van Unamec⁶, beweert dat de vzw de zaak slecht heeft aangepakt in de beginfase en dat de artsenverenigingen te weinig feedback uit de dagelijkse praktijk hebben gegeven⁷. Maar hij belooft beterschap. We kunnen maar hopen dat Mdeon-directeur, Mevrouw Stéphanie BRILLON, zal inzien dat artsen geen supermensen zijn, dat ze bij vliegtuigreizen vb. ook last kunnen hebben van jetlag, dat het hollen van de eerste ochtendlijke vliegtuigvlucht naar de eerste voordracht en terug voor de volgende vlucht bijzonder stresserend en ongezond is, en dat vb. het includeren van een zaterdag of zondag in het reisschema de prijs van een vliegtuigticket veel goedkoper kan maken.

Omdat het alternatief voor Mdeon een allescontrolerende overheid zou zijn, verkiest het VBS voorlopig dit systeem van zelfregulering, dat de artsenverenigingen zou moeten toelaten de zaken in goede banen te leiden. Maar de frustratie zit erg hoog.

Op 5 februari 2013 namen Drs. J.-L. DEMEERE en B. MAILLET deel aan de algemene vergadering van Mdeon, waar de Zweedse gastspreker, Richard BERGSTROM, algemeen directeur van EFPIA⁸, het had over wat er binnen zijn vereniging leeft op het vlak van promotie van geneesmiddelen en in het bijzonder in verband met de vraag naar transparantie. Het bleek de voorbode te zijn van wat later op het jaar in het RIZIV Verzekeringscomité, in de Nationale commissie artsen- ziekenfondsen en in het federaal Parlement zou volgen.

Mdeon voelt de gevolgen van de economische crisis en merkt een daling van het aantal visumaanvragen. Toeval of niet, Mdeon probeert zijn activiteitendomein verder uit te breiden. Tijdens haar algemene vergadering van 15.10.2013, die werd bijgewoond door Dr. Michel LIEVENS, lid van het uitvoerend bestuur van het VBS, werd een discussieforum gehouden over het nieuwe modewoord 'transparantie'. Mdeon definieert transparantie als de nominatieve publicatie op het internet voor het groot publiek van de financiële interacties en tussenkomsten tussen de industrie en de gezondheidsbeoefenaars. De organisatie hoopt hierin het voortouw te nemen en als autoregulerende autoriteit op te treden.

Het transparantieconcept was ook het gespreksonderwerp van de ontmoeting op 2 december 2013 van een delegatie van Pharma.be⁹, onder leiding van Dr. J. CREPLET, met het uitvoerend bestuur van het VBS. Pharma.be, lid van de EFPIA, zette het bestuur uiteen dat, als de 'disclosure code' in voege treedt, die de algemene vergadering van de EFPIA op 24 juni 2013 goedkeurde, maar nog moet voorgelegd worden aan hun juridisch comité, Pharma.be verplicht is die uit te voeren. Die code houdt in dat de sector zich ertoe verbindt volledige transparantie te bieden over iedere geldstroom tussen de farmaceutische industrie en de medische gemeenschap.

Volgens die code moeten volgende gegevens op een publieke website worden vermeld:

- op geaggregeerd niveau: de kosten voor onderzoek en ontwikkeling;
- op het niveau van de zorgorganisaties: sponsoringuitgaven, ondersteuning van deelnames aan seminaries en congressen (inschrijving, reis en verblijf), consultancy contracten

⁶ Unamec is de federatie van de industrie van de medische technologie

⁷ "Mdeon: 'Wij zijn geen gendarmes'". MediQuality, 27.01.2014

⁸ EFPIA: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

⁹ Dr. J. Creplet, Mevr. M. Goossens, Legal Council, Mevr. M. Van Houtte, Communication Officer, Mevr. Fr. Clement, economische studies.

- op individueel niveau: sponsoringuitgaven, ondersteuning van deelnames aan seminars en congressen (inschrijving, reis en verblijf), consultancycontracten

Sinds 1 januari 2005¹⁰ moeten onze politici jaarlijks aan het Rekenhof een lijst bezorgen van al hun mandaten en hun vermogen. De financiële gegevens blijven echter confidentieel en worden niet te grabbel gegooid voor het grote publiek. Moeten artsen binnenkort wel met de billen bloot? Als het juridisch comité van EFPIA geen aanpassingen doorvoert wordt iedere financiële stroom vanuit de farmaceutische sector naar een zorgverstrekker met naam, toenaam en bedrag op een website gepubliceerd. Elke wereldburger zal daar met een eenvoudige muisklik toegang toe hebben. Hoe kan een dergelijke vorm van transparantie verzoend worden met de wet op de bescherming van de private levenssfeer?

In 2012 heeft het VBS een rel ontketend na de "ludieke" postkaartencampagne van Mdeon, die de grote meerderheid der artsen ronduit beledigend vond. In 2013 was het VBS in de raad van bestuur van Mdeon extra op zijn hoede, en eiste drastische aanpassingen aan de eerste voorstellen voor een nieuwe perscampagne. Het VBS betreurt dat de campagne ook in 2014 nog steeds het wantrouwen over de integriteit van de zorgverstrekkers als ondertoon heeft, zeer in het bijzonder van de artsen. Het valt immers op dat tot nog toe de begeleidende foto's of tekeningen voornamelijk over artsen gaan.

2.1.3. Milieugeneeskunde

De Cel Leefmilieu-Gezondheid (NEHAP) organiseerde op 28 januari 2014 een informatief colloquium over de opleiding van gezondheidsprofessionals gespecialiseerd in milieugeneeskunde. Dit project wordt aangestuurd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu ingevolge de beslissing van de Gemengde Interministeriële Conferentie Leefmilieu-Gezondheid. Dr. Michel LIEVENS, lid van het uitvoerend bestuur van het VBS, nam eraan deel. De sprekers op het colloquium beschreven de huidige situatie in België en het buitenland op het vlak van het opleidingsaanbod inzake milieugeneeskunde dat ter beschikking staat van de diverse zorgverstrekkers. De rol die het milieu bij een groot aantal ziektebeelden speelt zet de overheden ertoe aan de opleiding van artsen en andere zorgverleners over deze problematiek, die niemand vandaag nog ontkent, te promoten. De positieve contacten die werden gelegd met de decanen van de faculteiten geneeskunde en de scholen voor volksgezondheid van de universiteiten doen vermoeden dat de universiteiten snel een concreet opleidingsaanbod op het vlak van milieugezondheid zullen uitwerken. Het colloquium kwam tot het besluit dat deze opleiding er als volgt zou kunnen uitzien:

- Vijf lessen in milieugeneeskunde voor de geneeskundestudenten, in de loop van hun basisopleiding;
- Een aanvullende opleiding voor huisartsen met het verzoek om de anamnese van hun patiënten aan te vullen met een milieulijk (evaluatie van risicofactoren die verband houden met het milieu waarin de patiënt leeft en werkt);
- Opleidingsseminars voor de assistenten-kandidaat specialisten in de pneumologie, gynaecologie, cardiologie, neurologie, pediatrie; specifiek specialismen waarbij meer ziektebeelden voorkomen die verband houden met het milieu;
- Een getuigschrift milieugeneeskunde, bestaande uit modules met een specifieke inhoud afhankelijk van het type zorgverstrekker (arts, verpleegkundige, lesgever, maatschappelijk werker...), dat zou kunnen worden afgeleverd door de scholen voor volksgezondheid, die hun middelen ter zake met elkaar zouden kunnen delen.

¹⁰ Bijzondere wet van 2 mei 1995 betreffende de verplichting om een lijst van mandaten, ambten en beroepen, alsmede een vermogensaangifte in te dienen. (BS 26.07.1995) de Bijzondere wet van 26 juni 2004 tot uitvoering en aanvulling van de bijzondere wet van 2 mei 1995 betreffende de verplichting om een lijst van mandaten, ambten en beroepen, alsmede een vermogensaangifte in te dienen. en 26.06.2004 (BS 30.06.2004)

2.2. Het VBS en de Europese en andere internationale vertegenwoordigingen

Sinds zijn mandaat als secretaris-generaal van de UEMS gedurende 9 jaar¹¹ is de naam van Dr. Bernard MAILLET onlosmakelijk verbonden met een vertegenwoordiging in allerhande internationale organisaties namens het VBS en sinds 2012 ook namens de BVAS. Tijdens zijn mandaat als secretaris-generaal van de UEMS verzamelde hij jaarlijks meer airmiles dan een professionele reisduif. Sinds het einde van zijn mandaat als UEMS secretaris-generaal is hij niet meer elk weekend terug te vinden in weer een andere Europese hoofdstad, maar blijft hij met de regelmaat van een klok deelnemen aan medisch-organisatorische vergaderingen in alle uithoeken van het continent.

2.2.1. UEMS

Sinds 1983 wordt het VBS binnen de Management Council van de UEMS vertegenwoordigd door Prof. Jacques GRUWEZ. Sinds 2000 was hij hoofd van de delegatie. In 2003 volgde Dr. Luc VAN CALSTER Dr. Bernard MAILLET op, die in 2002 verkozen werd als secretaris-generaal van de UEMS.

De Management Council van de UEMS komt tweemaal per jaar samen. De lentevergadering vindt traditioneel plaats in Brussel. De organisatie van de herfstvergadering ligt in handen van een van de lidorganisaties van de UEMS. In september 2013 vond de herfstvergadering plaats in Parijs. Naar aanleiding van deze vergadering stelde Prof. GRUWEZ zijn mandaat ter beschikking. Eerder had Prof. GRUWEZ al zijn mandaat als vertegenwoordiger in de Sectie Chirurgie van de UEMS, dat hij sinds 1985 uitoefende, ter beschikking gesteld. Om het einde van dit mandaat luister bij te zetten, organiseerde de beroepsvereniging chirurgie op 20.09.2013 in Brussel, ter gelegenheid van de vergadering van de sectie chirurgie, een Europees congres onder de titel 'The future of Surgery in Europe'. Het symposium werd, behalve door een handvol Belgen, bijgewoond door een 70-tal deelnemers uit heel Europa, die een eerbetoon wisten uit te brengen aan Prof. J. GRUWEZ voor zijn niet aflatende inzet voor de chirurgie in al haar aspecten.

De UEMS draagt aan haar lidorganisaties op jaarlijks een vergadering te organiseren om de vertegenwoordigers in de UEMS-secties op de hoogte te brengen van de activiteiten van de Management Council. Deze vergadering ging door op 5 december 2013 en werd voor de laatste keer voorgezeten door Prof. Jacques GRUWEZ en Dr. Luc VAN CALSTER, die enkele weken later wegens gezondheidsredenen ook zijn mandaat ter beschikking stelde.

Dergelijke vergaderingen zijn een geknipte gelegenheid om ervaringen uit te wisselen over thema's waarmee alle secties te maken hebben. Zoals: in welke mate zijn de werkzaamheden betreffende de actualisering van het Chapter VI gevorderd¹²? Organiseert de sectie een Europees examen? Hoe worden de examenvragen geformuleerd? Wordt er gewerkt met een meerkeuzetest of wordt er een case study voorgelegd? Kent het Europees examen succes of staat het nog in de kinderschoenen? Welke landen werken actief samen binnen de sectie?

Gezien het belang van deze vragen is het jammer dat deze vergadering geen groter succes kent. De vertegenwoordigers van de secties plastische chirurgie, fysische geneeskunde, orthopedie, psychiatrie en van de divisie thoracale chirurgie nemen trouw deel aan deze vergaderingen. Tot voor enkele jaren kon ook de oftalmologie toegevoegd worden aan deze lijst. Dr. Nicolas BUSCHER, aangeduid namens de sectie gastro-enterologie, brengt steeds trouw een schriftelijk verslag uit.

¹¹ Oktober 2002 tot oktober 2011

¹² Handvest over de opleiding van medisch specialisten in Europa

Na het onverwachte ontslag van Dr. Luc VAN CALSTER, heeft het VBS- bestuurscomité op 16 januari 2014 Dr. J.P. JORIS, radioloog en sinds 1990 actief in de sectie radiologie, en Dr. B. MAILLET, patholoog-anatoom, verkozen tot de VBS-vertegenwoordigers in de Management Council van de UEMS. Er werd beslist dat de mandaten voortaan een hernieuwbare duurtijd hebben van 4 jaar. Op zijn voorstel zal het mandaat van Dr. B. MAILLET uitzonderlijk slechts een duurtijd hebben van 2 jaar maar kan hij zich dan opnieuw verkiesbaar stellen. Dergelijk alternerend systeem om de twee jaar waarborgt beter de continuïteit van de VBS- vertegenwoordiging.

De verbouwwerken in het Domus Medica Europea van de UEMS in de Nijverheidsstraat te Brussel zijn in volle gang. In de loop van 2014 zal de UEMS ongetwijfeld intrek nemen in haar eigen pand. De kantoren die de UEMS sinds 20 juli 1958 bij het VBS betreft, zullen dan vrijkomen. Er moet nog beslist worden welke nieuwe bestemming aan deze lokalen zal gegeven worden.

De UEMS ontplooit binnen de EACCME¹³ een belangrijk onderdeel van haar activiteit in het kader van de Europese accreditering. In 2012 trok Prof. GRUWEZ sterk van leer tegen de overmatige bureaucraties van de accrediteringsformaliteiten van de Europese symposia en de daarmee gepaard gaande stijgende accrediteringskosten. Hij voorspelde dat organisatoren van wetenschappelijke evenementen zouden afhaken om deze Europese accreditering aan te vragen. Samen met VBS- medewerker Raf DENAYER doorworstelde hij de vragenlijst om accreditering aan te vragen voor het Europees congres dat de beroepsvereniging chirurgie op 20.09.2013¹⁴ organiseerde. Hij kreeg van de UEMS een ontvangstmelding van zijn aanvraag vergezeld van een bijkomende vragenlijst. Voor Prof Gruwez was het genoeg geweest en hij liet de Europese accreditering achterwege. Dit was geen alleenstaand geval. In 2013 heeft de EACCME een daling van 20 % van het aantal aanvragen geregistreerd, na een constante stijging van het aantal aanvragen in de voorafgaande jaren. De voorspelling van Prof. J. GRUWEZ kwam dus uit.

In 2013 diende het Europees parlement zich te buigen over de herziening van de richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Sommige drukkingsgroepen lobbyden voor het verplicht maken van navorming. Die verplichte recertificatie is in het Verenigd Koninkrijk ondertussen een feit. Het is een kostelijke procedure met veel bureaucratie die bovendien niet kan bewijzen dat ze tot een betere geneeskunde leidt. In dit dossier konden de tegenstanders niet rekenen op veel steun van de UEMS. Een verplichte recertificatie zou voor de UEMS een bijkomende bron van inkomsten kunnen betekenen. In de UEMS-Newsletter van maart 2013 werd een pleidooi gehouden voor het ondersteunen van het standpunt van de IMCO¹⁵ die de verplichte navorming promoot.

Het VBS verzet zich tegen een verplichte recertificatie en stuurde op 02.04.2013 een brief naar de Belgische Europarlementsleden om zijn positie i.v.m. de recertificatie kenbaar te maken en te verdedigen. Het VBS is voorstander van een vrijwillige accreditering en verwerpt de mechanismen die uitmonden in een verplichte recertificatie en de idee om de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen voor te behouden aan geaccrediteerde artsen.

De medewerkers van een aantal Europarlementariërs reageerden met een standaard ontvangstbericht. Op 25.04.2013 werden Prof. GRUWEZ en VBS-directeur Mevr. Fanny VANDAMME, door PS-Europarlementariër Marc TARABELLA in zijn kantoor ontvangen om er het VBS-standpunt nader toe te lichten. Naar aanleiding van de lentevergadering van de Management Council in Brussel, en mede onder druk van de Scandinavische landen, heeft

¹³ European Accreditation Council for Continuing Medical Education

¹⁴ 'The future of surgery in Europe'. Sheraton, Brussel, 20.09.2013

¹⁵ International Market and Consumer Protection

de UEMS onderstaand meer neutraal standpunt geformuleerd:

“Om patiëntveiligheid en doelmatigheid van de praktijk te verzekeren, is het essentieel dat er een dialoog tot stand wordt gebracht over permanente professionele ontwikkeling (= CPD; Continuing Professional Development) binnen de EU met het oog op de optimalisering van de CPD-systemen in de lidstaten.

Om dit te bereiken, moet de EU een netwerk uitbouwen dat de harmonisering en samenwerking tussen de lidstaten ondersteunt, om:

- informatie uit te wisselen over CPD en de beste praktijk in CPD*
- CPD te promoten om patiëntveiligheid en de veilige en doelmatige praktijk van gezondheidsprofessionals te verzekeren”*

Op 9 oktober 2013 werd de richtlijn door het Europees Parlement goedgekeurd. De continue navorming blijft georganiseerd op vrijwillige basis.

In het kader van de nieuwe richtlijn wordt het evenwel mogelijk gemaakt voor de verschillende lidstaten een taalexamen te organiseren om na te gaan of de zorgverstreker in de mogelijkheid is om met de patiënt te communiceren in diens landstaal.

2.2.2. FEMS

Dr. E. MAES, die tijdens zijn actieve beroepsloopbaan werkzaam was als gesalarieerd arts, vertegenwoordigt het VBS binnen de FEMS¹⁶. Zoals de meeste EMO's¹⁷ organiseert de FEMS jaarlijks twee algemene vergaderingen¹⁸.

Tijdens de lentevergadering werden de werkomstandigheden van de ziekenhuisartsen onder de loep genomen. Een vergelijkende studie moet de verschillen beter in kaart brengen. Een betere harmonisering van de werkomstandigheden, ook op het vlak van de verloning, moet de medische migratie beter in de hand houden. De Europese richtlijn m.b.t de arbeidsduur wordt op zeer wisselende manier opgevolgd in de lidstaten.

Op de herfstvergadering was Dr. E. MAES verhinderd en werd er, uitzonderlijk, vervangen door Dr. Bernard MAILLET, die, dankzij zijn lange Europese ervaring, ook vertrouwd is met de activiteiten van de FEMS. Tijdens deze vergadering waren de slechte werkomstandigheden van ziekenhuisartsen in sommige landen het voornaamste topic.

2.2.3.AEMH¹⁹

Naar aanleiding van het 50-jarig bestaan van de AEMH nam Dr. B. MAILLET in Parijs deel aan het symposium 'Role, Practice and Future of the Senior Hospital Physicians'. De conferentie was toegespitst op de verantwoordelijkheid en de financiering van ziekenhuizen en de verschillen in gezondheidszorgsystemen in Europa.

2.2.4.CPME²⁰

De CPME beschouwt zichzelf al jaren als de overkoepelende organisatie van alle Europese medische organisaties (EMO's), en is van mening dat het alle artsen vertegenwoordigt bij de Europese instellingen. Vele EMO's, waaronder de UEMS, zijn niet akkoord met die houding van de CPME en hebben de voorbije jaren hun onafhankelijk bestaansrecht opgeëist. Het is

¹⁶ Fédération européenne des médecins salariés, Guimardstraat 15, 1040 Brussel.

¹⁷ European Medical Organizations

¹⁸ Budapest 10-11.05.2013 ; Porto 4-5.10.2013

¹⁹ AEMH : Association Européenne des Médecins des Hôpitaux

²⁰ Comité Permanent des Médecins Européens

duidelijk dat de CPME zijn houding zal moeten aanpassen ten opzichte van de andere EMO's zodat een betere samenwerking mogelijk wordt. De CPME vergaderde dit jaar tweemaal, eerst in Dublin en dan in Boekarest. Dr. Bernard MAILLET nam namens het VBS en de BVAS actief deel aan beide vergaderingen.

Binnen de CPME is Dr. MAILLET ondervoorzitter van de e-Health Working Group. Deze werkgroep houdt zich vooral bezig met dataprotectie, elektronische identificatie en de manier waarop de beveiliging van de gegevens te combineren valt met hun praktische toepasbaarheid. Het gebruik van een beroepskaart zou een eenduidige identificatie van de zorgverstrekkers en dus het vrije verkeer binnen de EU moeten bevorderen. Via het Internal Market Information systeem (IMI) zou op een eenvoudige manier moeten kunnen worden vastgesteld of een zorgverstrekker in zijn thuisland eventueel geschorst is en om welke reden.

Het lijkt geen twijfel dat een welbepaalde schorsingsgrond niet in alle EU-lidstaten tot schorsing zou leiden. Denken we bijvoorbeeld maar aan euthanasie en abortus.

3. ZIEKENHUISFINANCIERING: WAARHEEN?

3.1. De initiatieven van de regering

Eind maart 2013, enkele dagen na de officiële inwerkingtreding van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 23.01.2013²¹, besliste de regering-DI RUPO om de hervorming van de financiering van de medische ziekenhuisverstrekkingen te lanceren.

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette ONKELINX, kondigde aan de ministerraad aan dat ze een stappenplan zou voorleggen met het oog op de overgang naar een prospectief forfaitair ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van pathologie.

De handelwijze van de regering werd gesteund door de publicatie op 02.05.2013 van een economische studie van de OESO over België, waarin de internationale organisatie zich een medestander toont van de critici van de huidige wijze van financiering van de Belgische gezondheidszorg. De OESO steunt de stelling van de gezondheidseconomen dat de nomenclatuur achterhaald is, omdat de tarieven die ermee kunnen worden aangerekend niet meer overeenstemmen met de verstrekkingen zoals die vandaag worden uitgevoerd²². In het hoofdstuk dat over de gezondheidszorg gaat, stelt de OESO het Belgische overlegmodel in vraag, dat op 30 januari jongstleden zijn 50ste verjaardag vierde. Dat model wordt zwaar bekritiseerd door de experts van de OESO, omdat het vooral de klemtoon zou leggen op de algemene evolutie van de tarieven, in plaats van veeleer op de evolutie van de honoraria per dienst of per specialisme. Dat zou leiden tot mismatches tussen kosten en aanbod in de diverse specialismen.

Op 24.10.2013 stelde minister ONKELINX aan de hand van enkele slides beknopt haar SWOT-studie voor, waarin de aandacht uitging naar de sterktes en zwaktes, de mogelijkheden en de bedreigingen van het huidige systeem en van haar stappenplan. De minister vertrekt vanuit de vaststelling dat het huidige financieringssysteem onvoldoende transparantie biedt, te ingewikkeld is en een bron van spanningen vormt tussen de spelers op het terrein.

²¹ Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 23.01.2013 werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 11.02.2013, ed. 2, en trad officieel in werking 45 dagen later, op 28.03.2013. De aankondiging van nieuwe besparingen door de regering en van het all-insysteem kwam er op 30.03.2013, daags voor Pasen.

²² De OESO adviseert "om voor de ziekenhuizen op termijn over te stappen naar een systeem van pathologiefinanciering en meer gebruik te maken van een artsenvergoeding op basis van capaciteit".

Dit stappenplan, dat een forfaitaire financiering van de ziekenhuisverstrekkingen op basis van pathologie aan de man wil brengen, voorziet in vier fasen.

In de eerste fase, die in het teken staat van de voorbereidende werkzaamheden, wordt een reeks analyses en studies verricht om het kader te definiëren. Deze fase vond plaats in dezelfde periode als de think tank-vergaderingen van het VBS. Op 12 juni jl. gelastte de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het federaal kenniscentrum (KCE) met een verkennende studie over de hervormingen van de financiering van de ziekenhuisgezondheidszorg die in onze buurlanden werden doorgevoerd. Deze eerste fase voorziet daarnaast dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid de invoering van bepaalde overgangsmaatregelen (voordat de forfaitaire financiering in werking treedt) bestuderen, die met onmiddellijke ingang van kracht zouden worden ingevolge de toepassing van artikel 56 quater, ingevoegd bij wet van 27 april 2005 in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dat stipuleert dat bepaalde maatregelen om onverwijld een forfait per ziekenhuisopname in te voeren kunnen worden geïmplementeerd na advies van de multipartitestructuur, of zelfs zonder advies van die structuur.

De tweede fase, die van start is gegaan na het uitbrengen van het KCE-rapport, bestaat uit een consultatie van de stakeholders (onder de vorm van diepte-interviews) en focus groups. Het is de bedoeling dat er een conceptueel model wordt uitgewerkt, dat zal worden voorgesteld in het najaar van 2014. Het VBS heeft een brief geschreven aan het KCE met de vraag als gemachtigd gesprekspartner te worden geraadpleegd. Momenteel heeft het VBS nog geen antwoord gekregen van het kenniscentrum, ondanks het aandringen van het uitvoerend bestuur. Ondergetekende werd in persoonlijke naam gecontacteerd voor deelname aan de consultatieronde, maar niet in zijn hoedanigheid van secretaris-generaal van het VBS.

De laatste twee fasen, namelijk de praktische uitwerking en de validering van de hervorming, alsook de finalisering en de geleidelijke invoering ervan, zullen voor het einde van 2015 worden verwezenlijkt. De minister plant een geleidelijke invoering van een forfaitaire financiering, eerst op kleine schaal, en vervolgens in haar geheel.

Als men de kalender van dit stappenplan bekijkt, kan men zich met reden afvragen of de minister het plan niet met opzet zo heeft gespreid, door de forfaitarisering van de financiering van de ziekenhuisverstrekkingen uit louter electorale overwegingen een eindje voor zich uit te schuiven.

3.2. Wat zouden de gevolgen zijn van de invoering van een all-infinanciering van de medische verstrekkingen?

Op 11 oktober 2013 stelde het federaal kenniscentrum (KCE) zijn studie 207As voor onder de titel '*Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen*'.

Het dient opgemerkt dat deze studie niet publiek werd gemaakt volgens de normale procedure. Door een lek verscheen de studie al in het tijdschrift Kluwer Gezondheid nr. 17 van 01.10.2013, waardoor de vertrouwelijkheid die het KCE hierover wilde bewaren al werd doorbroken vooraleer minister ONKELINX iets over haar stappenplan had kunnen zeggen in de pers. Rapport 207As van het KCE geeft aan dat de forfaitaire financiering geen nadelige invloed heeft op de kwaliteit. Het rapport kan echter geenszins aantonen dat de kwaliteit of

toegankelijkheid van de zorg erdoor zou verbeteren. Om die doelstellingen te bereiken, zijn aanvullende maatregelen nodig.²³

Een forfaitaire financiering kan voor meer transparantie en een billijkere verdeling van de middelen tussen de ziekenhuizen zorgen.

De prospectieve forfaitaire financiering mag het dan echter wel makkelijker maken om bezuinigingen door te voeren, ze heeft nefaste effecten waarop de verschillende studies zonder enige twijfel onvoldoende de nadruk hebben gelegd. Zo kan de forfaitaire financiering de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang brengen en tot patiëntenselectie leiden.

Het VBS is van oordeel dat door de invoering van een forfaitaire financiering minister ONKELINX of haar opvolger de huidige financieringsmechanismen, die het resultaat zijn van een evenwichtig vergelijk tussen maatschappelijke doelstellingen, in gevaar dreigen te brengen.

Het VBS verzet zich tegen de forfaitaire financiering en tegen iedere vorm van bureaucratische en dure rantsoenering van de geneeskunde. Het VBS zet zich in voor het behoud van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Het pleit voor het behoud van een financiering per act, of een gemengd systeem, zoals dat al het geval is bij de medische beeldvorming en de klinische biologie, puntsgewijze aanpassingen om een kostenexplosie te vermijden en de aanpak van situaties waar overconsumptie is vastgesteld.

Het VBS is niet de enige organisatie die de nadelige gevolgen van de invoering van een all-in pathologiefinanciering vreest.

Waar de ziekenhuisdirecteurs de invoering van een all-in financiering over het algemeen lijken te steunen, bleek de meerderheid van de deelnemers aan een seminarie van de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs op 19.09.2013 geen voorstander van een forfaitaire financiering van de medische ziekenhuisverstrekkingen. Onder de aanwezige ziekenhuisdirecteurs werd bij die gelegenheid een peiling gehouden.²⁴ Ze zijn ook van mening dat de overstap naar een forfaitaire financiering tot een daling van de kwaliteit en van de toegankelijkheid van de zorg zal leiden.

Zouden ze in staat zijn om de ziekenhuisfinanciering op een andere wijze te beheren dan door de inhoudingen op de honoraria, die nu voor het leeuwendeel van het geld zorgen? Dr. J.-L. DEMEERE is niet overtuigd.

Dit gebrek aan enthousiasme bij een groot deel van de ziekenhuisdirecteurs is begrijpelijk: 40,7 %²⁵ van de omzet van de ziekenhuizen is afkomstig van inhoudingen op de artsenhonoraria. De herziening van een dusdanig groot gedeelte van de geldstromen, waarbij niet langer de medische verstrekking, maar de patiënt als ijkpunt van de kosten wordt

²³ KCE-studie 207As is zeer genuanceerd over de positieve effecten van de forfaitaire financiering in de onderzochte landen: "Dergelijke financiering zorgt voor meer transparantie en een billijker verdeling van de middelen tussen de ziekenhuizen. De impact op zorgkwaliteit en efficiëntie is onduidelijk. Om die doelstellingen te bereiken zijn bijkomende initiatieven nodig." Deze stellingname moet nog verder worden genuanceerd: in ons land vertegenwoordigt de gezondheidszorg 10,72 % van het BNP. De landen die in het KCE-rapport 207As worden bestudeerd, hebben in werkelijkheid gezondheidszorgsystemen die duurder zijn dan het Belgische: in Frankrijk en Duitsland vertegenwoordigt de gezondheidszorg 11,6 % van het BNP, in Nederland 12,0 % en in de Verenigde Staten iets meer dan 17 %! Nederland spendeert € 3.890 /jaar/inwoner, terwijl de gezondheidszorg in België € 3.052 /jaar/inwoner kost.

²⁴ De peiling bestond uit drie vragen:

1. Bent u in uw hoedanigheid van ziekenhuisdirecteur voor een all-in financiering? 58 % was voor, 42 % tegen.
2. Denkt u dat de omschakeling naar een forfaitaire financiering tot kwaliteitsverlies zal leiden? 80 % denkt van wel; slechts 20 % denkt dat de invoering van een forfaitaire financiering geen nadelige invloed zal hebben op de kwaliteit!
3. Zal de omschakeling naar een forfaitaire financiering de toegankelijkheid van de zorg in het ziekenhuis verminderen? 80 % denkt van wel.

²⁵ Dit percentage van gemiddelde inhouding op de medische honoraria werd berekend in de laatste MAHA-enquête (sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen in België 2009-2012), gepubliceerd door Belfius op 03.10.2013. De medische honoraria vormen dus duidelijk de voornaamste bron van inkomsten voor de ziekenhuizen.

gebruikt, dreigt de financiering van sommige ziekenhuizen in gevaar te brengen en het principe van het gezamenlijk beheer van het ziekenhuis onmogelijk te maken.

Andere spelers in de gezondheidszorg hebben ook gereageerd. Zoals Zorgnet Vlaanderen, dat op 30 en 31 mei 2013 een symposium hield onder de titel 'Together we care'. Ondergetekende was er uitgenodigd om een afwijkende stem te laten horen in het gesprekspanel, dat voor het overige bestond uit voorstanders van een all-in financiering.

Het ASGB, dat nog niet publiekelijk heeft gereageerd op het stappenplan van minister ONKELINX, organiseerde op 21 november 2013 een symposium over de all-in financiering met als sprekers Mevr. Carine VAN DE VOORDE, hoofdauteur van KCE-rapport 207As, Prof. Dr. Johan KIPS, voormalig algemeen directeur van de universitaire ziekenhuizen van de KU Leuven en momenteel hoofdgeneesheer-directeur van het Sint-Jansziekenhuis in Brugge, Dr. Robert RUTSAERT, oud-voorzitter van het ASGB, en Prof. Lieven ANNEMANS, hoogleraar gezondheidseconomie aan de VUB en de UGent. De leden van ons bestuurscomité die er aanwezig waren, vonden de stemming vrij kritisch ten overstaan van de plannen van de regering.

De BVAS benadrukt vooral de onderfinanciering van de ziekenhuizen, en dus de noodzaak om de financiering aan te passen aan de reële noden. De artsenvereniging vreest dat het debat onvermijdelijk zal eindigen bij de forfaitarisering. Als er al bezuinigd kan worden dankzij het all-in systeem, zullen deze bezuinigingen noodzakelijkerwijs leiden tot een rantsoenering van het aanbod en een verslechtering van de zorgkwaliteit, meent de BVAS.

Het VBS vindt dat we de plicht hebben alle troeven van ons systeem, die van ons land een van de beste landen ter wereld op het vlak van zorgkwaliteit maken²⁶, te vrijwaren.

Om de belangen van zijn leden te verdedigen, heeft het VBS niet alleen de vormen van ziekenhuisfinanciering in de buurlanden bestudeerd, maar heeft het ook informatiesessies georganiseerd en een 'think tank' opgericht om zijn standpunt uit te werken. Het VBS wil de mogelijkheid van het gezamenlijk beheer in de ziekenhuizen behouden en verzet zich tegen de industrialisering van de geneeskunde.

3.3. De initiatieven van het VBS tegen de forfaitaire financiering en de industrialisering van de geneeskunde

Op 06.05.2013 organiseerde het VBS een informatiesessie over de all-in financiering in samenwerking met VAS Antwerpen, waaraan werd deelgenomen door ondergetekende en Dr Jean-Luc DEMEERE, namens het VBS en door Dr. L. DECLERCQ namens VAS Antwerpen.

Op 27.05.2013 had het VBS de professoren Magali PIRSON et Pol LECLERCQ te gast in het kader van een vergadering van het uitvoerend bestuur. Dr. Marc CZARKA verving Prof. PIRSON op 20.09.2013 als spreker op het symposium 'The future of surgery in Europe' van de Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen. De professoren van de École de Santé Publique van de ULB hebben een analyse gemaakt van de kosten per pathologie. Deze analyse brengt de gevaren van de invoering van een forfaitaire financiering aan het licht, want deze houdt noch rekening met de specifieke uitgevoerde verstrekkingen, noch met de kostenstructuur, die van het ene ziekenhuis tot het andere verschilt.

²⁶ De Zweedse organisatie Health Consumer Powerhouse organiseert jaarlijks een rangschikking van de Europese gezondheidszorgsystemen. In oktober 2013 stond België op de vijfde plaats voor kwaliteit van de zorg en op de eerste plaats voor toegankelijkheid van de zorg. Het is interessant om vast te stellen dat het beter presteert met lagere kosten dan landen als Frankrijk of het Verenigd Koninkrijk, die meer gebruik maken van een all-infinanciering.

Op 05.06.2013 waren Dr. Bart DEHAES en Dr. Jean-Luc DEMEERE present in AZ Groeninge in Kortrijk, waar Dr. Stefaan CARLIER, die er voorzitter is van de medische raad, een infovergadering organiseerde over de 'all-in'. Deze vergadering werd door maar liefst een honderdtal mensen bijgewoond. Dr. CARLIER deed een oproep om de acties van het VBS te ondersteunen en moedigde de aanwezige artsen-voorzitters van andere medische raden aan om hun collega's over deze problematiek te sensibiliseren. Hij spoorde aan tot een mobilisatie tegen de 'financialisering' van de medische beslissingen en tegen de bureaucrativering die gepaard gaat met de omschakeling naar een forfaitaire financiering.

Op 07.06.2013 organiseerde het VBS een informatiesessie over de all-in financiering. Dr. J.-L. DEMEERE en Dr. R. LEMYE, voorzitter van de BVAS, werkten hieraan mee, met het oog op het uittekenen van syndicale en politieke strategieën voor het geval dat minister ONKELINX de forfaitarisering van de financiering van de gezondheidszorgverstrekkings tegen wil en dank zou willen doordrukken.

Op 13.06.2013 lichtte Dr. Jean-Luc DEMEERE het standpunt van het VBS toe op een raad van bestuur van de syndicale kamer van ABSyM Bruxelles.

Op 21.06.2013 namen Dr. M. MOENS en Dhr. O. LAMBRECHTS, die de verhinderde Dr. J.-L. DEMEERE verving, ook deel als sprekers aan een seminar georganiseerd door Prof. S. DE FONTAINE, diensthoofd plastische en reconstructieve chirurgie aan de ULB.

Daarnaast organiseert het VBS samen met de EHSAL een opleidingsprogramma 'Algemeen management voor geneesheren-specialisten', waarin Prof. Constantinus POLITIS, lid van het uitvoerend bestuur van het VBS, de geheimen van de mechanismen van de gezondheidszorgfinanciering onthult.

3.4. De think tank van het VBS

Het VBS heeft een think tank opgericht, niet alleen om de beslissingen van de regering op de voet te volgen, maar vooral om met alternatieven voor de dag te komen waarmee de specifieke belangen van de specialisten het best gediend zijn.

De think tank kwam driemaal samen.

Tijdens de eerste vergadering, op 30 mei 2013, heeft het VBS een strategische analyse gemaakt van de impact van een omschakeling naar een forfaitaire financiering: ondergetekende wees met name op de hoge administratieve kosten van de gezondheidszorg in de landen die hebben gekozen voor een forfaitarisering. Deze kosten lopen op tot 30 % in de VS en 10 % in Nederland, terwijl ze in België niet hoger liggen dan circa 7 % (1 % voor het RIZIV en 6 % voor de mutualiteiten).

In een aantal studies is een analyse gemaakt van de implementering van een all-in financiering in België. De conclusie is dat een dergelijke financieringswijze onwenselijk zou zijn wegens de risico's die ze zou opleveren: de all-in financiering zou namelijk de relatie arts-ziekenhuisbeheerder kunnen verzuren. Bovendien zouden er problemen ontstaan bij de verdeling van de honoraria tussen de specialisten van het ziekenhuis. Tot slot zou men al snel belanden bij een selectie van de 'meest rendabele' patiënten en de 'minst dure zorgen', met dus nefaste gevolgen voor zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van de zorg, ten 'voordele' van een dure en bureaucratische kwaliteitscontrole.

Op 04.07.2013 moesten er stoelen worden bijgezet voor de deelnemers van de tweede sessie van de think tank. Meer dan 40 specialisten debatteerden er over de gevaren van een all-in financiering en wisselden van gedachten over diverse alternatieven.

Tijdens de laatste vergadering van de think tank in 2013, op 10.10.2013, becommentarieerden de deelnemers het stappenplan van minister ONKELINX en brainstormden ze over andere manieren om de prestaties van specialisten te registreren. Dat laatste deden ze door de Zwitserse nomenclatuur (TARMED) onder de loep te nemen, die meer gedetailleerd is en een opdeling maakt tussen geneeskundige prestatie en technische prestatie.

Ondertussen heeft het KCE het tweede deel van zijn studie over de ziekenhuisfinanciering aangevat. In Vlaanderen bereidt Zorgnet Vlaanderen een studie voor met de artsensyndicaten over de financiering van het gezondheidssysteem in zijn geheel. Zorgnet Vlaanderen heeft het VBS hier niet voor gevraagd met als verklaring dat het VBS geen huisartsen onder zijn leden heeft.

4. POLITIEK

4.1. Inleiding

In mijn jaarverslag 2004 had ik het over het gigantische aantal van 87.430 elektronische pagina's Belgisch Staatsblad²⁷. Aangezien halverwege 2004 al 53.300 pagina's werden gepubliceerd²⁸ meende ik toen dat de historische kaap van 100.000 bladzijden dagelijkse gratis staatslectuur binnen het verschieft lag. We hebben echter moeten wachten tot 19 december 2013. Met het generisch geneesmiddel Acebutolol Teva © 400 mg links bovenaan de tabel, werd bladzijde 100.000 gehaald via een ministerieel besluit over de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten²⁹. Febelgen³⁰ gelukkig voor de historische gratis publiciteit en de geïrriteerde Staatsbladlezer op de hoogte van welk pilletje hij moet slikken als de lectuur zijn bloeddruk weer eens de hoogte in jaagt. Het moeten niet altijd vermaledijde wetten zijn.

Het jaar 2013 sloot af met 104.172 pagina's Staatsblad, of bijna vijfmaal meer dan 24 jaar geleden (cf. tabel 1). Wekelijks dient elke burger dus 2.003 of dagelijks 285 bladzijden te verorberen.

Aantal pagina's van het Belgisch Staatsblad

Jaargang	Aantal pagina's	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

²⁷ VBS Jaarverslag 2004. "Circus Demotte. Starring: Elio, de leeuwentemmer; Guy, de trapezist zonder vangnet; Steve, de goddelijke clown; en een stoet van dwergen. Punt II.4. De elektronische papiermolen." 05.02.2005.

²⁸ Belgisch Staatsblad. 30.06.2004. Editie 2

²⁹ Ministerieel besluit van 17.12.2013 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (BS 19.12.2013; Ed. 2).

³⁰ Febelgen is de koepelorganisatie die alle generieke geneesmiddelenbedrijven in België vertegenwoordigt.

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

Bron: Belgisch Staatsblad, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Tabel 1

In 2004 noemde toenmalig VLD- (ondertussen Open-VLD) staatssecretaris voor administratieve vereenvoudiging Vincent VAN QUICKENBORNE mijn kritiek op de 1.681 bladzijden Belgisch Staatsblad per week die iedere Belg geacht wordt te kennen populistisch en te futiel om op te reageren³¹. Toch legde hij toen uit dat de reden te zoeken was in de 15.000 à 20.000 extra bladzijden nodig om de toetredingsverdragen van 10 nieuwe Europese lidstaten te publiceren en enkele duizenden pagina's in verband met de verkiezingen van het Europese en de gewestelijke parlementen.

In 2013 was de Vlaamse Gemeenschap erg productief, onder meer met het Besluit van 06.09.2013 van de Vlaamse Regering over het onderwijs dat 4.488 pagina's omvat³². De FOD Economie is recordhouder qua aantal ingenomen pagina's³³.

Evolutie van het aantal afgekondigde bepalingen per jaar

JAAR	WET	PROGRAMMA-WET	DECREET	KB	MB	TOTAAL
1988	273	2	223	1.880	725	3.103
1999	319	0	268	2.200	1.079	3.866
2000	216	0	148	1.958	793	3.142
2001	177	5	224	2.451	961	3.818
2002	238	13	324	2.631	992	4.198
2003	278	6	336	2.616	1.068	4.304
2004	222	3	357	2.451	1.023	4.056
2005	203	4	155	2.294	1.054	3.710
2006	304	10	244	3.245	1.315	5.118
2007	365	8	286	2.517	1.310	4.486
2008	160	10	284	2.631	1.545	4.630
2009	269	5	281	2.082	1.265	3.902
2010	189	0	154	2.527	1.091	3.961
2011	195	4	191	1.780	1.115	3.285
2012	276	10	315	1.810	1.530	3.941
2013	241	5	324	2.687	1.497	4.754

³¹ VBS Jaarverslag 2005 'Van nu en straks, besparingen zonde einde en straks, Soy lent Green? Punt III. 1. Al lang geleden : een jaar zonder verkiezingen'. 04.02.2006.

³² Besluit van 06.09.2013 van de Vlaamse Regering tot wijziging van de regelgeving betreffende de nuttige ervaring, de concordantie en de bekwaamheidsbewijzen en salarisschalen in het volwassenenonderwijs; delen 1 tot 45; bl. 87.416 tot en met 91.904 (BS 27.11.2013)

³³ "Vlaams onderwijs doet Staatsblad ontploffen". Guy Tegenbos in De Standaard 27.11.2013.

Gemiddeld	246	5	258	2.360	1.148	4.017
2013 met 1988 = 100%	88,3	250,0	115,7	145,3	206,5	153,2
2013 met 100% = gemiddelde	98,0	100	125,6	113,9	130,4	118,3

Bron: Belgisch Staatsblad, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Tabel 2

Als we het jaar 1988 als uitgangspunt nemen (= 100,0 %) leert tabel 2 ons dat het aantal ministeriële besluiten meer dan verdubbelde (+106,5 %), dat de koninklijke besluiten gevoelig in aantal stegen (+45,3 %), de decreten met 15,7 % en dat het aantal wetten daalde met 11,7 %. De som van het aantal wetten, decreten, koninklijke en ministeriële besluiten steeg over die periode van 24 jaar met 53,2 %, terwijl het aantal pagina's toenam met 381,5 %.

De volumestijging van het Staatsblad heeft zeker te maken met de verder voortschrijdende defederalisering van de Belgische Staat, maar allicht ook met het feit dat wetten en besluiten langer worden ten gevolge van het alsmat complexer worden van onze maatschappij³⁴. Dat brengt mee dat ook heel wat andere berichten en regels gepubliceerd moeten die de toename kunnen verklaren.

Als we de vergelijking maken met de gemiddelde aantallen afgekondigde bepalingen tussen 1988 en 2013, dan zit 2013 qua aantal wetten bijna pal op het gemiddelde. De sterkste stijging nemen we waar in het aantal ministeriële besluiten (+30,4 %) gevolgd door het aantal decreten (+25,6 %) en ten slotte in het aantal koninklijke besluiten (+13,9 %). Qua totaal aantal gepubliceerde wetten, decreten en besluiten waren in 2013 de regelgevende overheden 18,3 % actiever dan het gemiddelde van de voorbije 24 jaar.

4.2. Informatisering

Voor de ettelijke duizenden bladzijden literatuur over de gezondheidszorg en zijn gerelateerde materies in het Belgisch Staatsblad zijn zeven ministers verantwoordelijk. Hoofdauteur in die niet-aflatende publicatiestroom is uiteraard federaal minister Laurette ONKELINX (PS), Vicepremier en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Op afstand volgen haar zes collega's:

- Jo VANDEURZEN (CD&V), Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Fadila LAANAN (PS), Ministre de la Communauté française de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances
- Eliane TILLIEUX (PS), Ministre Wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances (en uitgesproken voorstander van 'les maisons médicales').
- Celine FREMAULT (cdH), Minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering, belast met Economie, Tewerkstelling, Wetenschappelijk Onderzoek en Buitenlandse Handel; Minister, Voorzitter van het College van de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), belast met Openbaar Ambt, Gezondheidsbeleid en Beroepsopleiding voor de Middenstand en lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt
- Harald MOLLERS (ProDG = Pro Deutschsprachigen Gemeinschaft; onafhankelijk) Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales.

³⁴ Prof. Christian Behrend in "Le Moniteur belge n'a jamais été aussi volumineux". Le Soir, 24-25.12.2013.

- Guy VANHENGEL (Open VLD) Minister van Volksgezondheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie sinds 06.12.2011 en lid van de Brusselse regering.

Al die verschillende ministers – federaal, gewestelijk en communautair – kwamen op 29.04.2013 samen in een Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, waar ze het actieplan 2013-2018 voor de informatisering van de gezondheidszorg officieel goedkeurden³⁵.

Het actieplan werd in het najaar 2012 opgesteld tijdens een breed overleg met alle actoren op het terrein (patiëntenverenigingen, zorgverleners, ziekenfondsen, de IT-industrie, overheden). Het plan werd officieel boven de doopvont gehouden op een druk bijgewoonde rondetafelconferentie d.d. 20.12.2012. Apotheker Dirk BROECKX³⁶, op dat ogenblik opdrachthouder van federaal minister Laurette ONKELINX, beschrijft in zijn voorwoord de aanpak van deze complexe aangelegenheid als volgt:

“Transversaal’, ‘transparant’ en ‘trust’ zijn de drie sleutels die het succes van deze Ronde Tafel kunnen verklaren. De aanpak was praktijkgericht en ging dwars doorheen de schotten die vaak de samenwerking afremmen tussen de verschillende stakeholdergroepen, allerlei beslissingsorganen en diverse bevoegdheden. Die ‘transversale’ aanpak weerspiegelt de realiteit: de patiënt verwacht zorg te krijgen die continu en zonder dat soort remmende grenzen wordt verstrekt.”³⁷

Helemaal in de lijn van de verwachtingen van de Vlaamse aanwezigen gaf Dirk BROECKX, actueel manager voor Vlaams minister Jo VANDEURZEN van het ‘Project ICT—ondersteuning in de Eerste Lijn’, op 07.12.2013 tijdens de tweede Eerstelijnsconferentie in Brussel, een overzicht van wat minister VANDEURZEN (of zijn opvolger) wil realiseren. De artsen-specialisten komen er niet bij te pas, want de Vlaamse regering decreeteerde dat de specialist niets in de eerste lijn te zoeken heeft³⁸. Zoals in december 2010 bij de eerste grote eerstelijnsconferentie werd er helemaal niets ondernomen om de artsen-specialisten te betrekken bij de organisatie van dit symposium³⁹. Geen van beide gemengde huisartsen-specialistenverenigingen, volgens de wet nochtans representatieve syndicaten, mocht in het discussiepanel zetelen. Laat staan dat het VBS zou worden uitgenodigd. Bij interesse kunnen de specialisten de website <http://www.eenlijn.be/> bezoeken, die Dirk BROECKX op 07.12.2013 lanceerde.

4.3. “Alles is politiek”

³⁵ Brussel, 29 april 2013: Gezamenlijk persbericht van de gezondheidsministers van België <http://www.riziv.be/news/nl/press/pdf/presse2013042901.pdf>

³⁶ Dirk Broeckx was onder meer jarenlang secretaris-generaal van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en medeoprichter van de vzw Recip-e voor de realisatie van het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen.

³⁷ http://www.rtrh.be/EHEALTH/images/20130419actieplan_egezondheidnl.pdf

³⁸ Vlaams Decreet van 03.03.2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

“Art. 2, 9° meer gespecialiseerd zorgaanbod: zorg die doorgaans verleend wordt door of onder leiding van een arts-specialist, een ziekenhuis of een andere organisatie, dienst of persoon die door de regelgeving of door de aard en omstandigheden van de zorg niet tot de eerstelijnszorg wordt gerekend”;

“Art. 2, 19° zorgverstrekker: een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband”.

Voor alle duidelijkheid stelt de memorie van toelichting bij het Decreet in zijn artikel 5: “Artsen-specialisten behoren niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg In ‘bijzondere omstandigheden’, kan het zinvol en wenselijk zijn artsen van bepaalde specialistische disciplines in te schakelen om de eerstelijnsgezondheidszorg mee te helpen realiseren.” (BS 20.04.2004).

³⁹ “Specialisten voelen zich uitgesloten”. Artsenkrant, 30.11.2010.

In 1994 becommentarieerde de socialistische oud-politicus Willy Claes als gast een Koningin Elisabethwedstrijd voor piano. Die wedstrijden gingen toen nog live en integraal in de ether en in de pauze mocht een deskundige toelichting geven. De oud-vicepremier en -minister had als secretaris-generaal van de NAVO een gaatje in zijn agenda gevonden om er een muzikaal praatje te maken. “*Alles is politiek*” liet hij zich toen ontvallen. Als voorman van de socialistische mutualiteiten wist hij waar hij het over had.

Twintig jaar later en met andere spelers is zijn verklaring nog altijd realiteit. Stemmengewin blijft de belangrijkste motor, hoewel politici altijd het belang van de burger beweren voorop te stellen. In een ideale wereld gaan beide hand in hand, maar die wereld bestaat niet. In een versnipperd land als België zijn de meningen van de burgers nog veel verdeelder dan er grondwettelijke erkende gemeenschappen en gewesten zijn en dan er partijen zijn die er de verschillende regeringen moeten vormen. De 6^{de} staatshervorming van het Vlinderakkoord van 11.10.2011 mag dan wel al in teksten zijn gegoten en goedgekeurd door het Parlement op 19.12.2013⁴⁰, hoe ze in de praktijk vorm zal krijgen, met name in onze sector, de gezondheidszorg, is deels nog werk voor de huidige regering, maar vooral voor de nieuw te vormen regering na de verkiezingen van 25 mei 2014.

Staatssecretaris voor Institutionele Zaken Servais VERHERSTRAETEN⁴¹ (CD&V) raamt dat de bevoegdheidsoverdrachten uit het Vlinderakkoord van 2011 zullen leiden tot een totale overdracht van financiële middelen van de federale staat naar de deelstaten van 20,2 miljard euro: arbeidsmarkt (4,8 miljard); gezinsbijslagen (6,8 miljard); gezondheidszorg (5 miljard); fiscale uitgaven, vooral fiscale aftrek inzake huisvesting (3 miljard); andere zoals participatiefonds, verkeersboetes, rampenfonds en aankoopcomités (0,6 miljard).

4.4. Staatshervorming en de toekomstige politiek van de chronische zorg

Met haar brief van 02.05.2013 aan de ‘actoren in de gezondheidssector’ startte mevrouw ONKELINX een overleg over de toekomstige aanpak van de chronische zorg. De minister riep tussen 4 juni en 5 juli 2013 vijf focusgroepen bij elkaar voor telkens drie bijeenkomsten van telkens drie uur tijdens de werkuren. De deelnemers moesten kunnen garanderen om op alle vergaderingen present te zijn. De vijf focussen waren:

- Coördinatie van de zorg aan patiënten in de thuisomgeving
- Opleiding en (na)vorming van de zorgverlener op de eerste lijn
- Wetenschappelijke ondersteuning en het ontwikkelen van kwaliteitsprogramma's
- Samenwerking en complementariteit tussen ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg
- Preventie, gezondheidspromotie en ‘patient empowerment’

Voor het VBS stelden de Drs. Erwig VAN BUGGENHOUT, Luc VAN CALSTER en Francis HELLER zich kandidaat. Alleen Prof. HELLER werd in aanmerking genomen. Hij nam deel aan de focusgroep ‘Preventie, gezondheidspromotie en ‘patient empowerment’’, onder voorzitterschap van een lid van de Franstalige patiëntenvereniging LUSS⁴², dat zich

⁴⁰ Doc 53 3201/007; Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers; 19.12.2013; ontwerp van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming; tekst aangenomen in plenaire vergadering en aan de koning ter bekrachtiging voorgelegd.

⁴¹ “Zesde staatshervorming is klaar”. De Standaard 19.12.2013

⁴² Ligue des usagers des services de santé asbl.

bijzonder kritisch opstelde tegenover de artsen. De artsen kwamen er nauwelijks aan te pas en de boodschap, de actiepunten en de conclusies stonden quasi a priori vast:

- patiënten moeten over alle gegevens beschikken die zich in hun medisch dossier bevinden;
- het mondiger maken van de patiënt ('empowerment') moet in de opleidingsprogramma's van de artsen opgenomen worden en de arts moet beter leren communiceren;
- bij het mondiger maken van patiënten is een taak weggelegd voor de mutualiteiten.

Over het responsabiliseren van de patiënt werd met geen woord gerept. Echte verslagen werden niet gemaakt, de uitgedeelde 'ideologisch zuivere' documenten werden als verslag beschouwd, zonder vermelding van enige kritiek of vraagstelling. Ze werden 'as such' doorgestuurd naar de minister, die er haar politiek in bevestigd ziet: de patiënt wil de arts dicteren wat zij/hij moet doen. Deze vorm van dictatoriale organisatie van 'samenwerking' is een voorafspiegeling van wat het zal worden als men dergelijke kolchozengeneeskunde zou toelaten.

De basis voor het proces dat minister ONKELINX op gang wil brengen, is terug te vinden in een rapport van het Kenniscentrum over de organisatie van zorg voor chronisch zieken⁴³. Onder de externe experts van dat rapport zien we collegae van wie de meesten afkomstig zijn uit een obediëntie die geenszins de meerderheid van het (huis)artsenkorps vertegenwoordigt. De namen van enkele universitaire professoren huisartsgeneeskunde vallen op, zoals Jan DE MAESENEER (RUG), Roy REMMEN (UIA) en Jan HEYRMAN (emeritus KUL).

Uit de vijf pseudoverslagen van de vijf focuswerkgroepen werd een oriëntatienota gedistilleerd: 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België'⁴⁴, die, alweer op een doordeweekse werkdag, donderdag 28.11.2013 van 9.30 u tot 15.30 u, werd voorgesteld op de Nationale Conferentie Zorg voor Chronisch Zieken te Brussel. Als men in de toekomst praktiserende zorgverleners meer en meer van hun echte job weghaalt om ideologisch getinte discours te moeten aanhoren, zal men snel wachtlijsten zien ontstaan in plaats van betere en meer chronische zorg.

Op veel enthousiasme kan de nota in artsenkringen niet rekenen, integendeel.

Huisartsen ervaren het plan als een afwijzing van hun huidige inzet, terwijl de artsen-coauteurs van de nota doorgaans kamergeleerden zijn. Zij zien alleen bijkomende administratie en afbouw van de bestaande persoonsgerichte geneeskunde tot een collectivistisch georiënteerde geneeskunde, waar statistieken en rapporten het belang van het individu vervangen. Het risico op schending van het privéleven door het te weinig beschermd delen van het medisch dossier met vele anderen en het inschakelen van een niet-arts 'case manager' zijn genoeg om deze nota als een casus belli te beschouwen.

Artsen-specialisten worden door deze oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op zorg voor chronisch zieken in België' gewoon uit de chronische zorg uitgesloten. De Vlaamse Gemeenschap heeft de artsen-specialisten al bij decreet uitgesloten uit de eerste lijn. Gaat de federale overheid hen nu ook uitsluiten uit de chronische zorg? Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen maakte een opmerking over het gebrek aan betrokkenheid van ziekenhuizen en specialisten⁴⁵.

⁴³ "Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper". KCE Report 190A; 10.12.2012.

⁴⁴ http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/documents/ie2divers/19090605_nl.pdf

⁴⁵ Ref.: NRZV/D/440-1 Ontwerpadvies m.b.t. het Nationaal plan chronische ziekten –Oriëntatienota, 09.01.2014.

Minister ONKELINX wil aan de hand van die oriëntatienota tot een protocolakkoord komen tussen de federale overheid en de deelgebieden over het Nationaal plan chronische ziekten tegen de volgende Interministeriële Conferentie van 24 februari 2014. Hopelijk raken de zeven bevoegde ministers verstrikt in een chronische Babelse spraak- en ideeënverwarring. Hoe, door wie en – vooral voor zij die in het Brussels Gewest wonen – in welke taal de oudere patiënt zal verzorgd worden, is koffiedik kijken. In Brussel ziet het er naar uit dat de rust- en verzorgingstehuizen drie verschillende systemen zullen kennen. Xavier BRENEZ, algemeen directeur van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ), die op ons symposium van 02.02.2013 sprak, is van oordeel dat regionalisering geen ideale oplossing is⁴⁶.

Ondertussen liet minister ONKELINX een koninklijk besluit publiceren⁴⁷ dat het statuut omschrijft van personen met een chronische aandoening of met een zeldzame ziekte of weesziekte. Die laatste groep betreft ziekten die een beperkt aantal personen treffen ten opzichte van de gehele bevolking (één persoon op 2.000) of die opgenomen zijn als zeldzame ziekte of weesziekte op de website Orphanet⁴⁸.

4.5. Numerus clausus

4.5.1. Petitie voor het behoud van de numerus clausus

Op het moment dat ondergetekende dit onderdeelje van het VBS-jaarverslag schreef, telde de petitie voor het behoud van de numerus clausus ruim 11.350 ondertekenaars. Op 09.01.2014 had de heer Geert VERRIJKEN, hoofdredacteur van Medi-Sfeer, weekblad voor huisartsen en van De Specialist, 14-daags blad voor artsen-specialisten, ondergetekende gecontacteerd met de vraag of het VBS mee de petitie wilde ondertekenen tegen het KB dat minister ONKELINX in mekaar had laten boksen om de numerus clausus op te heffen voor 'medische knelpuntberoepen' als huisartsen, spoedartsen, artsen acute zorg, gerieters en kinderpsychiaters. Het ontwerp van koninklijk besluit werd op een diefje door de ministerraad van 06.12.2013 goedgekeurd. De consequenties drongen pas een maand later door. Ondertussen lag het ontwerp ter advies bij de Raad van State en wordt het in februari 2014 voor een tweede lezing weer op de ministerraad verwacht.

De petitie werd publiek gemaakt op woensdag 15.01.2014. Het VBS stond bij de eerste indieners, samen met de rectoren van alle Vlaamse universiteiten⁴⁹ en hun decanen, vice-decanen en onderwijsverantwoordelijken van de faculteiten geneeskunde. Verder ook het Vlaams Geneeskundig Studenten Overleg, de Vlaamse Vereniging van Studenten, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, het Vlaams Artsensyndicaat (VAS), het Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB), het Vlaams Geneeskundigen Verbond (VGV), Domus Medica en het Syndicaat Vlaamse Huisartsen (SVH).

Enkele dagen later voegden zich de Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen (FVIB), de Unie van Zelfstandige Ondernemers (UNIZO), het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT), de Vlaamse Arts-Specialisten in Opleiding, Zorgnet Vlaanderen, de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT) en AXXON, beroepsvereniging voor kinesitherapeuten

⁴⁶ "Dans les pays scandinaves ils sont en train de revenir en arrière". La Libre Belgique, 17.07.2013

⁴⁷ KB van 15.12.2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (BS 23.12.2013)

⁴⁸ www.orphanet.org

⁴⁹ Behalve de rector van de Universiteit Hasselt, Luc De Schepper. Voor de Universiteit Hasselt tekenden alleen de decaan, Prof. Dr. Piet Stinissen, de vice-decaan, Prof. Dr. Ivo Lambrichts, en Prof. Dr. Marjan Vandersteen, voorzitter opleiding.

toe. Alleen de Vlaamse vleugel van de BVAS, het VAS, stond bij de indieners van de petitie want de petitie werd eerst alleen aan Vlaamse zijde gestart. Inhoudelijk stond de federale koepelvereniging BVAS ook achter het initiatief. Voorzitter Roland LEMYE liet dat ook ongezoeten via een brief van 16.01.2014 aan minister ONKELINX weten. Die brief werd aan de pers bezorgd⁵⁰.

Minister ONKELINX had haar plannen voor de afschaffing van de numerus clausus al in 2012 officieus aangekondigd⁵¹. De reacties bij het artsencorps waren toen ook al verschillend al naargelang de taalrol. Sommige Franstaligen hadden het over een tekort tijdens wacht- en weekenddiensten⁵² en over het tekort in relatieve cijfers⁵³. De Vlamingen wezen haar plannen categorisch af^{54, 55} net zoals de BVAS⁵⁶.

De minister misbruikte een voorontwerp van studie van de Planningscommissie medisch aanbod, die de consequenties moest berekenen van de dubbele lichte artsen die in 2018 zal afstuderen. Toen al schreef de Planningscommissie dat er een zeer groot overtal aan Franstalige artsen op de markt zou komen⁵⁷. Citaat: “Een cumulatief teveel van 1.000 (Franstalige) zal zonder maatregelen moeilijk op te vangen zijn in de volgende jaren”. Qua huisartsen berekende het rapport dat er in Vlaanderen in 2010 een tekort van 406 huisartsen was “dat op te vangen lijkt” (citaat), zeker als in 2018 er een dubbel aantal artsen zal afstuderen. In Franstalig België stelt het rapport dat het huisartsentekort zal worden weggewerkt. Sindsdien is de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep trouwens verhoogd en bijgevolg is ook het aantal kandidaat-huisartsen toegenomen.

De leden van de Planningscommissie werden samengeroepen voor een vergadering van 12.11.2013. In de Senaat verklaarde minister ONKELINX dat de uitnodiging conform het reglement van inwendige orde werd verzonden. Leden verklaren dat de uitnodiging pas op 10.11.2013 werd verzonden. In de Senaat verklaarde minister ONKELINX dat de nodige documenten tijdig werden bezorgd. Leden verklaren dat ze het 72 bladzijden tellende rapport⁵⁸ ter plekke uitgedeeld kregen op 12.11.2013. Feit is dat ik een Nederlandstalig exemplaar van dit rapport diezelfde dinsdagavond 12.11.2013 ontving van een Franstalige collega, lid van de Planningscommissie, die me spontaan meedeelde dat hij het rapport in twee talen ontving tijdens de zitting van dezelfde namiddag en dat, wetende dat ik ondanks mijn interesse voor het onderwerp niet benoemd geraak in de Planningscommissie⁵⁹, hij me graag zijn kersverse Nederlandstalige versie overmaakte.

Minister ONKELINX arrangeerde met andere woorden een vergadering van de Planningscommissie op 12.11.2013. Meer dan een jaar voordien deelde ze al aan de pers

⁵⁰ “Le numerus clausus pas mort. L’Absym et la Flandre tirent sur l’assouplissement d’Onkelinx”. Le Soir, 18.01.2014.

⁵¹ “Onkelinx veut la fin du numerus clausus”. La Dernière Heure, 03.06.2012.

⁵² “Y a-t-il vraiment pénurie de médecins généralistes ?” “Philippe Vandermeeren (Groupement belge des omnipraticiens-GBO): ‘Il y a pénurie pour les gardes de nuit et de week-end’”. Le Soir, 03.05.2012.

⁵³ “Y a-t-il vraiment pénurie de médecins généralistes ?” “Pierre Gillet (Médecin chef du CHU de Liège et président de KCE). ‘En chiffres absolus non, mais en termes relatifs oui’”. Le Soir, 03.05.2012.

⁵⁴ “Vijf keer meer Franstalige starters geneeskunde”. Artsenkrant, 19.10.2012

⁵⁵ “Medisch aanbod plannen is heikele kwestie”. De Specialistenkrant, 24.10.2012

⁵⁶ “L’ABSyM opposée à la suppression du contingentement de spécialités médicales”. Le Journal du Médecin, 02.10.2012.

⁵⁷ “Onkelinx legt expertise van planningscommissie naast zich neer”. Artsenkrant 08.06.2012.

⁵⁸ “De Planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag 2012 van de Planningscommissie medisch aanbod”. Oktober 2013. FOD Volksgezondheid. Wettelijk depot D/2013/2196/62

⁵⁹ Dr. Rudi Van Driessche gaf zijn ontslag in de Planningscommissie als BVAS vertegenwoordiger eind oktober 2012 en ondergetekende stelde zich namens de BVAS schriftelijk kandidaat op 13.11.2012. Vermits ook na telefonische herinneringen geen reactie kwam, werd de kandidatuur schriftelijk hernieuwd op 27.01.2014. Door niet te reageren op een kandidatuurstelling is het gemakkelijk om geen quorum te bereiken, onmiddellijk en aansluitend een nieuwe vergadering te houden, die dan zonder enig quorum kan beslissen wat de minister graag hoort. Op de valreep voor dit verslag, werd ondergetekende bij KB van 19.09.2014, BS 04.02.2014, blz. 9390, toch nog benoemd als plaatsvervangend lid van de Planningscommissie. Bij pseudo-dringende bijeenkomsten vergaderingen kan de BVAS vanaf 04.02.2014 een bijkomend plaatsvervangend lid oproepen.

mee wat daar moest besloten worden. De Planningscommissie bestaat uit volgende vertegenwoordigers (telkens de helft effectieven en de helft plaatsvervangers)⁶⁰: 4 van de Vlaamse en 4 van de Franstalige universiteitsrectoren, 6 van het intermutualistisch college, 4 huisartsen en 4 specialisten van de representatieve artsensyndicaten, 4 van de representatieve tandartsensyndicaten, 4 van de minister van Sociale Zaken en 2 van de minister van Volksgezondheid, 2 van de Vlaamse, 2 van de Franse en 2 van de Duitstalige Gemeenschap, 2 van het RIZIV, 4 van de beroepsorganisaties van kinesitherapeuten en 4 kinesitherapeuten voorgedragen door de minister van Volksgezondheid, 4 van de beroepsorganisatie van de beoefenaars van de verpleegkunde, 4 van de beroepsvereniging van verpleegkundigen voorgedragen door de minister van Volksgezondheid, 4 van de beroepsorganisaties van vroedvrouwen, 4 van de vroedvrouwen, voorgedragen door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, 4 van de beroepsorganisatie van logopedisten, 4 van de logopedisten voorgedragen door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort en ten slotte een voorzitter.

Bij KB van 28.09.2009 benoemde de koning voor een periode van vijf jaar dus 72 leden en één voorzitter, Prof. Dr. Karel VERMEYEN, UIA. De voorzitter nam ontslag eind 2010 en stopte zijn activiteit vanaf het 2^{de} semester van 2012⁶¹. Ook de secretaris en enkele leden namen ontslag. Van de 73 in 2009 benoemde leden waren er op de vergadering van de planningscommissie van 12.11.2013 welgeteld 11 aanwezig of 15 % van het totaal aantal leden, of 30 % van het aantal effectieve of plaatsvervangende leden. Op die 11 leden was er één ASGB-lid als Nederlandstalige afgevaardigde van het Kartel en één Franstalige afgevaardigde van de BVAS aanwezig. Bij de stemming over het voorstel ONKELINX waren er 7 pro's (onder meer het ASGB-lid en – hoe kan het anders – de vertegenwoordigers van de mutualiteiten, die graag goedkope werkkrachten zien komen) en vier leden onthielden zich (onder meer de BVAS-vertegenwoordiger, omdat hij het niet mogelijk achtte een beslissing te nemen over een rapport van 72 bladzijden dat ter zitting werd uitgedeeld). Er waren geen tegenstemmen. Dergelijke 'democratische' manier van stemmen zou dus de basis vormen van een KB dat de inspanningen ongedaan maakt die Vlaanderen sinds 1997 levert via de invoering van een ingangsexamen.

4.5.2. Franstalige context

De verbaasde minister ONKELINX speelt dan een nummertje theater als ze geconfronteerd wordt met de vele boze reacties⁶². De media geven haar voluit de kans om de kritiek te weerleggen, want, zegt de minister, ze wil de contingentering dynamischer beheren. Ze krijgt in de media, in beide landstalen, ruim plaats om er een uitvoerige open brief over te publiceren: '*De Volksgezondheid vraagt om een doordacht Planningsstelsel*'^{63, 64}.

Toen ze tussen 1995 en 1999 minister-president van de Franse Gemeenschapsregering was en verantwoordelijk was voor Onderwijs in de Franstalige Gemeenschap, op het ogenblik dat Vlaanderen het ingangsexamen geneeskunde opstartte, gaf ONKELINX niet thuis. Vandaag geven de studenten de schuld aan de Franse Gemeenschap dat de Franstalige schoolverlaters niet in staat zouden zijn om te slagen in een ingangsexamen geneeskunde⁶⁵.

⁶⁰ K.B. van 08.09.2009 houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie-medisch aanbod (BS 09.10.2009).

⁶¹ <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dq2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19090405.pdf> blz. 8.

⁶² "Torfs (rector van de KU Leuven, nvdr): 'Minister Onkelinx laat Vlamingen links liggen'". De Morgen, 18.01.2014.

⁶³ Artsenkrant 24.01.2014.

⁶⁴ "Ne pas hypothéquer l'avenir des soins de santé". Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

⁶⁵ "L'effet dissuasif du test d'entrée en médecine. Ce test reproduit les inégalités de l'enseignement secondaire". La Libre Belgique, 24-25.08.2013.

In een debat met ontevreden ouders van geneeskundestudenten liet Jean-Claude MARCOURT (PS), ondervoorzitter van de Waalse regering en minister van Economie, KMO's, Nieuwe Technologieën en Buitenlandse Handel van het Waals Gewest, en tevens minister van Hoger Onderwijs van de Franse Gemeenschap, zich ontvallen: "*Il y a bien des plombiers au chômage, je ne vois pas pourquoi les médecins ne le pourraient pas l'être.*"⁶⁶ Voor een minister met dergelijke rist bevoegdheden kan dat tellen!

Bijna negen op de tien Vlaamse artsen en studenten geneeskunde spreken zich in een enquête van Artsenkrant uit voor het behoud van de contingentering. En opvallend: 92% van hen vindt dat de Franstalige universiteiten ook een ingangsexamen moeten organiseren^{67, 68}. Aan Franstalige kant klinken de antwoorden helemaal anders: 62 % van de Franstalige artsen die de enquête van Le Journal du Médecin beantwoordden, geven Onkelinx gelijk. Ze zijn met andere woorden van mening dat de afschaffing van de numerus clausus voor de medische knelpuntberoepen een correcte oplossing is. Tezelfdertijd meent 78 % van de Franstalige deelnemers dat een ingangsexamen 'à la flamande' wenselijk is. Politiek vertaald vraagt de meerderheid van de Franstalige collegae een beperking van de instroom bij de Franstalige faculteiten geneeskunde, maar wenst ze geen beperking bij het toekennen van het aantal RIZIV-nummers aan het einde van de studie.

Een stap in die richting werd gezet door de invoering, eerst informeel sinds september 2012 en dan formeel sinds de zomer van 2013, van een verplichte, doch niet bindende oriëntatietest^{69, 70} om de slaagkansen van de beginners te verhogen. Dit gebeurde in samenhang met de invoeging van de wet van 12.05.2011 tot inperking van de duur van de opleiding geneeskunde⁷¹. De trend van het aantal beginnende studenten geneeskunde aan de Franstalige universiteiten buigt om. De lage slaagpercentages voor de oriëntatietest zitten daar allicht voor iets tussen: van de 1.065 kandidaten die op 03.07.2013 deelnamen aan de test slaagden er 26 %⁷², van de 1.953 kandidaten die op 02.09.2013 deelnamen, slaagden 18 %. Van het totaal van 3.018 deelnemers in de twee sessies (er waren meer inschrijvingen, maar slechts ± 85 % van de kandidaten bood zich aan) slaagden er 639 of 21,2 %⁷³.

Waren er in het academiejaar 2011-2012 nog 2.108 nieuw ingeschreven studenten geneeskunde (= 100,0 %) en voor het academiejaar 2012-2013 zelfs 2.117 (= 100,4 %), dan is dit voor het academiejaar 2013-2014 gezakt tot 1.890 (= 89,7 %)^{74, 75}. Puur mathematisch beginnen er dus 1.251 Franstalige generatiestudenten meer dan er slaagden in de verplichte oriëntatietest. Hoewel het niet noodzakelijk om dezelfde kandidaten gaat, valt het toch op dat zeer velen van degenen die niet de vereiste 10/20 haalden in de oriëntatietest, zich toch hebben ingeschreven. In januari 2014, halverwege het academiejaar, volgt een kennistest.

⁶⁶ "Etudes de médecine faciles en Belgique: une blague française." Journal international de Médecine Fr. 13.07.2013. http://www.jim.fr/print/e-docs/00/02/23/59/document_actu_pro

⁶⁷ "Un non franc et massif de la Flandre". Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

⁶⁸ "Massaal niet voor plannen Onkelinx". Artsenkrant, 24.01.2014.

⁶⁹ Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 02.05.2013 betreffende de oriënteringstest van de gezondheidssector en de activiteiten tot voorbereiding van de studies geneeskunde (BS 27.05.2013)

⁷⁰ "EU: to live and let die". Punt 6.1. Inperking opleidingsduur studies geneeskunde en numerus clausus. VBS-jaarverslag 2011. Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal. 04.02.2012.

⁷¹ BS 08.06.2011, Ed. 1. Artikel 5: "Deze wet treedt in werking bij het begin van het academisch jaar 2012-2013. Zij is voor de eerste maal van toepassing op de studenten die zijn ingeschreven in het eerste bachelor jaar van het academisch jaar 2012-2013".

⁷² "Test d'orientation aux études de médecine. Un taux de réussite de 26 %". Le Journal du Médecin, 19.07.2013.

⁷³ Meerdere bronnen, onder meer Le Soir, 10.09.2013; Journal du Médecin, 13.09.2013.

⁷⁴ "La médecine attire moins de 'nouveaux' étudiants". Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

⁷⁵ "Première génération. Facultés de médecine: 10 % de 'nouveaux' étudiants en moins". Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

Bij de eerste editie van die kennistest in januari 2013 (toen er nog geen oriëntatieproef was ingevoerd) stelde men enorme verschillen vast tussen de slaagpercentages in de verschillende universiteiten onderling – vb. driemaal meer mislukkingen aan de UCL en aan de ULB dan aan de faculteit geneeskunde in Namen⁷⁶ – en mislukten in de hele Franse Gemeenschap al 48 % van de studenten theoretisch in hun eerste jaar⁷⁷.

De inschrijvingscijfers mogen niet verward worden met het totaal aantal Franstalige studenten in het eerste jaar geneeskunde. Bij het begin van het academiejaar 2012-2013 waren er 3.448 studenten in het eerste jaar geneeskunde ingeschreven. In 2011-2012 lag dat cijfer op 3.689 en voor het academiejaar 2010-2011 ging het om 3.162 studenten in het eerste jaar geneeskunde. Dat cijfer lag in het academiejaar 2011-2012⁷⁸ 75 % hoger dan het aantal nieuw ingeschreven generatiestudenten en voor het academiejaar 2012-2013 lag dat verschil op 63 %. Dat verschil bestaat vooral uit bissers.

Van de 3.448 studenten die voor het academiejaar 2012-2013 waren ingeschreven in het eerste jaar geneeskunde slaagden er 1.088 in de kennistest die voor het eerst in januari 2013 werd gehouden, met een resultaat van meer dan 10/20. Onder de niet-geslaagden waren er 624 studenten die een resultaat tussen de 8 en de 10 behaalden en 1.655 die minder dan 8/10 behaalden^{79, 80}. Van deze niet-geslaagden aanvaardden er 1.047 hun eerste jaar over twee academiejaren te spreiden en dus verder geneeskunde te studeren. Slechts 73 studenten, of 2,1 %, verkozen een andere studierichting in te slaan.

4.5.3. Vlaamse context

Op het moment dat het aantal Franstalige eerstejaarsstudenten geneeskunde afneemt, zou zich in Vlaanderen een omgekeerd fenomeen voordoen: het aantal generatiestudenten geneeskunde zou met 19,8 % stijgen⁸¹.

In de zomer van 2011 slaagden 974 (20,7 %) van de 4.705 gegadigden in het Vlaamseingangsexamen geneeskunde⁸².

In 2012 schreven zich 4.685 kandidaten in voor de eerste sessie van hetingangsexamen geneeskunde op 03.07.2012 (dat voor het eerst niet in het Heizelpaleis te Brussel plaatsvond, maar in de Kortrijkse Xpo)⁸³ en 3.507 voor de tweede sessie op 28.08.2012, waarvan sommigen zich ook al in juli hadden inschreven, maar toen niet deelnamen. In beide sessies samen namen 'slechts' 5.285 personen deel in 2012. In totaal slaagden 1.071 kandidaten of 20,3 %, wat vergelijkbaar is met 2011 (20,7%)⁸⁴.

In 2013 namen er 5.714 individuen aan één of beide examenmomenten deel, of 429 meer dan in 2012. Hiervan slaagden in totaal 1.269 kandidaten, of 22,2 % en dus 2 % meer dan in 2012. In 2013 kunnen er derhalve 198 geslaagden meer starten met de studies arts dan in 2012. Wetende dat het totale quotum voor artsen in de Vlaamse Gemeenschap voor het jaar

⁷⁶ FUNDP Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix Namur.

⁷⁷ "Un étudiant de 1^{re} médecine sur deux a déjà raté son année". La Libre Belgique, 08.02.2013.

⁷⁸ "Massaal njet voor plannen Onkelinx". Artsenkrant, 24.01.2014.

⁷⁹ "Seuls 73 étudiants en médecine sur près de 3.500 ont été réorientés". Vers l'Avenir. 16.03.2013. Bron: Belga.

⁸⁰ "Peu de réorientations après le 1^{er} quadri". Le Journal du Médecin, 15.03.2013.

⁸¹ "Meer dokters, minder filologen". De Standaard, 29.01.2014.

⁸² "EU: to live and let die". Punt 6.1. Inperking opleidingsduur studies geneeskunde en numerus clausus. VBS jaarverslag 2011. Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal. 04.02.2012

⁸³ "Artsen in korte broek". De Standaard, 04.07.2012.

⁸⁴ <http://www.ond.vlaanderen.be/toelatingsexamen/nl/publicaties/persbericht-resultatenaugustus2012.pdf>

2013 op 585 ligt⁸⁵, is dit een belangrijk gegeven. Het slaagcijfer van 2013 evenaart het record van 2009 (n = 1.295) met 26 individuen⁸⁶. De alarmerende titels in sommige kranten waren zowel voorbarig als tendentius⁸⁷. Objectief is er geen tekort aan artsen in Vlaanderen, maar er is geen goede invulling van de verschillende disciplines. Zoals Prof. Bernard HIMPENS, voorzitter van de examencommissie, stelde: “*Het ingangsexamen afschaffen lost niets op. We moeten wel de knelpuntberoepen aantrekkelijker maken*”⁸⁸. Die stelling wordt ook begin 2014 aangehouden na de aanslag van minister ONKELINX op het Vlaams systeem.

De controverse blijft bestaan. In een debat in La Libre Belgique⁸⁹ tussen Dr. Jacques DE TOEUF, ondervoorzitter van de BVAS, en mevrouw Marie-Claire LAMBERT, voorzitter van de commissie Sociale Zaken van de Kamer (PS) en voorzitter van de Raad van Bestuur van het Centre Hospitalier Régional La Citadelle in Luik (cf. infra), meent deze laatste dat ze mag spreken voor de Vlaamse medische wereld (citaat): “*Les médecins généralistes vivent également mal l’isolement en Flandre*”. Zij ziet alle heil in een nieuw financieringssysteem van de gezondheidszorg, in ‘la feuille de route’ (het stappenplan), dat minister ONKELINX heeft aangekondigd (cf. punt 3.2.). Dr. Jacques DE TOEUF wijst terecht op de risico’s van kwaliteitsverlies door een problematische klinische opleiding wegens het overtal aan studenten (cf. punt 4.5.2.).

4.6. Erkenningen, Hoge raad, Erkenningscommissies en MaNaMa

4.6.1. Erkenningen oncologie

Het jarenlange wachten beu inzake de erkenning van de oncologen als bijkomende beroepstitel schreef ondergetekende als secretaris-generaal van het VBS en als voorzitter van de BVAS op 18.02.2013 een open brief aan minister ONKELINX en aan premier DI RUPO over de slechte werking van de FOD Volksgezondheid en over het uitblijven van de samenstelling van de erkenningscommissies^{90,91}. De overstap van de heer Xavier VAN CAUTER van de administratie van de FOD naar het kabinet-ONKELINX beloofde weinig goeds. ONKELINX reageerde verbaasd en publiek over mijn demarche in haar antwoord van 26.02.2013^{92,93,94}.

Ze verdedigde haar medewerker Xavier VAN CAUTER, wat haar siert, en kondigde urbi et orbi aan dat een nieuw koninklijk besluit ertoe zou leiden dat alvast aan de geneesheren-specialisten in de pediatrie die een dossier indienen de bijzondere beroepsbekwaming in de pediatrie hematologie en oncologie zou toegekend worden. Die titel werd door haar voorganger Rudy DEMOTTE gecreëerd in juni 2007⁹⁵. Hoewel ik mijn brief van 18.02.2013 afsloot met: “*Geachte Premier, Mevrouw de minister, dit kan zo niet verder*” en ondanks haar publieke ministeriële belofte is er bijna een jaar later nog niets veranderd. Kinderen met kanker, hun families en hun behandelende artsen vormen duidelijk een te klein kiespubliek

⁸⁵ KB van 01.09.2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (BS 05.09.2012; Ed. 2).

⁸⁶ <http://www.ond.vlaanderen.be/toelatingsexamen/nl/publicaties/persbericht-resultaten-augustus-2013.htm>

⁸⁷ “Aartsmoeilijk toelatingsexamen ondanks tekort aan artsen”. De Standaard 03.07.2013.

⁸⁸ De Standaard 03.07.2013.

⁸⁹ “Faut-il mettre fin au numerus clausus en médecine?”. La Libre Belgique, 30.01.2014.

⁹⁰ “L’ABSyM condamne les blocages”. Le Journal du Médecin, 22.02.2013.

⁹¹ “Minister talmt met erkenning specialisten”. Artsenkrant, 22.02.2013.

⁹² “Erkenning van specialisten: Onkelinx kaatst de bal terug”. Artsenkrant, 08.03.2013.

⁹³ “Onkelinx répond à Moens”. Le Journal du Médecin, 08.03.2013.

⁹⁴ “Erkenning van specialisten: een onvergeeflijke vertraging”. De Specialist, 13.03.2013.

⁹⁵ Ministerieel besluit van 14.05. 2007 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrie hematologie en oncologie (BS 06.06.2007, in voege d.d. 16.06.2007).

om er aandacht aan te schenken. Er zijn in aantal zoveel meer kankers bij volwassenen, die publicitair bruikbaar zijn in grootse, met toeters, bellen en strikjes versierde kankerplannen.

Over de gastro-enterologen en pneumologen was de minister minder duidelijk in haar antwoord, maar het verschil is nihil: zoals de pediaters verkreeg ook geen enkele gastro-enteroloog en pneumoloog sindsdien al zijn bijzondere bekwaming ‘...en in de oncologie’. Nochtans zijn de desbetreffende ministeriële besluiten – die ONKELINX nota bene eigenhandig ondertekende – ook voor hen al jarenlang klaar, om precies te zijn sinds exact vier jaar^{96, 97}.

De gynaecologen staan nog nergens, want het ontwerp van ministerieel besluit dat de Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen er in 2011 over opstelde werd blijkbaar nog nooit bekeken op het kabinet. Ze overwogen een proces tegen de minister in te spannen wegens het uitblijven van hun erkenning als gynaecoloog-oncoloog, met het instellen van een dwangsom.

De advocaten die voor de gynaecologen de zaak onderzoeken, inspireren zich daarbij op de demarches van de osteopaten, die naar de rechtbank stapten omdat minister ONKELINX niet snel genoeg de waanzinnige ‘wet-COLLA’ in de praktijk omzette. De rechter gaf de osteopaten op 22 januari 2010 gelijk en de Belgische Staat werd door de rechtbank van eerste aanleg van Brussel veroordeeld tot een dwangsom van € 5.000 per maand zolang er geen uitvoering werd gegeven aan de wet-COLLA⁹⁸. In de praktijk kwam het erop neer dat de Belgische Staat de dwangsom moest betalen tot zolang de paritaire commissies en de kamer van osteopathie werden opgericht, dat wil zeggen tot de benoeming werd gerealiseerd van de in artikel 2 van de wet bepaalde kamers. Dit gebeurde pas op 10.04.2012⁹⁹ en de Belgische Staat betaalde vanaf juni 2010 een dwangsom. Het bedrag liep op tot ± € 80.000.

4.6.2. Hoge Raad en erkenningscommissies

De Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen vergaderde voor het laatst op 05.07.2012 in zijn oude samenstelling. Dan kwam de benoemingstermijn van 6 jaar voor de zetelende leden op zijn einde. Het was wachten op het nieuwe ministerieel besluit van mevrouw ONKELINX. Hoewel de kandidaten voor de Hoge Raad tijdig en gezamenlijk waren ingediend in overleg tussen de BVAS en het VBS, liet de publicatie met de benoeming van de 105 leden op zich wachten tot 24.07.2013¹⁰⁰.

⁹⁶ Ministerieel besluit van 29.01.2010 tot vaststelling van de bijkomende erkenningscriteria voor kandidaten, stagemeeesters en stagediensten voor de beroepsbekwaamheid in de oncologie specifiek voor geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de gastro-enterologie (BS 03.02.2010, in voege 13.02.2010).

⁹⁷ Ministerieel besluit van 29 januari 2010 tot vaststelling van de bijkomende erkenningscriteria voor kandidaten, stagemeeesters en stagediensten voor de beroepstitelbekwaamheid in de oncologie specifiek voor geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de pneumologie (BS 03.02.2010, in voege 13.02.2010).

⁹⁸ Wet van 29.04.1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsennijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, artikel 2, §§ 2 en 3: ‘§2 Bij de minister wordt een paritaire commissie ‘niet-conventionele praktijken’ opgericht. § 3. Voor elk van de niet-conventionele praktijken ‘homeopathie’, ‘chiropraxie’, ‘osteopathie’ en ‘acupunctuur’ wordt een kamer opgericht.’ (BS 24.06.1999).

⁹⁹ KB van 27.03.2012 houdende benoeming van de leden van paritaire commissie bedoeld in artikel 5 van de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsennijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen (BS 30.03.2012; Ed.3)

¹⁰⁰ MB van 24.07.2013 houdende benoeming van de leden van de Hoge raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 16.08.2013; Ed. 1)

De nieuw samengestelde Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen werd geïnstalleerd op 24.10.2013. Opnieuw werd de carrousel met de nepvergaderingen één week voor de effectieve vergadering gestart die ik vroeger al beschreef¹⁰¹. Voorzitter Dirk CUYPERS heeft blijkbaar nog geen tijd gevonden om zijn minister voor te stellen de wetgeving te veranderen, zodat de raad ook met volmachten zou kunnen werken. Nochtans wordt hem dat al van in 2008 gevraagd. Wachtend op Godot gaat ondertussen VBS-directeur Fanny VANDAMME door met de 105 leden systematisch te informeren dat ze vooral niet moeten ingaan op de eerste oproepdatum voor de vergadering. De leden riskeren dan vruchteloos naar huis te moeten terugkeren, want de geschiedenis heeft ons geleerd dat het quorum nooit bereikt wordt bij die eerste vergadering en mandaatgeving wordt om strikt juridische redenen niet aanvaard door voorzitter CUYPERS. Het mandateren wordt immers niet vermeld in de werking van de Hoge Raad¹⁰² en op die basis verloor de FOD Volksgezondheid vele jaren geleden een geschil over de erkenning van een specialist voor de rechtbank. En dus wordt bij elke uitnodiging voor een vergadering van de Hoge Raad vermeld dat, als het quorum niet wordt bereikt – wat dankzij de mails van Fanny VANDAMME een zekerheid is – een week later opnieuw wordt vergaderd met een identieke agenda. Dan kan er rechtsgeldig vergaderd worden onafhankelijk van het aantal aanwezige leden.

Enkele monumenten van de Hoge Raad zijn er uit verdwenen, ofwel omdat ze zich niet meer als kandidaat aanboden (vb. Prof. Jacques GRUWEZ, lid sinds ruim 30 jaar), ofwel omdat de minister hen niet wilde benoemen, zoals Dr. Michel MASSON. Rancune is daarbij niet uitgesloten, want het valt op dat van de specialisten die werden voorgedragen door de Luikse Kamer van de BVAS-ABSyM niemand werd benoemd. De Luikenaars hadden het immers aangedurfd herhaaldelijk hun beklag te doen over de problemen van een stagemeeester medische beeldvorming in het CHU Luik, die er de oorzaak van was dat een aantal jonge radiologen in opleiding hun erkenning niet kregen. De PS is goed vertegenwoordigd zowel in het Luikse universitaire ziekenhuis als in het Centre Hospitalier Régional de la Citadelle. Tot 18.01.2013 was Jean-Pascal LABILLE ondervoorzitter van de raden van bestuur van beide Luikse ziekenhuizen, tot hij plots vanuit de stoel van Franstalige secretaris-generaal van de Socialistische Mutualiteiten sinds 2008 werd gepromoveerd tot federaal minister van Overheidsbedrijven en Ontwikkelingssamenwerking, belast met Grote Steden¹⁰³.

Van een minister die in minder dan een jaar tijd zowel de scalp van Didier BELLENS (Belgacom) als van Johnny THIJSS (bpost) binnenhaalde¹⁰⁴ kan je verwachten dat hij zich ook zou moeien in het lokaal verzet van een afdeling in één van zijn ex-ziekenhuizen via zijn goede Luikse relaties – en inmiddels Brusselse in de Hertogstraat 59 – met Laurence BOVY, kabinetschef van minister Laurette ONKELINX en voorzitter van de raad van bestuur van de NMBS¹⁰⁵. Het zal een vermoeden blijven, maar we kunnen alleen maar vaststellen dat ook in de erkenningscommissie medische beeldvorming de voorgedragen Luikse kandidaten niet werden benoemd.

¹⁰¹ "EU : to live and let die". VBS-jaarverslag 2011. Dr. Marc Moens. 04.02.2012. Punt 2.7.

¹⁰² KB van 21.04.1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 27.04.1983), artikel 6, § 1, gewijzigd bij de wet van 10 december 2008.

¹⁰³ 'Een giftige mutualiteitsprij'. VBS-jaarverslag 2012, 02.02.2013, punt 4.2. Gemeenteraadsverkiezingen, partijpolitiek en gevolgen voor de gezondheidszorg (p. 29).

¹⁰⁴ "Jean-Pascal Labille (PS): kwelduivel van overheids-CEO's". Trends-Tendances, 08.01.2014

¹⁰⁵ "Le réseau de Jean-Pascal Labille". Trends-Tendances, 18.01.2013

Door het lang uitblijven van de benoeming van de leden van de Hoge Raad, en mede door het vertrek van Mevr. DELERUE, die verantwoordelijk was voor de redactie van de verschillende ministeriële besluiten inzake de erkenning van specialisten, vielen de voorbereidingen half 2011 stil. Tijdens de vergadering van de Hoge raad van 05.12.2013 werd vastgesteld dat men vergeten was de redactie aan te vatten van de basis voor al die besluiten, met name de transversale criteria die van toepassing moeten zijn voor alle specialismen. Tijdens de laatste vergadering van de vorige Hoge Raad, d.d. 05.07.2012, werd alleen een algemeen kader geschetst met de principes. Een vergetelheid met verstrekkende gevolgen, want een poging om de erkenningscriteria van de eerste twee (van de 31) specialismen, de patholoog-anatomen en de dermatologen, goed te keuren liep tijdens de marathonzitting van de Hoge Raad van 05.12.2013 faliekant af. Tegen wanneer al die erkenningscriteria zullen herschreven zijn en welke minister die zal ondertekenen durft vandaag niemand te voorspellen. Het wordt allicht een werk van jaren.

We kunnen alleen hopen dat sinds het mandaat van Michel VAN HOEGAERDEN, directeur-generaal DG2 bij de FOD Volksgezondheid, ten einde liep op 07.06.2013, zijn opvolgers anders en beter zullen te werk gaan, hoewel hij afscheid nam van de FOD met (citaat): *“We kunnen stellen dat onze administratie de 21^{ste} eeuw is binngetreden” – “On peut considérer que notre administration est entrée au 21^{ème} siècle.”* in de newsletter van juni 2013 van de FOD werd hij niet vervangen. Zijn takenpakket wordt toegevoegd aan dat van Christiaan DECOSTER, directeur-generaal DG Gezondheidszorg, die daarvoor onder meer de hulp krijgt van Dr. Patrick WATERBLEY, die tot eind juni 2012 algemeen directeur van het Heilig Hart ziekenhuis Roeselare was, tot de fusie op gang kwam met het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare.

Ondanks de 21^{ste}-eeuwse manier van werken is er een grote achterstand ontstaan in dossiers van erkenning van artsen. Om die weg te werken, werd begin 2013 de cel ‘Support Office & Quality Assurance’ (SOQA) opgericht binnen de Dienst Erkenningen van de gezondheidszorgberoepen. Die dienst zal in 2014 nog bergen bijkomend werk krijgen, want duizenden medisch laboratoriumtechnologen en honderden technologen medische beeldvorming moeten vóór eind 2014 hun erkenning krijgen.

4.6.3. MaNaMa

Tussen 2001 en 2009 discuteerde het VBS meermaals met de VLIR¹⁰⁶ over de Master na Master, een creatie van de Bolognaverklaring van 19.06.1999, die in de EU-landen vergelijkbare diploma's wou doen afleveren via de bachelor-masterstructuur (BaMa). De vraag bleef: wat is de plaats van de beide partners? Beide partijen vermoedden van elkaar dat ze het monopolie van de specialistenopleiding wilden binnenhalen. De VBS-ontmoetingen met de leden van de VLIR waren beleefd, maar het water tussen beide groepen bleef veel te diep. In 2010 en 2011 kwamen onderhandelingen over hetzelfde onderwerp met de Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België (RUZB) in de plaats. Ze vielen zonder resultaat stil eind 2011.

In de Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen ontstond een parallelle discussie over de MaNaMa. Ze resulteerde op 05.07.2012 in een principiële verklaring, waarin complementariteit en pariteit de leidmotieven waren¹⁰⁷. Vermits de Hoge Raad gedurende 15 maanden niet meer samenkwam en de eerste vergadering in zijn nieuwe samenstelling op

¹⁰⁶ Vlaamse universitaire raad

¹⁰⁷ ‘Een giftige mutualiteitspil’. VBS-jaarverslag 2012, Dr. Marc Moens, 02.02.2013, punt 2.1.6.

17.10.2013 vooral een installatievergadering was, werd er in 2013 nog nauwelijks gedebatteerd over de MaNaMa, tenzij in zeer beperkte kring. Tot op het moment dat de gemeenschappelijke transversale criteria voor alle specialismen aan bod kwamen in de vergadering van de Hoge Raad van 05.12.2013 (cf. punt 4.6.2.). Bij sommige aanwezigen staken de oude demonen weer de kop op, anderen wilden efficiënt en collegiaal vooruitgang boeken. Des te meer omdat de uitvoering van de 6^{de} staatshervorming de erkenning van de individuele artsen-specialisten doorgeeft aan de gemeenschappen, terwijl de inhoud, en zeker de transversale criteria de bevoegdheid blijven van de federale Hoge Raad en dus tegen de transfert klaar moeten zijn.

Ondertussen raakte vroegtijdig de evaluatie door de NVAO¹⁰⁸ van de opleiding tot specialist aan de Vlaamse universiteiten in de media bekend: *'Opleiding specialisten voldoet niet'*¹⁰⁹. Alleen de opleiding aan de VUB krijgt een voldoende van de NVAO; de KU Leuven, de UGent en de U.I. Antwerpen zijn gezakt. Het VBS reageerde samen met de BVAS met een tegen-persbericht, trouwens volledig naar waarheid: *'Vlaanderen leidt schitterende specialisten op ondanks MaNaMa'* en legde uit dat dit NVAO-attest helemaal geen verplichting is in de Belgische wetgeving en dat het niets te maken heeft met de kwaliteit van de door specialisten verleende zorg.

In mei 2013 werd het rapport officieel bekendgemaakt en de niet-geslaagde universiteiten uiten gefundeerde kritiek op de onderzoeksmethoden van de NVAO.

Een citaat uit het rapport: *"De commissie stelde vast dat het verouderde en complexe wettelijke kader voor de opleiding en erkenning van arts-specialisten de implementatie van de academische opleiding ernstig hindert. Hoewel de visitatiecommissie wel degelijk indicaties heeft dat er op het niveau van de Federale Overheid een en ander beweegt, is er grote nood aan een algemeen modern en transparant wettelijk kader met inbegrip van moderne arbeidsvoorwaarden, aangepast aan de hedendaagse maatschappelijke verwachtingen."*

Ondanks hun kritiek en hun verontwaardiging kondigen de universiteiten tezelfdertijd aan dat ze hun opleiding zullen aanpassen¹¹⁰. Enigszins verbazingwekkend, want in feite verwijten de Vlaamse universiteiten de NVAO dat zij haar werk niet goed doet en op een manier die helemaal niet in overeenstemming is met de situatie van de Belgische gezondheidszorg. In de visitatiecommissie was er trouwens maar één Belg aanwezig, Prof. em. Dr. Gaston VERELLEN, Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCL, ex-hoofdgeneesheer van het departement pediatrie en neonatologie.

Het protest in de Vlaamse media op 16.05.2013 deed ondergetekende denken aan het ruim 175 jaar oude, bekende stafrijmpje: *"Wij Willen Willem Weg, Wil Willem Wijzer Worden, Wij Willen Willem Weer"* uit de periode dat Willem I van Oranje het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden regeerde, dat toen de Belgische gebieden en het Prinsbisdom Luik omvatte. Vervang Willem door NVAO en we zitten in 2013. Maar de Vlaamse universiteiten kunnen decretaal de Nederlandse agogeninvasie niet buitenhouden, want de NVAO is nodig om de specialistische geneeskunde als studierichting erkend te doen worden. En vermits er vandaag 2.437 Vlaamse artsen-assistenten in opleiding zijn¹¹¹ die dan als student erkend en

¹⁰⁸ NVAO: Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie

¹⁰⁹ De Standaard, 27.03.2013

¹¹⁰ "Geneeskunde past opleiding van artsen-specialisten aan". De Standaard, 17.05.2013.

¹¹¹ Nota accrediteringsstuurgroep 15.01.2014: totaal aantal artsen-specialisten in opleiding: 4.385, waarvan 1.948 Franstaligen en 2.437 Nederlandstaligen.

dus gesubsidieerd kunnen worden, zal Willem nog wel mogen terugkomen, maar liefst een Willem II, III, IV of een andere, maar niet meer dezelfde Willem I.

In de marge van het NVAO-commissierapport merkte de decaan van de faculteit geneeskunde van de KU Leuven, Prof. Dr. Jan GOFFIN, in een interview op Radio 1 d.d. 16.05.2013 op dat de Nederlandse overheid € 140.000 toelage per jaar toekent per arts-specialist in opleiding in een niet-universitair ziekenhuis en € 125.000 euro per arts-specialist in opleiding in een universitair ziekenhuis. In België gaat het over € 6.000 à € 7.000 euro per jaar en per arts-specialist in opleiding in een universitair ziekenhuis (en, n.v.d.r., over € 0,00 per jaar en per arts-specialist in opleiding in een niet-universitair ziekenhuis).

Merkwaardig: in Nederland is er geen MaNaMa voorzien, noch examens voor de AIOS¹¹². We kregen die informatie bij het bezoek van Dr. Lise RIJNIESE en Mevr. Mariel CASPARIE, vertegenwoordigers van het OMS (Nederlandse Orde van Medische specialisten), bij hun bezoek aan het VBS op 29.07.2013. Meer nog: van de NVAO heeft de Nederlandse Orde der Specialisten nog nooit gehoord. Nochtans is de Orde van Medisch Specialisten dé beroepsvereniging voor en door medisch specialisten. De OMS vertegenwoordigt bijna 11.000 (aankomende) medisch specialisten. Bij het OMS-bureau, gevestigd in het Domus Medica in Utrecht, werken ongeveer 60 medewerkers. Het bureau van de OMS zorgt voor de erkenning van de medisch specialisten in Nederland, niet de universiteiten.

In de context van de erkenning van de individuele artsen-specialisten die ten gevolge van de 6^{de} staatshervorming door de gemeenschappen zal dienen te gebeuren, werd er op verzoek van de Vlaamse decanen op 26.06.2013 en op 19.09.2013 overleg gepleegd. De decanen van de 5 Vlaamse faculteiten geneeskunde (inclusief UHasselt) ontmoetten er de vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen: de juristen Fanny VANDAMME (VBS) en Ingrid DREEZEN (VAS) en de Drs. Robert RUTSAERT (ASGB), Luc DECLERCQ (VAS) en Marc MOENS (BVAS-VBS). Op 19.09.2013 vervoegden tandarts Stefaan HANSON, namens de VVT¹¹³, en Dr. Dirk CUYPERS, directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, de vergadering.

De bedoeling van de vergadering was de oprichting van een structuur voor te stellen belast met de erkenning van de artsen. De artsen bepleiten dat deze structuur ondergebracht wordt bij de minister van Welzijn en Volksgezondheid, en niet bij de minister van Onderwijs. De universiteiten zijn van oordeel dat de minister van Onderwijs er nauw moet bij betrokken worden. Naast de decanen waren – voor de niet-academici onaangekondigd – ook Prof. Dr. Wilfried DE BACKER (UZA) en Prof. Dr. Jan DE MAESENEER (UGent) aanwezig. De niet-universitairen kennen hen als twee superlobbyisten voor hun respectievelijke alma maters.

Jan DE MAESENEER is er destijds in geslaagd om van alle huisartsen in opleiding studentjes te maken en de erkenning tot huisarts helemaal te onttrekken uit de invloedssfeer van de beroepsverenigingen. De specialisten willen dat worst case scenario absoluut vermijden.

Het was dan ook groot alarm toen op 03.11.2013 Christiaan DECOSTER, directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, een brief schreef aan alle voorzitters van de erkenningscommissies van specialisten om evaluaties op

¹¹² Artsen in opleiding tot specialist

¹¹³ VVT: Vlaamse Vereniging voor Tandartsen

het einde van de opleiding ongedaan te maken. Vandaag moet de kandidaat-specialist na 2 jaar een attest voorleggen dat hij met vrucht een specifieke universitaire stage heeft gevolgd. Hij sluit zijn brief af met: *“Rekening houdend met de voornoemde elementen hoeven de Erkenningscommissies dus geen evaluatietests voor de kandidaat-specialisten te organiseren.”*

Een aantal van onze universitaire collegae, vooral aan Franstalige kant, hebben die mededeling onmiddellijk vertaald als: de universiteiten zullen op het einde van de opleiding een examen organiseren om de erkenning als arts-specialist op gemeenschapsniveau te bekomen. De MaNaMa is dus na twaalf jaar nog altijd niet van de baan. Voor degenen die misschien nog twijfelden: de MaNaMa is een louter financiële aangelegenheid.

4.7. De alterneuten

4.7.1. De KCE-rapporten

Minister ONKELINX belastte het KCE in 2008 met de opdracht een studie te maken over de niet-conventionele geneeswijzen die oud-minister Marcel COLLA met een gedrocht van een wet bijna 10 jaar voordien in het leven had geroepen¹¹⁴. Aangezien het volk graag bedrogen wordt en de alternatieve therapeuten stonden te trappelen om hun praktijken officieel erkend te zien, moest het KCE er spoed achter zetten. Begin 2011 publiceerde het KCE drie rapporten: in januari over osteopathie en chiropraxie¹¹⁵, in april over acupunctuur¹¹⁶ en in mei, de kers op taart, over homeopathie¹¹⁷.

Het KCE stelde vast dat er van die praktijken ofwel geen enkel (homeopathie) ofwel slechts een zeer beperkt medisch nut kon worden verwacht¹¹⁸. Voor osteopathie wees het KCE op het groot aantal neveneffecten, mild (in 30 tot 60% van de gevallen), maar soms ook op zware, en zelfs levensbedreigende complicaties, vooral bij manipulaties van de hals. Bovendien waarschuwde het KCE dat, als een patiënt zich beperkt tot een niet-conventionele therapeut, hij het risico loopt dat een diagnose van een ernstig medisch probleem niet of (te) laat wordt gesteld, zodat een evidence based klassieke medische behandeling niet of (te) laat wordt opgestart.

“Maar wat baten kaars en bril als de uil niet zien en wil?”. In plaats van rekening te houden met de KCE-rapporten, liet Minister ONKELINX artikel 4 van de wet-COLLA van 1999 schrappen. Dat artikel stelde *“dat besluiten geen uitwerking kunnen hebben zo zij niet bij wet zijn bekrachtigd vóór het einde van de zesde maand na hun bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad”*. Omdat die bepaling niet goed uitkwam bij het in voege brengen van het KB dat de beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk moest erkennen¹¹⁹, en met name van de osteopaten, wuift ONKELINX de wet gewoon weg.

Ze laat daarbij niet na in de zitting van de Belgische Senaat van 09.11.2010 de wetgever zonder meer te ridiculiseren (citaat uit het verslag): *“De minister sluit haar uiteenzetting af door de aandacht op een technisch punt te vestigen: artikel 4 van de wet van 1999, dat de parlementaire bekrachtiging bepaalt, preciseert dat die besluiten “geen uitwerking kunnen*

¹¹⁴ Wet van 29.04.1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen (BS 24.06.1999).

¹¹⁵ “Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België”. KCE Reports 148A, 13.01.2011.

¹¹⁶ “Acupunctuur: situatie in België”, KCE Reports 153A, 27.04.2011.

¹¹⁷ “Stand van zaken van de homeopathie in België”, KCE Reports 154A, 24.05.2011.

¹¹⁸ “Osteopathie en chiropraxie: werkzaamheid alleen bewezen bij nek- en lage rugpijn, toch is 90% van de patiënten tevreden”. Persbericht KCE, 13.01.2011.

¹¹⁹ KB van 06.04.2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden. BS 12.04.2010.

hebben zo zij niet bij wet zijn bekrachtigd vóór het einde van de zesde maand na hun bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad.” Omdat het besluit op 12 april 2010 verscheen, loopt de termijn voor de bekrachtiging dus in principe af op 31 oktober 2010. De wetgever kan in beginsel zijn opvolgers niet binden. Bijgevolg moet de huidige wetgever, indien hij beslist dit besluit te bekrachtigen, dit zelfs na afloop van de termijn van zes maanden kunnen doen.”¹²⁰.

In dezelfde zitting van de Senaat d.d. 09.11.2010 beloofde minister ONKELINX (*citaat*): “*dat men nog steeds wacht op de (besluiten) van de studie van het KCE. Van zodra deze ter beschikking zijn (noot : wat sinds mei 2011 het geval is) zal het Parlement in dialoog treden om na te gaan of de wet van 1999 al dan niet moet gewijzigd worden. In tien jaar tijd zijn er immers heel wat evoluties geweest in de medische wereld. Vanzelfsprekend kan dit debat slechts gevoerd worden voor zover er hiervoor een wetenschappelijke benadering ter beschikking is*”¹²¹.

4.7.2 Een niet-conventionele wetwijziging

Minister ONKELINX hield haar belofte, maar niet op een manier die de zinnige lezer had verwacht. Het parlement keurt de schrapping van dat vervelende stukje democratie uiteindelijk goed op 19.03.2013¹²². Vanaf nu kunnen de alterneuten om het even wat laten goedkeuren. Het parlement heeft zichzelf eens te meer buiten spel gezet om de ware premier van België tegemoet te komen. Ter voorbereiding van die schrapping hield de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 19.02.2013 een ‘Gedachtewisseling over de adviezen van de paritaire commissie niet-conventionele praktijken’¹²³.

Het VBS werd uiteraard niet uitgenodigd (en de BVAS trouwens evenmin) om er zijn mening te verkondigen. Al van bij de eerste wetsontwerpen bekampte het VBS de niet-conventionele geneeswijzen. Vijftien jaar voordien, op 11.03.1998, hielden de voorzitters van VBS en BVAS, de decanen van de faculteiten geneeskunde, de voorzitters van de Koninklijke Academies voor Geneeskunde van België, de leden van de Nationale Raad van de Orde, de voorzitters van de Provinciale raden van de Orde, en de voorzitter van de toenmalige W.V.V.H. (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, voorloper van Domus Medica) een persconferentie om te wijzen op de mogelijke gevaren van de niet-conventionele praktijken en op de afwezigheid van elke wetenschappelijke onderbouw. Niets mocht baten.

De enkele academici die wel getolereerd werden in de Hoge Vergadering hielden consequent vast aan hun wetenschappelijk onderbouwde anti-standpunten. De tussenkomsten van Dr. Dirk CUYPERS, voorzitter van de paritaire commissie en tevens het hoogste administratief gezag bij de FOD Volksgezondheid tartten elke verbeelding. Een handgreep citaten die ook vandaag nog te raadplegen zijn¹²⁴, terwijl elkeen die in het parlement wordt uitgenodigd voor een gedachtewisseling of hoorzitting de kans krijgt om zijn interventie(s) op hun juistheid na te lezen en zo nodig te corrigeren vooraleer ze in het verslag word(en) opgenomen en gepubliceerd:

¹²⁰ Belgische Senaat - 9 november 2010 - verslag namens de commissie voor sociale aangelegenheden - Doc 5-407/2-pag. 3.

¹²¹ Belgische Senaat, zitting 2010-2011, 09.11.2010, verslag namens de commissie voor de sociale aangelegenheden, pag. 4.

¹²² Artikel 125. Wet van 08.04.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) (BS 29-03-2013).

¹²³ DOC 53 2644/001 Kamer van Volksvertegenwoordigers. Namens de commissie voor volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. ‘Gedachtenwisseling over de adviezen van de paritaire commissie niet-conventionele praktijken en van de kamers die werden opgericht voor elk van de niet-conventionele praktijken, uitgebracht krachtens de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen’ (19.02.2013).

¹²⁴ <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/53/2644/53K2644001.pdf>

Pag. 25: “De EBM evolueert echter. De paritaire commissie heeft kennis kunnen nemen van nieuwe werkwijzen ter zake die werden voorgesteld door een hoogleraar en die berusten op onderzoek door het Centre for Evidence Based Medicine van de Universiteit van Oxford. Er zouden vier niveaus zijn, waarvan het hoogste resultaten omhelst die hoger liggen dan die van de placebo tijdens vier opeenvolgende proeven. Homeopathie doorstaat die controle niet. Er bestaan echter andere niveaus in de gradatie. Afhankelijk van de technieken en van de situatie van de patiënt kan niveau 4 worden bereikt: in dat geval is één case study voldoende.”

Eén genezing in Lourdes van één soort kanker bij één patiënt is volgens collega Dirk CUYPERS afdoend qua evidence based medicine. Raf MERTENS, directeur-generaal van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, kon het daar tijdens de hoorzitting van 11.04.2013¹²⁵ niet mee eens zijn¹²⁶. Ondergetekende vindt de verdediging van de niet-conventionele praktijken door voorzitter Dr. Dirk CUYPERS alarmerend, soms hilarisch, maar alleszins niet objectief als scheidsrechter tussen twee partijen die, bij wijze van spreken, elkaar het licht in de ogen niet gunnen. Ze zijn meermaals ook flagrant in tegenstrijd met de conclusies van de drie KCE-rapporten over de niet-conventionele praktijken. Hij is nochtans ondervoorzitter van het KCE, hoewel dat niet onmiddellijk blijkt uit een van zijn pleidooien ten gunste van de homeopathie (ook pagina 25):

“Wat homeopathie betreft, lijken onderzoeken aan te tonen dat de doeltreffendheid niet alleen het individu, maar ook de gemeenschap treft. Die onderzoeken vergelijken een groep van huisartsen en een groep van artsen van dezelfde categorie die ook homeopathie toepassen. De tweede groep schrijft veel minder antibiotica voor dan de eerste. Het is immers de arts die bepaalt of de aandoening al dan niet van bacteriële oorsprong is. Als het om een virale aandoening gaat, heeft de arts de keuze geen antibiotica voor te schrijven, rekening houdend met de huidige resistentie van de virusstammen.” Een lapsus is gauw gebeurd. Dat die lapsus er een jaar later nog staat, is onverklaarbaar, tenzij misschien door het feit dat de voorzitter door niet-conventionele endosmose het jargon van niet-artsen in zich heeft opgenomen, zodat hij zijn voorgeschiedenis in een farmaceutisch bedrijf helemaal verdrongen heeft.

Een ander bijzonder standpunt van collega CUYPERS kunnen we lezen bij de bespreking van de osteopathie en de chiropraxie onder: “Oriëntatiescreening door de beroepsbeoefenaar”¹²⁷. De voorzitter is van mening dat osteopaten standaard Rx en NMR zonder contrast mogen voorschrijven (allicht om de stralingsbelasting van de Belgische patiënt te verminderen), en dat chiropractors een differentiële uitsluitingsdiagnose moeten kunnen stellen en dus beroep moeten kunnen doen op de resultaten van klinisch onderzoek en dat ze zelf klinische onderzoeken moet kunnen voorschrijven. Zouden al die uitspraken fout genoteerd zijn door de rapporteur, Franco SEMINARA, PS-volksvertegenwoordiger en ambtenaar bij de Regie der gebouwen in Mons? Of is het misschien de schuld van Maya DETIÈGE, sp.a, voorzitter van de commissie Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke hernieuwing? Zou zij als apotheker het verschil niet meer kennen tussen virussen en bacteriën omdat – het is een publiek geheim – ze vooral van wat grotere beesten houdt?

4.7.3 Alleen Cato de Oudere kan redding brengen

¹²⁵ Eerste reeks hoorzittingen over de tenuitvoerlegging van de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

¹²⁶ <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/2644/53K2644002.pdf> DOC 53 2644/002. Kamer van Volksvertegenwoordigers 11.04.2013.

¹²⁷ <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/2644/53K2644002.pdf> DOC 53 2644/002Blz. 12, 2° Acupunctuur, 2) en de 'consument' blz. 13, idem 4) en dia K5 op blz. 14.

Ondergetekende verbeeldt het zich allicht dat hun aanwezigheid op de hoorzitting van 11.04.2013 voor de Vlaamse decanen Prof. Dr. Jan GOFFIN (KU Leuven) en Prof. Dr. Guy VANDERSTRAETEN (UGent) een ware martelgang moet zijn geweest. Op 29.01.2013 stuurde ondergetekende als BVAS-voorzitter een persbericht uit met als titel: “*Stop eindelijk de onwettige uitoefening van de geneeskunde*”. Op 07.03.2013 zonden we minister ONKELINX een omstandige brief met de – ondertussen historische – argumentatie tegen de wet-COLLA en haar uitvoeringsbesluiten, maar we kregen zelfs geen bevestiging van ontvangst. Zoals op 11.03.1998 kwamen alle artsengroepen op 18.04.2013 samen om nogmaals verzet aan te tekenen tegen de – ondertussen jammer genoeg doorgevoerde – wetwijziging¹²⁸. Niets mocht baten. Ondertussen horen we klachten dat de Kamers en de paritaire commissies van de niet-conventionele geneeswijzen chaotisch worden samengeroepen en georganiseerd door de FOD Volksgezondheid. Sommige leden-artsen noemen het sabotage. De holderdebolder vergaderingen bij de FOD Volksgezondheid, die het opmerkelijke nevenverschijnsel kennen dat het resultaat altijd in de kaart van de bevoegde minister speelt, worden ondertussen berucht (cf. punt 4.5.1.).

Dat er ondertussen op 25.04.2013 door N-VA-senator Louis IDE in het parlement een interessant symposium werd georganiseerd¹²⁹ ‘*EMB als richtlijn bij de beoordeling van (alternatieve) geneeswijzen*’, met bekende kritische gastsprekers als Dr. Hans VAN BRABANDT (KCE en CEBAM), Prof. Dr. Bert AERTGEERTS (Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine - CEBAM) en Prof. em. Dr. Edzard ERNST, hoogleraar complementaire geneeskunde aan de Universiteit van Exeter, UK, en autoriteit op het vlak van onderzoek naar alternatieve geneeswijzen en auteur van het boek ‘Bekocht of behandeld?’ zal minister ONKELINX nog een bijkomende – dit keer communautair geïnspireerde – reden hebben gegeven om obstinaat te volharden in haar ‘niet-conventionele’ boosheid. Alleen met het dossier van haar bijna acht jaar durende pesterij van de pediaters, door hen hun bijkomende bekwaming in de hematologie en oncologie te weigeren, kan ONKELINX haar eigen koppigheid evenaren.

In dezen parafraseert ondergetekende graag bij elke gelegenheid de uitspraak van CATO de Oudere (± 184 voor Christus): “*Ceterum censeo Carthaginem delendam esse.*” (Overigens ben ik van mening dat Carthago verwoest moet worden). Het woord Carthago dient dan ingeruild door de termen ‘de wet-COLLA’.

5. AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN 23.01.2013

5.1. Budgettair kader

De moeilijkheidsgraad om nog tot een akkoord tussen artsen en ziekenfondsen te komen voor de jaren 2013-2014 lag quasi onoverkomelijk hoog. Zelfs een diplomaat met jarenlange ervaring als Jo DE COCK kreeg de klus niet meer geklaard binnen de tijdslimiet, met andere woorden vóór kerstdag 2012. In feite legt de wet op de geneeskundige verzorging en uitkering de Commissie Artsen-Ziekenfondsen op een akkoord af te sluiten en aan het Verzekeringscomité voor te leggen vergezeld van een advies van de budgetcontrolecommissie vóór 30 november¹³⁰. Dat is de voorbije twintig jaar niet meer gelukt.

¹²⁸ Artikel 125. Wet van 08.04.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) (BS 29-03-2013).

¹²⁹ <http://www.vlaamsegezondheidszorg.com/blikvanger/symposium-evidence-based-medicine>

¹³⁰ Artikel 51 §1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994.

Verzet tegen het akkoord was mogelijk tot 30 dagen¹³¹ na publicatie ervan in het Belgisch Staatsblad¹³² of tot 13.03.2013. De wetgever had er ondertussen wel voor gezorgd dat de artsen die op 31.12.2012 geconventioneerd waren, verplicht werden de conventietarieven toe te passen en dit tot uiterlijk 31.03.2013, of tot wanneer er een nieuwe conventie van toepassing zou zijn¹³³. 45 dagen na publicatie bleek in geen enkel arrondissement het akkoord te zijn geweigerd en dus trad het akkoord in werking op 28.03.2013¹³⁴. Het was dus geen toeval dat de regering wachtte tot 30.03.2013 om tijdens haar begrotingsconclaf zware bijkomende besparingsmaatregelen in de sector van de medische honoraria (en ook van de ziekenhuizen) te treffen.

Nochtans bevatte het afgesloten akkoord van 23.01.2013 zelf al een reeks besparingen voor een bedrag van € 105 miljoen, die onder grote druk van de regering in het akkoord zelf waren ingeschreven: € 82,3 miljoen ten gevolge van de geraamde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling 2012 in de sectoren klinische biologie, medische beeldvorming, speciale verstrekkingen, heekunde, gynaecologie, forfaitaire bedragen en diversen; € 20 miljoen ten gevolge van de vooropgestelde volumevermindering inzake medische beeldvorming en € 2,7 miljoen ten gevolge van een beperking van de telematicapremie voor de huisartsen.

Die besparing voegt zich bij het rijtje besparingen ingeschreven in de vorige akkoorden:

- 2009-2010: € 14 miljoen
- 2011 : € 30 miljoen
- 2012 : € 150 miljoen
- 2013 : € 105 miljoen

Of een totale besparing van € 299 miljoen via de akkoorden van de voorbije vier jaar.

Daar komen de besparingen beslist door het kernkabinet van paaszaterdag 30.03.2013 nog bovenop¹³⁵. Op jaarbasis gaat het voor de artsen om een besparing van:

- € 32,684 op de forfaitaire honoraria klinische biologie per voorschrift voor ambulante patiënten
- € 16,049 miljoen door incorporatie van het EKG in de ligdagprijs (BFM)
- € 6,8 miljoen door cumulverbod forfaitair honorarium per opname via de spoedgevallendienst en het ambulante forfaitair honorarium klinische biologie¹³⁶
- € 5,9 miljoen door cumulverbod ambulante forfaitair honorarium en het consultance honorarium opname bij opname via de spoedgevallendienst
- € 1,1 miljoen door beperking tot 82 % van het forfaitair honorarium per opname klinische biologie bij heropname binnen de 10 dagen
- € 1,1 miljoen door beperking tot 82 % van het forfaitair honorarium medische beeldvorming per opname bij heropname binnen de 10 dagen
- € 10,0 miljoen via het wegwerken van het onterecht gebruik van de nieuwe reanimatienomenclatuur

¹³¹ Conform artikel 50§3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994, 2^{de} alinea.

¹³² Belgisch Staatsblad 11.02.2013, Ed. 2.

¹³³ Artikel 16 van de Programmawet van 27.12.2012: "Voor de geneesheren die niet geweigerd hebben toe te treden tot het artsen-ziekenfondsenakkoord van 21 december 2011 blijven de in het voornoemde akkoord vastgestelde honoraria van toepassing tot de inwerkingtreding van een nieuw artsen-ziekenfondsenakkoord of van een document zoals bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dit tot uiterlijk 31 maart 2013." (BS 31.12.2012).

¹³⁴ Conform artikel 50§3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994, 1^{ste} alinea.

¹³⁵ Notificatie begrotingscontrole maart 2013

¹³⁶ Nota CGV 2013/357 d.d. 15.10.2013

Of in totaal € 73,63 miljoen, bovenop de 105 miljoen die genegotieerd was. In dezelfde notificatienota maakt de regering haar beslissing bekend om een stappenplan uit te werken om de ziekenhuisfinanciering te baseren op een prospectieve pathologiefinanciering. Bij ons weten werd geen enkele artsorganisatie hierover om advies gevraagd.

Na unaniem protest van alle banken samen, de artsensyndicaten, de ziekenhuisbeheerders, de wetenschappelijke verenigingen, kortom iedereen unisono over alle delen van het land, werd de geëiste besparing op het EKG geschrapt. Maar de minister besliste dat de helft van het te besparen bedrag van € 16,049 miljoen, dus € 8,0 miljoen, toch door de cardiologen moest opgehoest worden. Vanop de mutualiteitsbank kwam het lineaire gemakkelijksvoorstel om eenzelfde vergoeding te voorzien voor de stressecardiografie, ongeacht de gebruikte techniek, en om een cumulverbod in te voeren tussen coronaire CT en coronarografie. De mutualiteiten lagen er niet wakker van dat de besparing op die manier deels wordt doorgeschoven naar de radiologen, die al miljoenen besparingen te verduren kregen. Over de besparingen in de medische beeldvorming en in de cardiologie maken niet alleen de betrokken specialisten zich grote zorgen, maar ook de ziekenhuisbeheerders.

De bijkomende besparing op de artsenhonoraria bedraagt dus uiteindelijk € 65,581 miljoen.

De bijkomende besparingen die ook de ziekenhuizen te verduren zullen krijgen vanaf 2014 voor een bedrag dat uit de gegevens van de Task Force geraamd wordt op € 66,1 miljoen¹³⁷, zullen hun repercussie hebben op de artsenhonoraria. Die worden alsmear meer aangesproken om de minderinkomsten van de ziekenhuizen te compenseren.

De vraag die alsmear luider klinkt, is: waar dient al dat onderhandelen met de mutualiteiten voor als de regering naderhand om het even welke andere besparing kan treffen, beslist met de natte vinger, terwijl de artsen die tot het akkoord zijn toetreden gevangen zitten in de bedingen van het akkoord?

Bovendien, waarom moeten de artsensyndicaten dat jennen door de mutualiteiten nog verder verdragen? Waarom gaan de artsensyndicaten niet meteen met de regering via de RIZIV-ambtenaren onderhandelen?

Waarom blijft de politiek aanvaarden dat de versnippering van onderling incompatibele administratie- en facturatiesystemen blijft bestaan? Er kunnen ongetwijfeld honderden miljoenen euro's bespaard worden op de € 1,070 miljard administratiekosten (cf. tabel 3, punt 5.5.) van de mutualiteiten als hun informatica zou geüniformeerd worden. Laat de verrekeningen over aan het RIZIV en slank de mutualiteiten af tot hun essentie: ledenverenigingen.

5.2. Het supplementengevecht met de CM

Sinds het sluiten van het akkoord 2013-2014 d.d. 23.01.2013 vergaderde de medico-mut in 2013 tienmaal: op 25 maart, 22 april, 3 juni, 8 juli, 8 en 28 oktober, 12 en 25 november, en 9 en 16 december. Naast de klassieke items als budgetbewaking en de inhoudelijke en budgettaire evaluatie van nomenclatuurvoorstellen afkomstig van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR), sprongen enkele dossiers in het oog in 2013.

De huisartsen kregen veel positieve aandacht met betrekking tot de huisartsenwachtposten, zorgtrajecten en de Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) en de medico-mut steunde unaniem een hele reeks nieuwe initiatieven.

¹³⁷ Ibidem.

De mutualiteiten zorgden in 2013 voor een aantal negatieve elementen, quasi systematisch op initiatief van de Christelijke Mutualiteiten.

Tot 13.03.2013 konden artsen zich deconventioneren. Al de volgende dag, 14.03.2013, zond Minister Laurette ONKELINX een brief ¹³⁸ aan Jo DE COCK, voorzitter van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen, met de vraag om uitvoering te geven aan artikel 152 §1 van de ziekenhuiswet¹³⁹. Dat betekent dat de minister binnen de maand een advies wenste van de medico-mut over een lijst met prestaties waarvoor aan patiënten behandeld in twee- of meerpersoonskamers in het dagziekenhuis geen supplementen mogen gevraagd worden. De laatste zin van die paragraaf is belangrijk: *“Dat advies wordt beschouwd te zijn gegeven indien het advies niet binnen die termijn is geformuleerd.”*

Het punt werd op 25 maart en 22 april uitvoerig besproken en de medico-mut was unaniem akkoord dat ze de aanbeveling die al in punt 4.6. van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 23.01.2013 stond over patiënten die in het oncologisch dagziekenhuis verblijven als advies zou overnemen. Die aanbeveling luidt: *“De NGCZ roept de niet verbonden artsen op om in twee- en meerpersoonskamers van het dagziekenhuis geen honoraria aan te rekenen bovenop de verbintenistarieven voor rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en chronisch zieken alsook voor alle rechthebbenden die een oncologische dagbehandeling volgen.”*

Toen voorzitter DE COCK dit standpunt van de medico-mut, na informeel antwoord aan de minister en na goedkeuring van de verslagen van de vergaderingen van 25 maart en 22 april 2013, ook formeel per brief aan de minister wou meedelen en als formaliteit zijn ontwerp van brief¹⁴⁰ ter goedkeuring aan de medico-mut voorlegde op zijn zitting van 03.06.2013, ging de heer Marc JUSTAERT plots niet meer akkoord. Alle artsen, zowel de leden van het Kartel als van de BVAS, waren bijzonder boos over deze openlijke woordbreuk van de CM-voorzitter. Voorzitter DE COCK sloot abrupt de vergadering.

Tijdens volgende vergaderingen wou CM-voorzitter JUSTAERT specifiek verbieden dat niet-geconventioneerde oftalmologen nog supplementen zouden kunnen vragen op twee- en meerpersoonskamers in het dagziekenhuis. De BVAS bleef weigeren en uiteindelijk zond voorzitter DE COCK een gemengd advies naar de minister. De lijst met *‘verstrekkingen omschreven door de Koning’* bestaat nog altijd niet en zal er de laatste paar maanden van de huidige legislatuur allicht ook niet meer komen.

In de medico-mut dierf CM voorzitter JUSTAERT de supplementen op de eenpersoonskamers nog niet aansnijden. Hij maakte het er al bont genoeg en bovendien staat dit punt niet in het lopende regeerakkoord. Maar zijn partijgenoten van de CD&V bereiden de toekomst al volop voor. De CD&V-volksvertegenwoordigers Nathalie MUYLLE en Nik VAN GOOL dienden alvast een wetsvoorstel in dat onder meer stipuleert dat 100 % de maximumgrens zou zijn voor de supplementen voor patiënten opgenomen in een eenpersoonskamer¹⁴¹. Mevrouw MUYLLE kondigde haar plan nogal vermetel aan in de medische pers, enkele feitelijke fouten inclusief, maar kon mijn reactie als BVAS-voorzitter niet waarderen. Het leverde me een boze brief op van CD&V-voorzitter Wouter BEKE, zoon van huisarts Paul BEKE, eminent lid van de Provinciale raad van de Orde van Geneesheren Limburg en tevens voorzitter van de raad van bestuur van Practimed Tessenderlo.

¹³⁸ Doc. NCGZ 2013/21

¹³⁹ Gecoördineerde wet van 10.07.2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Artikel 152 § 1, onderdeel: ‘Vaststelling van de honoraria’.

¹⁴⁰ Doc. NCGZ 2013/43 d.d. 29.05.2013

¹⁴¹ Voorstel tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de ereloonsupplementen betreft. Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, ingediend d.d. 29.05.2013 DOC 543 2843/001.

5.3. De mutualistische transparantie

Sinds 25 oktober 2013 is de Europese richtlijn grensoverschrijdende gezondheidszorg van kracht¹⁴². Deze richtlijn legt het wettelijk kader vast, zodat patiënten van een EU-lidstaat naar een andere lidstaat kunnen gaan voor geplande medische zorg. Nationale contactpunten moeten daar de nodige informatie voor geven. Voor sommige zorgen moet het ziekenfonds van het EU-land waar je verzekerd bent een voorafgaande toestemming geven.

De richtlijn is nog niet in Belgische wet omgezet, maar het ontwerp staat al vele maanden in de steigers en werd uitvoerig bediscussieerd in het RIZIV Verzekeringscomité en in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Het is evident dat de mutualiteiten de omzetting van deze EU-richtlijn naar Belgisch recht gekaapt hebben op de bevriende kabinetten in de Wetstraat om een juridische basis te creëren die hen zal toelaten informatie over de behandelende artsen, waar ze geen recht op hebben, bij hun leden los te weken.

De artsen willen wel degelijk transparant zijn t.o.v. hun patiënten en willen hen de door de EU vereiste documenten overhandigen, ook al is het een bijkomende administratieve belasting. Maar niet aan de mutualiteiten wanneer het vb. over verstrekkingen gaat die niet terugbetaald worden. Het verbieden van voorschotten, en, nog ergerlijker, het totaal verbod op het vragen van supplementen door patholoog-anatomen, genetici en klinisch biologen hebben niets vandoen met de EU-richtlijn 2011/24. Op fiscaal vlak moeten er nog belangrijke vragen beantwoord worden inzake de belastbaarheid van inkomsten verworven door artsenvennootschappen. Het kabinet-ONKELINX wil dit wetsontwerp wel nog door het parlement krijgen vooraleer de minister haar post van Sociale Zaken en Volksgezondheid verlaat.

Op 28.11.2013 zegde de BVAS het akkoord van 23.01.2013 ten bewarende titel op voor de tweede helft, met name voor het jaar 2014, tenzij er grondige aanpassingen aan het ontwerp van wet zouden worden aangebracht¹⁴³. De BVAS had een reeks tegenvoorstellen en commentaren uitgewerkt die ze met voorzitter Jo DE COCK en met sommige politici doornamen. Er werden een aantal belangrijke aanpassingen beloofd, zodat het uiteindelijk tijdens de vergadering van de medico-mut van 10.12.2013 niet tot een breuk kwam¹⁴⁴. Op 16.12.2013 werd de index van 1,39 % in de context van het lopende akkoord lineair toegekend aan alle medische verstrekkingen.

5.4. Een CM nep-enquête¹⁴⁵

Om het bewijs van de noodzaak van een transparantiewet aan te tonen, had de CM in de loop van 2013 een enquête bij haar leden uitgevoerd over de hoegroetheid van de honoraria die ambulante patiënten aan hun behandelende specialist hadden betaald. Sommige CM-leden vertelden ons dat ze tegen hun wil gedwongen werden bedragen te noemen, onder bedreiging dat ze anders hun terugbetaling niet zouden krijgen. In een live confrontatie op Radio 1 op 16.10.2013 beweerde CM-voorzitter Marc JUSTAERT dat dit onmogelijk was, maar in de praktijk is het tegendeel waar.

De aap kwam pas echt uit de mouw toen we de opmerking maakten dat de CM niet kon weten of in het bedrag dat de arts had gevraagd geen verstrekkingen zaten die niet

¹⁴² Richtlijn 2011/24/EU van het Europees parlement en de raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁴³ 'Les médecins de l'ABSyM menacent de déchirer l'accord Médicomut'. L'Echo, 29.11.2013.

¹⁴⁴ "BVAS haalt slag thuis". Artsenkrant 13.12.2013.

¹⁴⁵ Persbijlage. Tariefonderzoek: "Wat betaalt u bij de specialist?" CM. 16.10.2013.

terugbetaalbaar zijn en waarvoor er dus ook geen RIZIV-codenummer bestaat. Courante voorbeelden zijn de intra-articulaire infiltraties, die alleen nog voor inflammatoire aandoeningen worden terugbetaald als ze worden uitgevoerd door een reumatoloog. Als een andere collega, vb. een orthopedist, daar een eigen, niet-terugbetaalbaar honorarium voor aanreken, vb. het vroeger honorarium van € 12, dan stijgt het honorarium voor zijn 'consultatie' van € 24,6 naar € 36,6. De CM noemt dat in haar enquête een niet-toegelaten supplement. Als een gynaecoloog een jaarlijks cervixkankerscreeningonderzoek doet, terwijl het maar eens per drie jaar voor terugbetaling in aanmerking komt, en hij rekent daar het honorarium van € 7,00 voor aan, dan catalogeert de CM deze correcte handelswijze als een niet-toegelaten supplement. Men hoeft dan niet verbaasd te zijn dat vooral geconventioneerde gynaecologen met de vinger werden gewezen, terwijl ze correct hun honoraria aanrekenden¹⁴⁶.

Reactie van Marc JUSTAERT : een bewijs dat we alle gegevens nodig hebben als we correcte enquêtes willen organiseren, ook over niet terugbetaalbare prestaties, anders kunnen we onze leden niet volledig informeren.

5.5. De administratiekosten van de mutualiteiten

In ons jaarverslag over het jaar 2011¹⁴⁷ kondigden we een wet aan die, voor het eerst sinds ondergetekende de cijfertjes bijhoudt over de uitgaven in de gezondheidszorg en over de administratiekosten van de mutualiteiten, een daling zou teweegbrengen in de administratiekosten van de mutualiteiten. Die wet kwam er inderdaad¹⁴⁸ en het resultaat kan worden afgelezen in tabel 3.

De gemiddelde jaarlijkse groei van de artsenhonoraria in nominatieve waarde (dus zonder rekening te houden met de evolutie van de index) tussen 1986 en 2014 bedroeg 4,26 % (cf. tabel 3). De gemiddelde jaarlijkse groei van de administratiekosten van de ziekenfondsen over dezelfde periode bedroeg 3,18 %. De informatisering en automatisering van de administratieve taken is minder arbeidsintensief dan de bijkomende medische opvang van de patiënten die zich in de bevolkingsaan groei met ± 1.236.000 individuen bevinden in de voorbije 28 jaar. Het aantal artsen in dezelfde periode steeg van 31.608 tot 47.078 of een toename met 48,9 % of een gemiddelde jaarlijkse toename met 1,43 %.

Uitgaven administratiekosten alle mutualiteiten versus RIZIV-uitgaven artsenhonoraria (in miljoen €) (in nominale waarde)

Jaar	Administratiekosten V.I.*		RIZIV-uitgaven artsenhonoraria**	
	Bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar in %	Bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar in %
1986	445,628	0,00	2.426,70	0,00
1987	460,958	+1,17	2.644,40	+8,97
1988	460,958	+0,00	2.626,00	- 0,69
1989	475,956	+3,25	2.800,20	+6,63
1990	494,002	+3,79	2.944,60	+5,15
1991	511,900	+3,62	3.194,10	+8,48
1992	528,782	+3,30	3.379,00	+5,79
1993	554,513	+4,86	3.298,30	- 2,39
1994	571,023	+2,98	3.235,50	- 1,90
1995	585,574	+2,55	3.362,20	+3,92
1996	602,480	+2,89	3.685,10	+9,60
1997	624,593	+3,67	3.500,80	- 5,00

¹⁴⁶ "Vooral gynaecologen doen je te veel betalen". Het Laatste Nieuws, 17.10.2013.

¹⁴⁷ 'EU: to live and let die'. VBS-jaarverslag 2011, Dr. Marc Moens, 04.02.2012. Punt 4.2. De totstandkoming van het akkoord.

¹⁴⁸ Artikel 8 van de wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid (1), Ed. 3. (BS 17.02.2012).

1998	639,664	+2,42	3.722,00	+6,32
1999	647,572	+1,24	3.923,40	+5,41
2000	670,279	+3,51	4.128,80	+5,24
2001	696,878	+3,97	4.344,00	+5,21
2002	744,678	+6,86	4.291,50	- 1,21
2003	779,678	+4,70	4.623,60	+7,74
2004	816,479	+4,72	5.062,60	+9,49
2005	846,688	+3,70	5.292,30	+4,54
2006	878,015	+3,70	5.274,90	- 0,33
2007	910,940	+3,75	5.608,10	+6,32
2008	945,155	+3,76	6.135,90	+9,41
2009	989,236	+4,66	6.637,60	+8,18
2010	1.029,425	+4,06	6.665,92	+0,43
2011	1.052,421	+2,23	6.955,94	+4,35
2012	1.047,527	- 0,47	7.265,43	+4,45
2013	1.045,193	- 0,22	°7.581,70	+4,35
2014	1.070,390	+ 2,41	°°7.802,24	+ 2,91

Tabel 3

* Art. 39 Programmawet (I) 26.12.2013 (BS 31.12.2013) (jaren 2003 t.e.m. 2014) en vorige VBS-jaarverslagen

** RIZIV-jaarverslagen

° Nota ARGV 2013/084 d.d. 25.11.2013 (blz. 24) technische raming

°° Nota ARGV 2013/078 d.d. 15.10.2013 (blz. 6): begrotingsdoelstelling

Toename over periode 1986-2014:

- administratiekosten V.l.: +140,2 %
- artsenhonoraria: +221,5 %

Gemiddelde jaarlijkse cumulatieve stijging over periode 1986-2014:

- administratiekosten V.l.: +3,18 %
- artsenhonoraria: +4,26 %

Aantal inwoners België: 1986: 9.913.664 – 2014: ± 11.150.000 of +12,47 % of gemiddelde jaarlijkse cumulatieve toename met 0,42 %.

Aantal artsen: 1986: 31.608 – 01.01.2014: 47.078 of toename met 48,9 %, wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse cumulatieve stijging over periode 1986-2014 van 1,43 %.

Ondanks die inleveringen van de administratie, weliswaar beperkt tot respectievelijk -0,47 % in 2012 en -0,22 % in 2013, gebruiken sommige mutualiteiten de middelen die de gemeenschap van alle Belgische burgers samen hen via het parlement ter beschikking stelt toch liever om publicitaire campagnes te voeren voor ledenwerving of, zoals de Christelijke Mutualiteiten, om artsen in een kwalijk daglicht te stellen. Zij gaan er allicht van uit dat artsen bashen¹⁴⁹ bijkomende leden oplevert. Een overzicht van de ledentallen van de verschillende mutualiteiten leert nochtans dat de koploper in 'doktertjes pesten', de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten onder leiding van de alomtegenwoordige en allround deskundige voorzitter, Marc JUSTAERT, de voorbije 15 jaar zijn aandeel op de verzekeringsmarkt zag slinken van 44,77 % in juni 1998 tot 41,37 % in juni 2013 (cf. tabel 4).

Procentueel is dat een verlies van 7,6 % van de potentiële leden. Terwijl het totaal aantal verzekerde burgers toenam met 901.715 individuen, nam het aantal CM-leden slechts toe met 30.228. Die cijfers vindt men niet op de attractieve website van de CM: *"Hoe gaat het met u?"*. Je leest er wel dat voortaan ook 65-plussers een hospitalisatieverzekering kunnen afsluiten bij de CM. Dat zal allicht niet voor de CM-voorzitter bedoeld zijn. Die is al lid en hij bereikt pas in 2015 de leeftijd van 65.

¹⁴⁹ "Marc Moens: 'Dit was een jaartje dokters bashen'.". Knack, 27.11.2013.

Ledentallen CM op 30 juni, in absolute cijfers en in % van het totaal aantal verzekerden

	1998		2003		2008		2013	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Alg. regeling	3.979.312	44,27	3.999.397	43,29	3.986.572	42,21	4.031.618	41,29
Zelfstandigen	528.555	48,94	478.262	48,17	464.811	45,10	486.863	43,11
Andere	-	-	22.045	30,35	24.691	27,64	37.614	31,73
Totaal CM	4.507.867	44,77	4.499.704	43,67	4.476.074	42,37	4.538.095	41,37
Tot. verzekerden	10.067.992	100,00	10.304.038	100,00	10.563.498	100,00	10.969.707	100,00

Bron: RIZIV Nota ARGV 2005/91 van 21.11.2005 en Nota ARGV 2013/076 van 14.10.2013

Tabel 4

5.6. Deconventie: evolutie van de percentages

De tabel op de volgende pagina toont het verloop van het aantal artsen dat geweigerd heeft toe te treden toe de conventies van 13.12.1993 tot de lopende conventie van 23.01.2013. In globo stijgt het aantal weigeraars ten opzichte van het vorige akkoord van 21.12.2011 (voor het jaar 2012) met slechts 0,13 %: van 16,77 naar 16,90 % en ten opzichte van het gemiddelde percentage van de voorbije twintig jaar ligt dat van 23.01.2013 slechts 0,27 % lager.

De top-vijf van de disciplines die weigeren de conventie te onderschrijven, blijft ongewijzigd en blijft ongewijzigd hoog liggen. Tussen haakjes staat het gemiddelde deconventiepercentage van de voorbije 20 jaar: stomatologie 39,76 % (37,55), gynaecologie 51,25 % (45,14), oftalmologie 58,59 % (53,36), plastische chirurgie 61,89 % (61,59) en dermatologie 70,0 % (63,51). In 2013 ligt het gemiddelde weigeringspercentage onder de toppers op 56,3 %, het gemiddelde van diezelfde toppers over de voorbije twintig jaar ligt op 52,23 %, een significante toename dus.

Zoals de BVAS tijdens de onderhandelingen had voorspeld, heeft de aanmoedigingspremie van € 434 als de arts voor de volledige termijn van het akkoord geconventioneerd blijft en een bepaald volume aan RIZIV-prestaties haalt, geen enkel effect gehad, al zeker niet bij de groep artsen met hoge deconventiegraad¹⁵⁰. Die belangrijke som geld ware beter aan honoraria besteed geweest, maar om te tangoën moet men met twee zijn: Marc JUSTAERT enerzijds en al de anderen anderzijds. En vermits voorzitter JUSTAERT van het landelijk intermutualistisch college mordicus een bijkomend forfait wou, en de andere leden van de medico-mut een paar uurtjes slaap, werd dan maar ingestemd met zijn eis. Marc JUSTAERT zelf verstaat immers de edele kunst regelmatig uiltjes te vangen tijdens vergaderingen. Hij toont daarmee ongegeneerd zijn desinteresse voor de gesprekspartner en hoopt allicht zo wat slaap te recupereren.

¹⁵⁰ Punt 4.4 van het akkoord van 23.01.2013: Aanmoediging van volledige toetreding tot het akkoord

EVOLUTIE DECONVENTIEPERCENTAGES 1993-2013 PER DISCIPLINE

	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	13.12.1993	Gemiddelde	
1	Gen. Specialist in opleiding (GSO)	0,46	0,26	0,39	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,45
2	Acute en urgentiegeneskunde	2,46	2,53	2,74											2,58
3	Geriatric	2,54	2,75	2,56											2,62
4	Klinische biologie	3,35	2,87	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,34
5	Medische oncologie	4,46	4,48	3,11											4,02
6	Radiotherapie	5,69	5,56	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,63
7	Nucleaire geneeskunde	5,72	6,46	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,87
8	Inw. geneesk. + endocr.diabet.	6,10	5,64	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	7,63
9	Pathologische anatomie	7,06	6,82	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,63
10	Pneumologie	7,72	7,65	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,62
11	Andere specialiteiten	9,57	9,80	7,89											9,09
12	Neurologie	11,62	12,82	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	6,77
13	Pediatrie + ped. neurologie	12,00	11,00	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,49
14	Anesthesiologie	12,06	12,41	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,15
15	Algemeen geneeskundigen	12,13	12,11	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,04
16	Psychiatrie	12,17	11,78	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,71
17	Neuropsychiatrie	13,18	13,93	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,30
18	Gastro-enterologie	18,22	16,74	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	15,03
19	Heelkunde	20,51	22,02	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	18,54
20	Cardiologie	20,92	20,82	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,74
21	Reumatologie	22,31	26,05	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	20,70
22	Fysische gen. en Fysiotherapie	26,69	26,28	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	21,74
23	Neurochirurgie	28,85	26,37	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	23,65
24	O.R.L.	31,38	32,40	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	28,72
25	Urologie	31,59	33,01	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	27,72
26	Radiologie	32,77	34,73	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	24,44
27	Orthopedie	39,44	38,31	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	28,36
28	Stomatologie	39,76	40,73	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,55
29	Gynecologie-verloskunde	51,25	51,73	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	45,14
30	Oftalmologie	58,59	56,95	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	53,36
31	Plastische heelkunde	61,89	61,60	61,20	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,59
32	Dermatologie-venerologie	70,00	68,87	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	63,54
	Totaal specialisten + GSO	20,04	20,25	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,53
	ALGEMEEN TOTAAL	16,90	17,10	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,66

Bron: RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS: stand op 20.03.2013

5.7. De accreditering

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2013 - 21.01.2014

2014		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2014-2013
		21.01.2014	01.02.2013	21.01.2014	01.02.2013	21.01.2014	01.02.2013	
	Artsen 000 & 009	1.575	1.478	0	0	0	0,00	0
	Algemeen geneeskundigen 001-002	1.574	1.630	0	0	0	0,00	0
	Erkende huisartsen 003-004-007-008	14.375	14.296	10.189	9.970	70,88	69,74	+1,14
	Huisartsen in opleiding 005-006	779	782	0	0	0	0,00	0
	TOTAAL	18.303	18.186	10.189	9.970	55,67	54,82	+0,85
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	4.385	4.166	1	2	0,02	0,05	-0,03
1	Geriatricie	286	277	236	225	82,52	81,23	+1,29
2	Medische oncologie	229	221	186	182	81,22	82,35	-1,13
3	Pneumologie	526	518	423	413	80,42	79,73	+0,69
4	Gastro-enterologie	688	672	552	527	80,23	78,42	+1,81
5	Oftalmologie	1.135	1.115	900	882	79,30	79,10	-0,20
6	Neurologie	530	497	411	380	77,55	76,46	+1,09
7	Reumatologie	232	243	179	179	77,16	73,66	+3,50
8	Dermato-venerologie	759	753	578	560	76,15	74,37	+1,78
9	Fysische geneesk. en fysiotherapie	519	518	380	376	73,22	72,59	+0,63
10	Radiologie	1.685	1.668	1.227	1.204	72,82	72,18	+0,64
11	Pathologische anatomie	343	340	245	242	71,43	71,18	+0,25
12	O.R.L.	689	685	492	481	71,41	70,22	+1,19
13	Cardiologie	1.125	1.114	787	755	69,96	67,77	+2,19
14	Urologie	421	422	292	287	69,36	68,01	+1,35
15	Psychiatrie	1.937	1.906	1.298	1.246	67,01	65,37	+1,64
16	Radiotherapie	217	212	144	143	66,36	67,45	-1,09
17	Gynaecologie-verloskunde	1.530	1.528	995	964	65,03	63,09	+1,94
18	Pediatrie + kinderneurologie	1.710	1.678	1.095	1.055	64,04	62,87	+1,17
19	Nucleaire geneeskunde	332	332	212	210	63,86	63,25	+0,61
20	Anesthesie	2.075	2.046	1.278	1.213	61,59	59,29	+2,30
21	Acute geneeskunde en urgentiegen.	847	811	518	480	61,16	59,19	+1,97
22	Klinische biologie	648	657	394	390	60,80	59,36	+1,44
23	Apothekers-biologen	640	636	387	373	60,47	58,65	+1,82
24	Orthopedie	1.065	1.043	621	600	58,31	57,53	+0,78
25	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.555	1.550	887	841	57,04	54,26	+2,78
26	Neurochirurgie	215	207	104	100	48,37	48,31	+0,06
27	Chirurgie	1.537	1.534	729	712	47,43	46,41	+1,02
28	Stomatologie	336	338	143	138	42,56	40,83	+1,73
29	Plastische chirurgie	270	269	93	83	34,44	30,86	+3,58
30	Neuropsychiatrie	227	264	51	71	22,47	26,89	-4,42
31	Andere specialismen	82	97	16	18	19,51	18,56	+0,95
	TOTAAL SPECIALISTEN	24.390	24.151	15.853	15.329	65,00	63,48	+1,52
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	28.775	28.316	15.854	15.331	55,10	54,14	+0,96
	TOTAAL	47.078	46.502	26.043	25.302	55,32	54,41	+0,91

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 15.01.2014 en VBS-jaarverslag 02.02.2013

Tabel 5

De top-tien van de meest geaccrediteerde specialismen bleef ongewijzigd (cf. tabel 5), maar intern wisselen de medisch oncologen en de geriaters de koppositie. Het totale percentage geaccrediteerden (55,32 %) steeg met 0,91 % in vergelijking met het percentage van vorig jaar (54,41 %). Ten opzichte van het gemiddelde percentage van de voorbije 17 jaar (55,21 %¹⁵¹) is er dus nauwelijks verschil.

Uit deze jaarlijks terugkerende cijfers kunnen ook belangrijke evoluties van de verschillende disciplines worden afgeleid als we meerdere VBS-verslagen en jaren naast elkaar leggen. In tabel 6 wordt de evolutie tussen 1 februari 2000 en 1 februari 2014 weergegeven.

¹⁵¹ 'Een giftige mutualiteitspil'. VBS-jaarverslag 2012, Dr. Marc Moens. Punt 5.3. De accreditering. 02.02.2013.

De bijzondere toename van de neurologen en de psychiaters heeft ondergetekende al in vroegere rapporten uitgelegd: het is de wet van de communicerende vaten. De discipline van de neuropsychiaters kan sinds 1995 niet meer verworven worden. In vergelijking met het laatste jaar dat er nog neuropsychiaters op de markt kwamen (2000) zakte hun aantal met 83,3 %. Ze zijn vervangen door psychiaters (+373,59 %) en neurologen (+278,57 %).

We zien een quasi stilstand in de reumatologie: +1,64 %, een dramatische achteruitgang in de inwendige geneeskunde (-23,67 %) en een verontrustende afname bij de artsen klinisch biologen (-6,64 %).

Evolutie aantal actieve artsen 01.02.2000 - 21.01.2014

	01.02. 2014	01.02. 2012	01.02. 2009	01.02. 2006	01.02. 2003	01.02. 2000	% Δ 2000 - 2014 ¹⁵²
Artsen 000 & 009	1.575	736	832 ¹⁵³	-	-	-	-
Algemeen geneeskundigen 001-002	1.574	2.393	2.373 ¹⁵⁴	2.340	3.693	3.690	-42,66
Erkende huisartsen 003-004-007-008	14.375	14.223	14.144 ¹⁵⁵	15.138 ¹⁵⁶	13.783	13.255	+8,45
Huisartsen in opleiding 005-006	779	714	537	671	748	747	+4,28
TOTAAL	18.303	18.066	17.886	18.149	18.224	17.692	+3,45
Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	4.385	3.843	3.302	3.635	3.459	3.404	+28,82
1 Psychiatrie	1.937	1.841	1.727	1.569	595	409	+373,59
2 Neurologie	530	475	322	256	183	140	+278,57
3 Gastro-enterologie	688	652	565	482	405	345	+99,42
4 Pneumologie	526	491	434	392	318	268	+96,27
5 Neurochirurgie	215	202	193	170	146	124	+73,39
6 Plastische chirurgie	270	265	243	215	190	165	+63,63
7 Radiotherapie	217	216	196	170	151	136	+59,56
8 Cardiologie	1.125	1.089	1.027	901	822	725	+55,17
9 Anesthesie	2.075	2.011	2.054	1.848	1.639	1.436	+44,50
10 Pathologische anatomie	343	338	318	296	272	242	+41,74
11 Pediatrie + kinderneurologie	1.710	1.658	1.571	1.443	1.361	1.247	+37,13
12 Urologie	421	410	389	368	349	318	+32,39
13 Orthopedie	1.065	1.038	997	952	893	808	+31,81
14 Gynaecologie-verloskunde	1.530	1.510	1.463	1.350	1.287	1.198	+27,71
15 Dermato-venerologie	759	740	715	676	636	598	+26,92
16 Fysische geneesk. en fysiotherapie	519	505	496	472	434	410	+26,59
17 O.R.L.	689	684	649	612	578	548	+25,73
18 Oftalmologie	1.135	1.100	1.070	1.021	983	932	+21,78
19 Radiologie	1.685	1.651	1.620	1.523	1.456	1.386	+21,57
20 Stomatologie	336	329	312	302	305	294	+14,29
21 Nucleaire geneeskunde	332	327	319	319	312	291	+14,09
22 Chirurgie	1.537	1.519	1.578	1.513	1.443	1.376	+11,70
23 Reumatologie	232	238	251	255	252	229	+1,31
24 Klinische biologie	648	665	702	711	699	691	-6,64
25 Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.555	1.513	2.131	2.078	2.002	1.923	-23,67
Neuropsychiatrie	227	286	420	477	1.358	-	-
Acute geneeskunde en urgentiegen.	847	788	256	-	-	-	-
Geriatric	286	328	1	-	-	-	-
Medische oncologie	229	200	-	-	-	-	-
Apothekers-biologen	640	621	-	-	-	-	-
Andere specialismen	82	106	-	-	-	-	-
TOTAAL SPECIALISTEN	24.390	23.796	22.019	20.371	19.069	17.638	+38,28
TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	28.775	27.639	25.321	24.006	22.528	21.042	+36,75
TOTAAL	47.078	45.705	43.207	42.155	40.752	38.734	+21,54

Bron: RIZIV Accreditingsstuurgroep 15.01.2014 en VBS-jaarverslagen 05.02.2000, 08.02.2003, 04.02.2006, 07.02.2009 en 04.02.2012.

Tabel 6

¹⁵² Indien de som van de 000-001-002-009 wordt bekeken over de periode 2000-2014: - 14,66 %

¹⁵³ 007-009 (in 2009 en 2012)

¹⁵⁴ 000-002 (in 2009 en 2012)

¹⁵⁵ 003-004 (in 2009 en 2012)

¹⁵⁶ 003-004-007-009 (in 2006)

6. JURIDISCHE PROCEDURES

6.1 Vorderingen die ingeleid werden in 2013

6.1.1. Pensioenen¹⁵⁷

De moeilijke economische situatie en de beperkte beschikbare financiële middelen nopen de overheid om creatieve maatregelen te bedenken. De pensioenrechten die door de vrijeberoepers kunnen opgebouwd worden, volstaan niet om een waardige levensstandaard te behouden na het beëindigen van de professionele carrière. Ook voor de loontrekkenden zijn de opgebouwde pensioenrechten niet het nirwana. De vergrijzing van de bevolking en de preciaire situatie van de Belgische schatkist laten niet toe de pensioenen te herwaarderen.

Op basis van het regeerakkoord werd in het kader van de pensioenhervorming door vice-eerste minister en minister van Pensioenen, Alexander DE CROO, een regeling uitgewerkt die aan eenieder de theoretische mogelijkheid biedt om onbeperkt bij te verdienen na de pensionering, op voorwaarde dat de loopbaan minstens 42 jaren telt. Deze op het eerste zicht positieve maatregel is zowel volgens Roger BLANPAIN, prof. emeritus Arbeidsrecht, als Paul DE GRAUWE, prof. em. Economie, discriminerend ten opzichte van bepaalde beroepscategorieën en meer in het algemeen ten opzichte van iedereen die tot na zijn 23^{ste} op de schoolbanken heeft gezeten. Ook de Raad van State had een negatief advies uitgebracht omtrent deze bepaling. Die kritieken beletten de regering niet om de pensioenhervorming ongewijzigd te publiceren.

Minister Alexander DECROO, of een van zijn kabinetsmedewerkers, werd uitgenodigd om als gastspreker op te treden ter gelegenheid van het VBS-symposium "In het zicht van de professionele eindmeet", dat heeft plaatsgevonden op 25.05.2013. Het VBS werd vriendelijk bedankt voor de uitnodiging, maar Alexander DECROO wenste niet in te gaan op deze vraag.

Voor artsen is het behalen van een carrière van 42 jaar op de leeftijd van 65 jaar een mathematische onmogelijkheid, zelfs indien ze hun studie- en specialisatiejaren afgekocht zouden hebben. Deze afgekochte jaren komen wel in aanmerking voor het bepalen van de hoegrootheid van het pensioen, maar niet voor het bepalen van de duur van de carrière. Door hun sui generis statuut dragen de ASO's tijdens hun opleiding niet bij voor pensioenvorming en werkeloosheid. Nochtans hebben de ASO's wel degelijk gewerkt, hard gewerkt tijdens hun opleiding. Binnen het uitvoerend bestuur van het VBS gaan er dan ook stemmen op om er in de toekomst voor te ijveren dat ASO's een volwaardig statuut verwerven, zodat ze ook pensioenrechten opbouwen. Daar is natuurlijk een kostenplaatje aan verbonden. Onze partner ACERTA zal dit eerstdaags berekenen. In 2000 berekende de BVAS dat, als alle ziekenhuisartsen onder bediendenstatuut zouden werken, inclusief vaste uren en recuperatie bij wacht- en weekend diensten er een meerkost zou zijn van 80 %.

Deze politieke maatregel is behoorlijk absurd. De artsen verliezen hun wettelijk pensioen als ze zonder beperking hun praktijk verderzetten en beroepsinkomsten verwerven, terwijl diezelfde regering moord en brand schreeuwt omdat er bij de pensionering van de vele artsen uit de babyboomgeneratie binnen enkele jaren voor sommige disciplines een tekort dreigt. Veel artsen tussen de 65 en 70 jaar zijn perfect in staat om hun beroep nog een paar jaar te blijven uitoefenen en willen ook niets liever doen. Ziekenhuizen wijken vandaag regelmatig af van de leeftijdslimiet van 65 jaar die in hun algemene regelingen werd opgenomen in de vorige eeuw. In de universitaire ziekenhuizen worden de gesalarieerde

¹⁵⁷ KB van 6 juni 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 december 1967 houdende algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen (BS van 18.06.2013)

artsen op hun 65^{ste} verplicht het ziekenhuis te verlaten, terwijl er voor sommige diensten geen opvolging verzekerd is. Het risico op het verlies van het pensioen, in combinatie met de fiscale aanslag op de liquidatiebonus (cf. punt 6.1.2.) zal artsen niet alleen ontmoedigen om verder te blijven werken, maar zelfs om hun praktijk eerder te stoppen dan gepland.

Meester Michel VANDEN DORPE, advocaat aan de balie van Luik, werd door het VBS en de BVAS gelast om een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen tegen het KB van 6 juni 2013 en om het VBS in het kader van deze procedure te vertegenwoordigen.

De Belgische Staat, bij monde van zijn raadsman Meester Aube WIRTGEN, stelt in zijn memorie van antwoord dat het onbeperkt cumuleren van het wettelijk pensioen met beroepsinkomsten de uitzondering moet blijven. Door enkel het aspect leeftijd in aanmerking te nemen, zou de cumul de regel worden in plaats van de uitzondering. Door het aspect leeftijd te koppelen aan een loopbaan van 42 jaar wenst de overheid de financieel meest kwetsbare bevolkingsgroepen te bevoordelen rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden. Bovendien wordt geargumenteed dat de Belgen die na hun 18 jaar meer dan 4 jaar opleiding hebben genoten reeds genoten hebben van de vrijgevigheid van de overheid via de subsidiëring van het onderwijs. Is dit solidariteit of omgekeerde discriminatie?

6.1.2. De liquidatiebonus¹⁵⁸

De artsen worden niet alleen geviseerd door het nieuwe aanklappende beleid van het RIZIV, ook de fiscus heeft de artsen in het vizier. Sinds het begin van de jaren '90 oefenen veel artsen hun activiteit uit via een vennootschap. De voorbije jaren werden deze vennootschappen getroffen door allerlei fiscale maatregelen. Zo worden bijvoorbeeld de bedrijfswagens extra belast en werden de regels omtrent het vruchtgebruik grondig gewijzigd. Veel zelfstandigen, waaronder ook vele artsen, hebben een vennootschap opgericht met het oog op hun pensioen. In het begin van de jaren '90 was er immers geen belasting verschuldigd bij de vereffening van de vennootschap. Als nieuwe bron van belastinginkomsten besliste de regering, op voorstel van zijn minister van Financiën, Koen GEENS (CD&V), de taks op de liquidatiebonus op te trekken van 10¹⁵⁹ naar 25 % vanaf 01.10.2014.

Op voorstel van Meester Victor DAUGINET, fiscaal advocaat te Antwerpen, hebben het VBS, de BVAS, het NSZ¹⁶⁰ en enkele individuele artsen en andere zelfstandigen beslist om de vordering tot nietigverklaring van de maatregel ingeleid door meester DAUGINET bij het Grondwettelijk Hof te vervoegen. Meester DAUGINET heeft het verzoekschrift tot nietigverklaring hoofdzakelijk gebaseerd op het principe van een ontoelaatbare eigendomsonteigening.

Op 13 november 2013 organiseerde het VBS een informatiesessie¹⁶¹ omtrent de liquidatiebonus, waarbij de nodige aandacht werd besteed aan de overgangsmatregelen. De vergadering werd bijgewoond door een 70-tal deelnemers. Dhr. Ortwin BOONE, verantwoordelijke vrije beroepen bij de Bank J. Van Breda & C°, zette in detail uiteen hoe men eventueel nog kan ontsnappen aan de verhoogde aanslag van 25 %. Tot 31 december 2013 was het immers mogelijk de nodige stappen te zetten om de reserves te incorporeren in het kapitaal van de vennootschap en zo de taxatie alsnog te beperken tot 10 %. Het incorporeren van de reserves in het kapitaal vergt echter een notariële akte. Aangezien de notarissen overrompeld werden met vragen tot het verlijden van aktes tot incorporatie van de

¹⁵⁸ Programmawet van 28 juni 2013 (BS 1 juli 2013)

¹⁵⁹ Wet van 24 december 2002 tot wijziging van de vennootschapsregeling inzake inkomstenbelastingen en tot instelling van een systeem van voorafgaande beslissingen in fiscale zaken (BS 31.12.2002)

¹⁶⁰ Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen

¹⁶¹ 13.11.2013, De liquidatiebonus – Gosset Hotel, Groot-Bijgaarden.

reserves in het kapitaal, werd door de regering op de valreep beslist om de termijn waarbinnen deze formaliteiten moeten gerealiseerd worden te verlengen tot 31 maart 2014. Meester Samuel VANTHIENEN, medewerker van het kantoor van meester Victor DAUGINET, heeft omstandig het verzoekschrift toegelicht. Het debat achteraf werd geleid door medisch journalist Geert VERRIJKEN, hoofdredacteur van De Specialist, die in juni 2013 met groot succes een petitie startte tegen de verhoging van de taks op de liquidatiebonus.

Door het grote succes van de sessie op 13 november 2013 werd op initiatief van Dr. Th. PONTUS, uroloog, in samenwerking met het VBS een bijkomende sessie georganiseerd, deze keer alleen in het Frans, op 27 november 2013 in de Clinique Notre-Dame de Grâce te Gosselies (Charleroi).

In het speciaal nummer van december 2013 van het VBS-tijdschrift werd over deze problematiek een uitgebreid artikel opgenomen, dat aangeleverd werd door de nieuwe VBS-partners op boekhoudkundig en fiscaal vlak¹⁶².

In zijn zitting van 16 november 2013 heeft de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren beslist dat het, gezien de dringende situatie, niet nodig is dat de aanpassing aan de statuten, om de reserves te kunnen incorporeren in het kapitaal van de vennootschap, ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de respectieve Provinciale Raden.

6.1.3. Het weren van ‘orgaanoncologen’ uit de samenstelling van erkenningscommissies

De Hoge Raad en de erkenningscommissies zijn gekenmerkt door hun perfecte paritaire samenstelling. In beide organen zijn er exact evenveel vertegenwoordigers van het beroep als van de universiteiten. Deze paritaire samenstelling en het perfecte evenwicht tussen beide groepen is al decennialang het stokpaardje van Prof. Jacques GRUWEZ. Bij iedere gelegenheid verwijst hij met een vleugje heimwee en veel respect naar de inspanningen van de spirituele vader van de huidige erkenningscriteria, zijn illustere voorganger Prof. Dr. Albert baron LAQUET.

Het basisbesluit¹⁶³ dat de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen regelt, werd met een koninklijk besluit op een bizarre manier gewijzigd¹⁶⁴. De ontwerptekst van dit besluit circuleerde al geruime tijd en iedereen die enigszins vertrouwd is met de materie zag meteen dat het fout zat. Contact met de auteur, de heer Xavier VAN CAUTER, jurist op het kabinet-ONKELINX, en sinds jaren berucht bij de pediaters, gastro-enterologen, pneumologen en gynaecologen, die hij om onduidelijke redenen actief boycot om hun bijkomende bekwaming als oncoloog te verwerven (cf. punt 4.6.1.), bracht geen soelaas.

Het besluit heeft tot doel de samenstelling van de erkenningscommissie te regelen wanneer deze geroepen wordt om een advies te verlenen in het kader van de toekenning van een bijzondere beroepsbekwaming, zoals vb. ‘... en in de nefrologie, en in de endocrinodiabetologie, en in de neonatologie...’¹⁶⁵. Een ander KB¹⁶⁶ van dezelfde kabinetsjurist, Xavier VAN CAUTER, wijzigde in 2011 al grondig de manier waarop een erkenningscommissie moet samengesteld zijn om in dergelijke situatie rechtsgeldig te mogen vergaderen. De

¹⁶² AccountingTeam en Etugest

¹⁶³ KB van 21.04.1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 27.04.1983).

¹⁶⁴ KB van 24.10.2013 houdende wijziging van het KB van 21.04.1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 12.12.2013).

¹⁶⁵ Cf. artikel 2 van het KB van 25.11.1991 houdende de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheeskunde (BS 14.03.1992).

¹⁶⁶ KB van 28.06.2011 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen tot oprichting van erkenningscommissies voor de bijzondere beroepstitels voor- behouden aan de houders van een master in de geneeskunde of van de academische graad van arts die reeds houder zijn van een bijzondere beroepstitel (BS 02.02.2012).

aanwezigheidsquota die dat KB oplegde, waren compleet absurd, maar strikt juridisch werd het besluit correct uitgevaardigd. Toen de minister in 2012 de betrokken artsorganisaties en de faculteiten vroeg om kandidaten voor te dragen, wees het VBS hen erop dat ze dienden rekening te houden met deze nieuwe, complexe bepalingen. Zo geschiedde voor de erkenningscommissie inwendige geneeskunde, pediatrie en neurologie. Waarom de beroepsorganisaties en de faculteiten tot op heden nog niet door de minister werden uitgenodigd om kandidaten voor te dragen voor de erkenningscommissie pneumologie en gastro-enterologie om advies te geven omtrent de bijzondere beroepsbekwaming '...en in de oncologie' kan alleen maar verklaard worden door het efficiënte lobbywerk van de medische oncologen bij het kabinet-ONKELINX en het sinds jaren welwillend oncologisch oor van haar medewerker, de heer Xavier VAN CAUTER.

De omschrijving van de nieuwe samenstellingswijze in het KB van 24.10.2013 komt er op neer dat de perfect paritaire samenstelling van de erkenningscommissies wordt doorbroken. De formulering stelt dat de erkenningscommissie van het basisspecialisme moet uitgebreid worden met ten minste één lid aangesteld door de universiteiten en met één lid voorgedragen door het beroep. Het niet herhalen van de term 'ten minste' in de tweede helft van de zinsnede waar het over de beroepsverenigingen gaat, laat juridisch perfect toe dat de universiteiten twee of drie leden afvaardigen terwijl de beroepsverenigingen nooit meer dan één lid mogen aanduiden. Moedwil? Taalontkunde? Gewoon het zoveelste voorbeeld van slecht wetgevend werk? Allicht een combinatie van de drie voorgaande. Een andere nieuwigheid is dat een erkenningscommissie kan uitgebreid worden met een aantal leden (lees in deze context 'medisch oncologen') met een raadgevende stem. Wie zal uitgenodigd worden om kandidaten voor te dragen, hoeveel extra leden met een raadgevende stem zullen zetelen, is koffiedik kijken. Sommige medische oncologen zien het immers met lede ogen aan dat hun opzet, om de plak te zwaaien over alle specialismen die zich binnen hun vakgebied bezig houden met oncologie, in het water dreigt te vallen.

Het bestuurscomité van het VBS besliste op 16.01.2014 om een vordering tot nietigverklaring in te leiden tegen het KB van 24.10.2013. Het doorbreken van de pariteit in de samenstelling van de erkenningscommissie is voor het VBS onaanvaardbaar.

6.2. Uitspraken

6.2.1. Decreet meldingsplicht risicovolle medische praktijken¹⁶⁷

Op 19 december 2013 vernietigde het Grondwettelijk Hof¹⁶⁸ het Vlaams decreet m.b.t. de meldingsplicht van risicovolle medische praktijken volledig¹⁶⁹. In het jaarverslag over het jaar 2012¹⁷⁰ werd de voorgeschiedenis van dit decreet gedetailleerd beschreven. Het Grondwettelijk Hof volgde onze argumentatie en was van oordeel dat de Vlaamse Gemeenschap haar bevoegdheid had overschreden. We hadden dat ter gelegenheid van de hoorzitting in de Commissie Sociale Zaken van het Vlaams parlement op 22.05.2012 al aangetoond, maar al onze bezwaren werden toen weggehoord.

De Vlaamse decreetgever heeft met deze reglementering in essentie de risicovolle medische praktijken die buiten een erkend ziekenhuis worden verricht aan een systeem van kwaliteitscontrole willen onderwerpen. De Vlaamse regering riep daartoe instrumenten in het leven op grond waarvan ze kon vaststellen in welke mate bij het stellen van die medische handelingen kwaliteitsnormen moeten worden gehanteerd en op grond waarvan ze zulke kwaliteitsnormen kon opleggen.

¹⁶⁷ Decreet van 22 juni 2012 houdende de verplichte mededeling van risicovolle medische praktijken (BS 20 juli 2012).

¹⁶⁸ Grondwettelijk Hof 19.12.2013, arrest nr. 170/2013

¹⁶⁹ "Grondwettelijk Hof schrappt meldingsplicht risicovolle praktijken". Artsenkrant, 10.01.2014,

¹⁷⁰ 'Een giftige mutualiteitspil', VBS-jaarverslag 2011, 02.02.2012 punt 6.1.2. p. 50 e.v.

Omdat het decreet sommige medische handelingen wou controleren op hun kwaliteit en onderwerpen aan kwaliteitsvoorwaarden, was het Grondwettelijk Hof van mening dat dit decreet betrekking had op de uitoefening van de geneeskunde. De gemeenschappen zijn bevoegd voor het beleid in verband met zorgvoorzieningen, maar zij kunnen die bevoegdheid niet aanwenden om de uitoefening van de geneeskunde in die voorzieningen te reglementeren.

Ter gelegenheid van het structureel overleg met de artsenorganisaties op 17.12.2013 bij de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo VANDEURZEN, deelde de minister de aanwezigen, op vraag van Dr. Marc MOENS, mee dat er sinds de invoeging van het decreet d.d. 01.09.2012 slechts 15 meldingen werden genoteerd. Niet bepaald een succes. Zij die geen melding indienden, kregen gelijk, want twee dagen na ons bezoek bij minister Jo VANDEURZEN werd het decreet vernietigd door het Grondwettelijk Hof.

Vermeldenswaard is de primeur dat federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette ONKELINX, een gelijkaardig verzoekschrift had ingediend. Naar verluidt was haar kabinet bijzonder opgetogen over deze vernietiging. Sinds november 2011 is het kabinet-ONKELINX immers zelf bezig met een ontwerp van wet over de praktijkvoering, in de context van de EU-directieve over de grensoverschrijdende zorg uit 2011¹⁷¹. Bij een vergadering met de BVAS op 07.01.2014 zag het er niet naar uit dat deze wet nog tijdens de huidige legislatuur het Belgisch Staatsblad zou halen, hoewel de EU de lidstaten de verplichting had opgelegd om de directieve in de wet van elke lidstaat op te nemen tegen uiterlijk 25.10.2013.

7. BESLUIT

2013 was een merkwaardig jaar. De buitengewone drukte op alle fronten tegelijk was niet echt nieuw. De grote onzekerheid over hoe onze gezondheidszorg er bij de implementatie van de 6^{de} staathervorming zal uitzien was wel een nieuw element. Zowel bij de FOD Volksgezondheid als bij het RIZIV waren de vragen dienaangaande schier eindeloos, maar alleen hypothesen en voorlopige antwoorden waren ons deel.

Oude koeien kropen als klauwende leeuwen en kraaiende hanen uit de sloot als de numerus clausus eens te meer ter sprake kwam. KU Leuven-rector Rik TORFS steunt de Vlaamse decanen en ging zelfs zwaar de communautaire toer op: *“De minister (ONKELINX) vraagt nu – door electorale druk, beweren sommigen – aan Vlaanderen om dezelfde fouten te maken als Wallonië.”* tweette hij. En meer van dat¹⁷².

Federaal minister ONKELINX, de hete verkiezingsadem van de Franstalige socialistische achterban al vroeg in de nek, speelde het rechttoe rechtaan puur regionaal-communautair¹⁷³, gesticulerend als nooit te voren. Ik kreeg nog niet de gelegenheid om minister ONKELINX te confronteren met het antwoord van Marie-Dominique SIMONET toen ze minister van Hoger Onderwijs, Wetenschappelijk Onderzoek en Internationale Betrekkingen was in de PS/CDH-regering van de Franse Gemeenschap (2004-2009) op mijn vraag waarom de Universiteit van Luik, de enige Franstalige Belgische veeartsenijschool¹⁷⁴ een ingangsexamen voor kandidaat studenten veeartsenijkunde invoerde. Het antwoord was verhelderend: bij een overtal aan studenten is er een gebrek aan patiënten, zodat geen degelijke klinische

¹⁷¹ Directive 2011/24/EU of the European parliament and of the council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

¹⁷² “Torfs : Minister Onkelinx laat Vlamingen links liggen”. De Morgen, 18.01.2014.

¹⁷³ “Carte blanche. La pénurie des médecins ne peut pas hypothéquer l'avenir de nos soins de santé”. Le Soir, 22.01.2014.

¹⁷⁴ Aan Vlaamse zijde is er alleen een universitaire opleiding veeartsenijkunde aan de Universiteit Gent.

opleiding kan gegarandeerd worden. Voor de humane species zou dat dan niet van toepassing zijn, want als artsen, Vlaamse zowel als Franstalige, het kwaliteitsaspect van de opleiding aanhalen, worden ze door PS-ministers als ONKELINX steeds met de vinger van het corporatisme terechtgewezen.

Een element dat ook al zo oud is als de straat is het chronisch aanzwengelen van de anti-artsmentaliteit. Het toont zich soms in kleine dingen: als een patholoog-anatoom, wetsarts, tijdens de openbare zitting van een proces over een dubbele moord in de rechtbank vraagt wanneer hij zijn honorarium zal uitbetaald krijgen waar hij al vier jaar op wacht, dan titelt een kwaliteitskrant: "Artsen weer aan de klaagmuur"¹⁷⁵, terwijl een meer populaire krant begrip kan opbrengen voor de meer dan terechte klacht ten overstaan van de Federale Overheidsdienst Justitie¹⁷⁶. Respect voor artsen werd een oubollig overblijfsel uit de vorige eeuw.

Bij de viering van 50 jaar RIZIV d.d. 30.01.2014 spiegelde Yves LETERME, adjunct-secretaris-generaal van de OESO (Parijs), en Belgisch oud-eerste minister, het auditorium zijn 'brave new world' voor met geprivatiseerde verzekeringsinstellingen die individuele contracten afsluiten met (groepen van) gezondheidszorgverstrekkers zoals in Nederland. Een belangrijke groep deelnemers in de zaal zat ondertussen na te denken hoe België in de toekomst een gezondheidszorgsysteem kan organiseren en efficiënter maken zonder mutualiteiten.

Een aantal artsen, onder wie ondergetekende, was ontgoocheld die donderdag 30.01.2014. Zeker niet omwille van de vlekkeloze organisatie van de viering van de 50^{ste} verjaardag van het RIZIV, maar wel om de boodschap. Keren we terug naar 1963, toen een Belgische 'National Health Service' à la LEBURTON kon vermeden worden?

Niet onder druk van het relatieve gebrek aan financiën door de aanhoudende crisis die zich vandaag als een mokerslag laat voelen in de gezondheidssector, jaren later dan in de meeste andere sectoren. Nee, net als in 1963, louter om ideologische redenen. Het is een voorwendsel om de zware pathologie te centraliseren volgens de instructies van een minister. Die zal beslissen wie wat nog mag doen en voorschrijven, na voorafname door de universiteiten, die het niet gewend zijn onderling afspraken te maken.

Bij de 100^{ste} verjaardag van het RIZIV zullen er nog weinigen van de hier aanwezigen bij zijn, ondanks de wetenschap dat onze kleinkinderen die vandaag geboren worden een zeer reële kans maken om ouder dan 100 te worden.

De organisatie van de gezondheidszorg is en blijft een boeiende aangelegenheid, soms met wat spektakel, maar uitdagend. Meer dan ooit in 2014 en volgende jaren. Op vraag van een aantal collegae ben ik bereid om straks, bij de verkiezing van de nieuwe mandaten, mijn zevende mandaat van 4 jaar als secretaris-generaal op te nemen. Maar het moment is meer dan aangebroken om, zoals destijds in 1988, stilaan een opvolger te zoeken en te introduceren tegen 2018.

Dr. Marc Moens,
Secretaris-generaal.
08.02.2014

¹⁷⁵ "Artsen weer aan de klaagmuur". De Standaard, 31.01.2014.

¹⁷⁶ "Wetsarts in volle assisenzaal: 'Wanneer word ik betaald voor autopsie' van 2010?". Het Laatste Nieuws, 31.01.2014.