

VBS JAARVERSLAG 2018  
Dr. Jean-Luc DEMEERE  
Voorzitter

# **DE ONVOLTOOIDE SYMFONIE VAN MAGGIE**

Brussel  
02.02.2019



## Inhoudstafel

1.	Activiteitenverslag .....	7
1.1	Interne vergaderingen .....	7
1.2	Publicaties.....	8
1.3	De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia .....	9
1.3.1	Jaarlijks symposium van het VBS 03.02.2018 – ‘General Data Protection Regulation en uw medische activiteit’ .....	9
1.3.2	Me and My Hospital – 17.03.2018.....	11
1.3.3	Radioprotectie – 22.09.2018 .....	11
1.3.4	Teach the Teacher, symposium voor stagemeesters – 16.10.2018.....	12
1.3.5	De kwaliteit van de opleiding tot arts-specialist, t.g.v. uitreiking van de Prijs van de Specialist van het Jaar – 24.11.2018 .....	13
1.3.6	‘Anaesthesia: evolution with revolution – Ambulatory care’ Studiedag BSAR – 20.01.2018.....	15
1.3.7	Symposium Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen – 20.02.2018.....	16
1.3.8	Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Pathologische Anatomie – 26.05.2018 .....	17
1.3.9	Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de pneumologie – 12.06.2018.....	17
2	VBS-vertegenwoordiging .....	18
2.1	Binnenlandse vertegenwoordiging .....	18
2.1.1	Activiteiten van de Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten .....	18
2.1.1.1	Structureel overleg van het kabinet van Minister Jo VANDEURZEN met de artsenorganisaties...18	
2.1.1.2	De Vlaamse Planningscommissie .....	18
2.1.1.3	Voorstel tot wijziging van het besluit van 24.02.2017 van de Vlaamse regering betreffende de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen.....19	
2.1.1.4	MaNaMa van 120 naar 180 CP – opportuniteiten voor het VBS en de beroepsverenigingen .....	20
2.1.1.5	Het symposium van 04.05.2018 ‘Opleiding tot ziekenhuisarts - Gedeelde verantwoordelijkheid! Universitair en Niet- Universitair’- UGent .....	20
2.1.1.6	Het Voorzitterscollege .....	22
2.1.2	Activiteiten van de Association des Médecins Spécialistes Francophones .....	23
2.1.2.1	Procedure voor de erkenning van de artsen-specialisten en van huisartsen.....23	
2.1.2.2	Ingangsexamen (Franse gemeenschap) versus numerus fixus (Vlaanderen) .....	24
2.1.3	Mdeon .....	25
2.1.4	De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen.....	27

2.2	Buitenlandse vertegenwoordiging.....	30
2.2.1	UEMS .....	31
2.2.1.1	FEMS .....	36
2.2.1.2	CPME.....	36
3	Financiering .....	37
3.1	Het VBS en de studie over het relatieve gewicht van de nomenclatuur (Prof. M. PIRSON-Prof. LECLERCQ) <sup>7</sup> .....	37
3.2	MAHA-rapport 2018 .....	37
3.3	De laagvariabele zorg.....	39
3.3.1	De kinderartsen en de laagvariabele zorg.....	42
4	Politiek .....	44
4.1	De ziekenhuisnetwerken.....	44
4.2	Wetsontwerp betreffende de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.....	48
4.3	Centralisatie van pancreas- en slokdarmchirurgie.....	52
5	Akkoord artsen-ziekenfondsen .....	54
5.1	Akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019.....	54
5.2	Budget 2019 .....	57
5.3	Accreditering .....	58
5.4	Medische verkiezingen .....	60
6	Medische beeldvorming .....	63
6.1	Protocolakkoord Medische Beeldvorming: Houston, we have a touchdown ... or not? .....	63
6.2	EURATOM-richtlijn.....	64
6.3	BELMIP.....	65
7	Juridische procedures .....	66
7.1	Uitspraken – Afstand van geding .....	66
7.1.1	Klinische genetica .....	66
7.2	Vorderingen ingeleid door het VBS of door zijn beroepsverenigingen.....	67
7.2.1	Laagvariabele zorg .....	67
8	In vogelvlucht.....	68
8.1	BeCEP.....	68
9	Besluit .....	68





# 1. Activiteitenverslag

## 1.1 Interne vergaderingen

In 2018 kwam het uitvoerend bestuur van het VBS 13 maal bijeen<sup>1</sup>. De cadans van één vergadering per week op maandagnamiddag, zoals die meer dan 20 jaar werd aangehouden, heeft al sinds een aantal jaren plaatsgemaakt voor een lagere frequentie, met vergaderingen die worden geprogrammeerd op een dinsdag- of donderdagavond. Op die manier hebben de leden van het uitvoerend bestuur maximaal de mogelijkheid om aanwezig te zijn op de ruim op voorhand geplande bijeenkomsten. De vergaderingen vinden plaats in de lokalen van het VBS in de Kroonlaan 20 in Elsene. Er hoeft dus geen vergaderlokaal voor te worden gehuurd. Een parkeerplaats vinden in de buurt blijft wel een moeilijke opdracht.

Naast de in functie zijnde leden van het uitvoerend bestuur worden ook degenen die er ooit een functie in hebben uitgeoefend op de hoogte gehouden van de werkzaamheden en kunnen ze de vergaderingen bijwonen. Na de algemene vergadering van 03.02.2018 heeft Dr. Johan BOCKAERT, internist en lid van het uitvoerend bestuur van 2011 tot 2016 definitief afgehaakt. Prof. Jacques GRUWEZ blijft vanop afstand de werkzaamheden van het VBS heel alert volgen en aarzelt niet om zijn ongezouten standpunt mee te delen. Het zijn hoofdzakelijk de dossiers die betrekking hebben op de opleiding van de kandidaat-specialisten die zijn aandacht eisen. Iedere inbreuk op de pariteit tussen de universiteit en het beroep in de opleiding van de kandidaat-specialisten doet zijn bloeddruk nog steeds de hoogte in schieten.

Geregeld worden leden van het bestuurscomité uitgenodigd om de vergaderingen van het uitvoerend bestuur bij te wonen. Dr. Alin DEROM, klinisch bioloog, wordt steevast uitgenodigd wanneer een beroep moet gedaan worden op zijn IT-kennis.

Het bestuurscomité kwam 6 maal bijeen in 2018<sup>2</sup>. Jarenlang vonden deze vergaderingen plaats in het Autogrill Hotel op de parking langs de E40 in Groot-Bijgaarden. Wegens het sluiten 's nachts van verschillende parkings langs de E40 richting kust, het grote aantal vrachtwagens die hun toevlucht zochten op te parking in Groot-Bijgaarden en het toenemende onveiligheidsgevoel dat daardoor ontstond werd echter uitgeweken naar het Gosset Hotel, ook in Groot-Bijgaarden.

Traditioneel wordt de algemene vergadering van het VBS voorafgegaan door een symposium<sup>3</sup>. Sluitstuk van het symposium van 2018 was zoals steeds de voorstelling van het jaarverslag van Dr. Marc MOENS, waarnaar steeds met veel interesse werd naar uitgekeken, o.m. door de gespecialiseerde pers. Dit jaar was het evenwel een heel bijzondere editie. Na 28 jaar had Dr. Marc MOENS zich immers niet opnieuw kandidaat gesteld voor de functie van secretaris-generaal van het VBS. Het jaarverslag van 2017, voorgesteld op de algemene vergadering van 03.02.2018, zou dan ook het laatste zijn van zijn hand. Het was ondenkbaar om dit onopgemerkt voorbij te laten gaan. Om de verrassing voor het feestvarken compleet te maken, werden, op initiatief van Dr. Jean-Luc DEMEERE en met de bereidwillige medewerking van Artsenkrant interviews afgenomen van enkele kopstukken in de gezondheidszorg, onder wie minister Maggie DE BLOCK, Bert WINNEN, Jo DE COCK en Pedro FACON en Geert VERRIJCKEN van Artsenkrant zelf om hem te feliciteren met zijn 'pensioen' bij het VBS. Jean-Luc DEMEERE en Fanny VANDAMME werden geïnterviewd namens het VBS. Deze interviews werden geprojecteerd net na Dr. MOENS' laatste officiële publieke tussenkomst als secretaris-generaal van het VBS.

Tijdens de algemene vergadering van het VBS, die volgt op het jaarlijkse symposium werd een stripreeks van de hand van de VBS-medewerker Koen SCHRIJE op de achtergrond geprojecteerd. Vanuit locaties

---

<sup>1</sup> 08.01.2018, 25.01.2018, 12.03.2018, 10.04.2018, 23.04.2018, 08.05.2018, 12.06.2018, 28.06.2018, 03.09.2018, 17.09.2018, 23.10.2018, 22.11.2018 en 18.12.2018.

<sup>2</sup> 11.01.2018, 22.03.2018, 31.05.2018, 12.07.2018, 27.09.2018 en 15.11.2018.

<sup>3</sup> Cf. 1.2.1

van op het kabinet van Maggie DE BLOCK, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de BVAS en het VBS kreeg Dr. MOENS van bekende (voor)naamgenoten, zijnde Marc COUCKE, Marcus van F.C. De Kampioenen, Mark KNOPFLER<sup>4</sup>, Marc SLEEN en Mark ZUCKERBERG, suggesties om de vrijgekomen tijd nuttig en aangenaam in te vullen. Tijdens de lunch die aangeboden wordt aan de deelnemers van de algemene vergadering werden de verzamelde jaarverslagen sinds 1990<sup>5</sup> in een gepersonaliseerde koffer overhandigd aan de auteur ervan. Daarbovenop werd hem een bundel overhandigd met de felicitatiebrieven geschreven door alle beroepsverenigingen naar aanleiding van het einde van zijn mandaat als secretaris-generaal.

Het afsluiten van een tijdperk luidt het begin van een nieuw tijdperk in. Dr. Marc BROSENS, arts-specialist in de radiotherapie-oncologie, werd verkozen tot nieuwe secretaris-generaal van het VBS. Dit mandaat zou echter van korte duur zijn. Eén uur voor de vergadering van het bestuurscomité van 31 mei 2018 deelde Dr. Marc BROSENS aan Dr. Jean-Luc DEMEERE mee dat hij zich om persoonlijke professionele redenen verplicht zag om binnen korte tijd zijn ontslag als secretaris-generaal van het VBS officieel in te dienen. Om de gevolgen van dit nakende ontslag correct in te schatten, werd na spoedoverleg beslist het ontslag in beraad te houden. Na debat werd, om de medische verkiezingen niet te beïnvloeden, beslist om het ontslag van Dr. Marc BROSENS officieel mee te delen op de vergadering van het bestuurscomité van 12 juli 2018. De leden van het uitvoerend bestuur werden op de hoogte gebracht van dit ontslag tijdens hun vergadering van 28 juni 2018.

Statutair is bepaald dat bij ontslag van de secretaris-generaal de Nederlandstalige en Franstalige adjunct-secretarissen, respectievelijk Drs. Bart DEHAES, specialist in de nucleaire geneeskunde en Etienne MARBAIX, patholoog-anatoom, de taken van de secretaris-generaal waarnemen tot de volgende algemene vergadering. De taken van de secretaris-generaal waaronder ook de contacten met het RIZIV, de FOD, de ziekenfondsen en andere federaties werden zoveel als mogelijk verdeeld onder de leden van het uitvoerend bestuur. Bovendien kan het VBS rekenen op Dr. Marc MOENS, die in de coulissen nog steeds actief is binnen het VBS.

## 1.2 Publicaties

Het VBS-secretariaat verstuurd in 2018 49 nummers van de 'e-specialist' om de leden van de aangesloten beroepsverenigingen op de hoogte te houden van informatie die relevant is voor hun specialisme (nomenclatuur, symposia). De inhoud van deze mails wordt na verzending op de homepage van het VBS gezet.

Daarnaast werd ook een groot aantal mails verzonden naar de leden van de beroepsverenigingen die veeleer de interne werking van de beroepsvereniging betreffen, zoals bijvoorbeeld oproepen tot kandidaturen voor bestuursvernieuwing of dagordes van algemene vergaderingen. Deze mails komen achteraf niet op de website terecht. Een prettig bijverschijnsel van de verzending van dagordes e.d. per mail is dat de druk- en frankeerkosten voor de betrokken verenigingen een stuk lager liggen dan wanneer alles per gewone post moet verzonden worden. Door instellingen van servers of e-mailprogramma's gebeurt het dat mails van het VBS niet in de primaire inbox van de geadresseerde belanden. Dergelijke problemen zijn inherent aan communicatie via e-mail en vereisen een constante opvolging door het VBS-secretariaat. De verzending per e-mail heeft eveneens een positieve invloed op onze ecologische voetafdruk. In een tijd waarin duizenden spijbelende scholieren iedere donderdag in Brussel en andere grote steden manifesteren kunnen alle beetjes helpen.

Van het tijdschrift 'De Arts-Specialist' verschenen 7 reguliere nummers. Deze worden zowel per post als per e-mail verstuurd. Twee van deze nummers – de tijdschriften van maart en juni – werden naar aanleiding van de medische verkiezingen niet alleen naar de leden, maar naar alle artsen-specialisten

---

<sup>4</sup> Frontman van de legendarische groep Dire Straits.

<sup>5</sup> 'Het jaar nul van de geneeskunde zonder medici'.



die het VBS in zijn database heeft verzonden om hen te wijzen op het belang van de medische verkiezingen.

Het VBS houdt zich strikt aan de voorschriften i.v.m. gegevensbescherming en deed dat al lang voor de GDPR van kracht werd. E-mailcampagnes worden uitsluitend verstuurd naar leden die ons daar de toestemming voor hebben gegeven (dit gebeurt via de zogenaamde identificatiefiche en de toetredingsformulieren). Dat betekent dat er geen mailings worden verstuurd naar niet-leden.

Tot slot vermelden we nog het 56<sup>ste</sup> Jaarboek van de Artsen-Specialisten dat in de zomer naar de leden van de beroepsverenigingen werd verstuurd.

### 1.3 De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia

Een van de manieren om de artsen-specialisten op de hoogte te brengen van de hete hangijzers in de medische actualiteit is via de organisatie van symposia of informatiesessies. Het VBS en enkele van de aangesloten beroepsverenigingen organiseren jaarlijks een aantal evenementen, al dan niet ter gelegenheid van de algemene vergadering van de beroepsvereniging. Deze informatiesessies komen in aanmerking voor accreditering. Andere beroepsverenigingen zetten nog niet de stap om de schat aan informatie over de evolutie van hun specialisme die naar aanleiding van hun algemene vergadering verstrekt wordt te kaderen in een ‘mini symposium’. Nochtans is het voor de deelnemers twee vliegen in één klap. Ze blijven op de hoogte van het reilen en zeilen van hun beroepsvereniging en krijgen uit eerste hand een geactualiseerde kijk op de evolutie van hun specialisme.

Regelmatig wordt in de gespecialiseerde pers verslag uitgebracht van deze symposia. Het voorbije jaar werden in samenwerking met het VBS symposia georganiseerd door de beroepsverenigingen van anesthesisten, artsen intensieve zorg, pathologen-anatomen en longartsen.

#### 1.3.1 Jaarlijks symposium van het VBS 03.02.2018 – ‘General Data Protection Regulation en uw medische activiteit’

Het symposium over de GDPR, dat werd bijgewoond door 180 deelnemers, verschafte de toelichting die artsen verwachten i.v.m. het elektronisch medisch dossier en het beheer van privégegevens.

Sommige artsen zijn zich onvoldoende bewust van de gevoeligheid van medische informatie en de waarde van deze informatie. Deze waarde is van commerciële aard voor een bepaald crimineel circuit. In de VS gebeuren er bijna dagelijks cyberaanvallen tegen ziekenhuizen. Criminelen eisen dan losgeld om de gegevens terug te geven, of verkopen ze door.

Op 25.05.2018 trad een Europese regelgeving (verordening 2016/679) in werking, die werd omgezet in Belgisch recht. De voorzitter van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer<sup>6</sup>, Willem DEBEUCKELAERE, ziet de nieuwe wetgeving als een meccano-bouwdoos waarin meer dan 85 onderdelen (verordeningen, besluiten, wetten) zijn samengebracht in een omvangrijk document om al deze bepalingen te synthetiseren en te coördineren. Volgens hem zal er voor de ‘individuele’ arts weinig veranderen. De essentiële wijzigingen zitten in de bescherming van persoonsgegevens, de behandeling van deze gegevens en de beperkingen inzake archivering, gerechtvaardigd door het juridische of historische karakter van de gegevens, en bovenal in de uitwisseling van de gegevens die beveiligd moeten worden. Voor structuren zoals ziekenhuizen zijn de veranderingen ingrijpender. Een DPO, of ‘Data Protection Officer’, zal erover moeten waken dat de gegevens niet alleen worden beschermd tegen hacking, maar ook dat ze alleen worden gebruikt in door de patiënt geautoriseerde toepassingsgebieden en met de garantie dat de privacy wordt beschermd, zoals d.m.v. data-encryptie. Daarom mag de uitwisseling van informatie uitsluitend worden uitgevoerd via encryptie, zoals in e-health.

---

<sup>6</sup> Sinds 25.05.2018 omgevormd tot ‘Gegevensbeschermingsautoriteit’.

Advocaat Eric THIRY benadrukte tijdens zijn lezing dat niet alleen de veiligheidsverplichtingen op het vlak van hardware en software belangrijk zijn, maar ook het contract met de patiënt voor het gebruik van deze gegevens. De staatssecretaris bevoegd voor Privacy, Philippe DE BACKER, die in het Europees Parlement heeft deelgenomen aan de opstelling van de richtlijn, belichtte de noodzaak van de wetgeving en de complexiteit van gegevensuitwisseling in het licht van het privéleven van de burgers. Het staatssecretariaat wil in volledige transparantie werken. Men kan daarom terecht bij deze overheidsdienst om vragen te stellen, problemen toe te lichten en links te ontvangen die nuttig zijn voor de GDPR. Interessant is dat de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) de bezoeker informeert aan de hand van thematische dossiers en veel gestelde vragen (FAQ's), publicaties van de GBA over de 13 stappen die vereist zijn voor de implementering van de GDPR en publicaties van de werkgroep met de nadere richtlijnen<sup>7</sup>.

Vast staat dat een arts die privégegevens (van een patiënt) in zijn database heeft, moet zorgen voor een doeltreffende en correcte bescherming van deze gegevens, en de gegevens enkel gebruikt in overeenstemming met het gebruikscontract dat met de patiënt is gesloten. Hij kan deze gegevens slechts zo lang bewaren als nodig is om ze te gebruiken. Meester Eric THIRY wees op het advies van de Orde van Artsen dat gegevens 30 jaar moeten gearchiveerd worden. De archivering van het EMD (elektronisch medisch dossier) in het ziekenhuis valt onder de verantwoordelijkheid van de hoofddarts. In 2020 wordt het "patiëntendossier" een EMD in en buiten het ziekenhuis. Privépraktijken beschikken niet over een DPO, noch een hoofddarts, maar wel over één of meer artsen. Zij zijn dus rechtstreeks aansprakelijk. Om er zeker van te zijn dat men de Europese verordening correct naleeft, kan men een audit van de werking en de veiligheid van het IT-systeem van het artsenkabinet laten uitvoeren. We mogen de communicatie en uitwisseling van gegevens vanaf laptops of andere media niet vergeten. André VAN VARENBERG van Concordia, de verzekeringsmakelaar van het VBS, gaf een overzicht van de verzekerings- en bijstandspolissen voor de veiligheid van computerdata. Deze contracten voorzien ook in technische bijstand.

Wat te onthouden van deze interessante sessie:

1. We beschikken allemaal over gegevens m.b.t. particulieren.
2. Deze gegevens moeten worden beschermd en beveiligd.
3. Deze gegevens kunnen enkel gebruikt worden binnen de opdracht, het contract dat ons door de persoon (patiënt) werd toevertrouwd.
4. Deze gegevens mogen slechts zolang worden bewaard als nodig is voor deze opdracht.
5. Gegevens mogen alleen worden uitgewisseld met toestemming van de patiënt.
6. De uitwisseling van gegevens moet beveiligd gebeuren en mag alleen betrekking hebben op de opdracht die door de patiënt is gedefinieerd.
7. Elke onregelmatigheid, inbreuk of gegevensdiefstal moet worden gemeld aan de Gegevensbeschermingsautoriteit en aan de personen in de databank die het slachtoffer zijn van het kwade opzet.
8. Deze autoriteit heeft de functie van regulator en controleur, maar sanctioneert ook.
9. Iedere arts kan een audit van zijn informaticasysteem en -procedures vragen. Het ziekenhuis heeft een DPO. De arts is de beheerder van zijn database. In de ziekenhuizen is de aansprakelijkheid institutioneel, maar de arts heeft zijn eigen aansprakelijkheid voor het gebruik (en de uitwisseling) van deze gegevens.

---

<sup>7</sup> <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>

10. De verzekering biedt dekking voor schade zoals diefstal, hacking of kwaadwillig blokkeren. De dekking die Concordia voorstelt, biedt technische en juridische (en financiële) bijstand aan de verzekerde.

### 1.3.2 Me and My Hospital – 17.03.2018

Op 17 maart 2018 organiseerde 'De specialist' in samenwerking met het VBS en de Vlaamse vereniging voor Gezondheidsrecht voor de tweede keer op rij in Dolce La Hulpe een symposium onder de titel 'Me and My Hospital'. Dr. Marc BROSENS en Dr. Jean-Luc DEMEERE verzorgden respectievelijk de inleiding van de sessies 'Is er morgen nog een specialist in de zaal?' en 'Netwerkstress, leiderschap, visie'. Voor Dr. Marc BROSENS was het zijn vuurdoop als secretaris-generaal van het VBS.

### 1.3.3 Radioprotectie – 22.09.2018

Dit jaar organiseerde het VBS al voor de zevende maal in samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) een symposium 'Radioprotectie' voor radiologen en connexisten. We zijn ermee gestart in 2011 en met uitzondering van 2014 werd er sindsdien elk jaar een dergelijk symposium ingericht. Dit jaar verhuisde het evenement naar de Koninklijke Bibliotheek van België, waar op 22 september 256 artsen zorgden voor een volledig gevuld auditorium.

Zoals steeds werd een van de voordrachten verzorgd door het FANC. Dit jaar sprak Dr. Sc. Katrin VAN SLAMBROUCK over de omzetting van de Euratom-richtlijn<sup>89</sup> naar Belgische wetgeving en het daarmee gepaard gaande kwaliteitsmanagement. De daaropvolgende vragenronde verliep al dadelijk zeer geanimeerd met duidelijke bedenkingen vanuit de zaal over de haalbaarheid en noodzaak van alle verplichtingen van deze richtlijnen en bijscholingen, zowel voor wat de artsen als voor wat de verpleegkundigen en technologen betrof. Ook de voordrachten van Françoise MALCHAIR en Dr. Denis HENROTEAUX konden op een aandachtig gehoor rekenen. Een bijzondere dank aan TOON VAN CAUTEREN, PhD-student Vrije Universiteit Brussel in de dienst radiologie van Prof. Johan DEMEY, die na het onverwachts afhaken van een van de gastsprekers de resultaten van zijn onderzoek m.b.t. de invloed van contrastdosis op stralingsgeïnduceerde DNA-schade voorstelde.

Een klassiek pijnpunt bij de vorige symposia, de verplichting opgelegd door het FANC voor een dubbele aanwezigheidslijst, met handtekeningen voor aanvang en vervolgens na afloop van het symposium, leidde dit jaar tot veel minder frustraties waardoor er geen lange wachtrijen meer waren op het einde van het symposium.

Het aantal deelnemers was ongeveer gelijk aan dat van vorig jaar. Dit succes toont duidelijk aan dat artsen bij het VBS blijven aankloppen met hun vraag om dit soort navormingsactiviteiten te organiseren. Eens te meer roept het VBS de verschillende beroepsgroepen op om systematischer een FANC-accreditering aan te vragen voor symposia bestemd voor hun leden als deze symposia in aanmerking komen om te worden erkend "in radioprotectie".

Het huidige wetgevende kader, namelijk het KB van 12 juli 2001 houdende Algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende straling, vereist nog steeds dat er een specifieke opleiding radioprotectie gevolgd wordt door alle artsen en tandartsen die gebruikmaken van ioniserende straling in hun beroepsuitoefening. Bij de artsen zijn dit niet enkel de radiologen, radiotherapeuten en nuclearisten, maar ook de zogenaamde connexisten, dus alle andere disciplines die, hoe beperkt ook, ioniserende straling aanwenden. Deze verplichte opleiding is niet enkel vereist door het FANC, in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is er bij alle prestaties waarbij ioniserende straling gebruikt wordt, ook

---

<sup>8</sup> 2013/59 van 5 december 2013

<sup>9</sup> Zie ook 6.2, EURATOM-richtlijn

gespecificeerd dat deze verstrekkingen uitsluitend aan de ziekteverzekering kunnen aangerekend worden indien zowel de arts-verstrekker als de inrichting beschikken over de nodige FANC-erkenningen.

Dergelijke erkenningen voor artsen werden in het verleden voor onbepaalde duur toegekend, maar van in het begin (2001) was er in het Algemeen Reglement bepaald dat artsen ook een jaarlijkse bijscholing dienden te volgen, zonder dat deze nader gespecificeerd was: men moest enkel kunnen aantonen dat men in het verleden (de laatste 10 jaar gedurende 4 uur) een permanente vorming had gevolgd. In 2016 heeft het FANC echter zijn criteria hiervoor strikter gemaakt en is er hierover ook een uitgebreide informatiecampagne gevoerd.

Dit wil zeggen dat vergunningen slechts 10 jaar geldig zijn en enkel verlengd worden voor een nieuwe termijn van 10 jaar indien de betrokken radiologen en connexisten kunnen aantonen dat ze die volledige periode van 10 jaar gemiddeld 6 uur permante vorming per 3 jaar gevolgd hebben (dus zo'n 2 uur per jaar). Voor nuclearisten en radiotherapeuten liggen de vereisten hoger.

Omdat heel veel artsen niet over een dergelijke vergunning beschikten of de nodige bijscholingen onvoldoende konden bewijzen, veroorzaakte deze verscherping van de criteria de afgelopen jaren de nodige onrust. Het afgelopen jaar was er wat dat betreft minder commotie, maar het is niet overbodig om te benadrukken dat de naleving van deze criteria door het FANC strikt zullen nagegaan worden. Gezien de verregaande consequenties op het gebied van aanrekening van de nomenclatuur, dient hieraan dan ook de nodige aandacht besteed te worden. Het VBS tracht daar met de jaarlijkse bijscholingen radioprotectie voor radiologen en connexisten zijn steentje aan bij te dragen. In het vorige jaarverslag bespraken we de mogelijkheid om deze bijscholing eventueel te volgen via e-learningmodules, maar deze konden tot dusver nog niet praktisch uitgewerkt worden.

Op het einde van het symposium kon Dr. Bart DEHAES aankondigen dat het volgende VBS-symposium over radioprotectie zal doorgaan op 21 september 2019.

#### 1.3.4 Teach the Teacher, symposium voor stagemeesters – 16.10.2018

Op 16 oktober 2018 woonden meer dan 150 stagemeesters het symposium 'Teach the Teacher' bij. Dit symposium werd georganiseerd in het kader van het ministerieel besluit van 23 april 2014, waarin een verplichting is opgenomen voor stagemeesters om jaarlijks een vorming te volgen, met inbegrip van vorming in de evaluatie van kandidaten<sup>10</sup>.

Drie verschillende thema's kwamen aan bod: nieuwe tendensen in de opleiding van artsen-specialisten, feedback voor assistenten en 'HILL', wat staat voor 'high impact learning that lasts'. In de opleiding tot arts-specialist staat opleiding niet voor een doctoraatsopleiding, maar voor een opleiding om de nodige competenties, attitudes en vaardigheden te verwerven om een beroep te kunnen uitoefenen. Deze competenties moeten worden gedefinieerd in de criteria die specifiek zijn voor elk specialisme. Het betreft niet alleen intellectuele competenties of kennis. Door klinische activiteit verwerft men de noodzakelijke attitudes en vaardigheden. De rol van de stagemeester is dus cruciaal. Opleiding is niet het herhalen van wat de docent doet, maar de ontwikkeling van de specifieke talenten van elke specialist in opleiding tot specialist. De assistent is niet degene die op de stagedienst de taken moet uitvoeren die door de stagemeester verwaarloosd worden. Hij is de medewerker die zijn toekomstige vak leert. Veel assistenten klagen erover dat ze behandeld worden als goedkope arbeidskrachten die de dienst moeten doen draaien. De assistent is een arts die een specialisme leert en in zijn of haar opleiding wordt begeleid door een ervaren, erkende specialist. In deze visie is de stagemeester of zijn collega zowel de tutor als de mentor of coach. Hij leidt het onderricht en de opleiding, en begeleidt de assistent in de beleving van zijn toekomstige beroep. Het nieuwe opleidingstraject verloopt dus individueel om de nodige competenties te verwerven.

---

<sup>10</sup> Art. 23 van het ministerieel besluit van 13.09.2016 tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeesters en stagediensten.

Assessment consultant en actrice Cécile LEBURTON benadrukte het belang van feedback. De assistent verwacht van zijn supervisor niet alleen beoordelingen over zijn intellectuele verrichtingen, maar vooral over de manier waarop hij functioneert als arts-specialist. Laten we niet vergeten dat het artsen zijn. Ze moeten uiteraard nog veel kennis opdoen, maar de uitoefening van de specialistische geneeskunde is niet alleen een kwestie van kennis. Zeer interessant was de benadering van mevrouw LEBURTON om de deelnemers aan te sporen tot interactiviteit. Op haar openingsvraag over wie er met plezier naar deze sessie van Teach the Teacher was gekomen, kreeg ze een lauw antwoord van het publiek. Deze bijeenkomst is een door de wet ingevoerde verplichting. Vele stagemeesters ervaren deze sessies als een noodzakelijk kwaad. Naarmate haar betoog vorderde, begreep het publiek echter steeds beter dat de supervisor een verantwoordelijkheid heeft, maar niet de opleiding heeft om deze verantwoordelijkheid volledig en correct uit te oefenen. Communicatie en feedback worden essentiële elementen van de opleiding. Voor een correcte evaluatie zijn vooraf gedefinieerde criteria en een dialoog met de assistent vereist.

Hoe te leren en ervoor te zorgen dat de bekwaamheden verworven zijn, was het thema dat werd uiteengezet door Ann MARTIN, directeur studiegebied onderwijs aan de Odisee Hogeschool. Pedagogie is niet langer: doe wat ik doe. De nieuwe pedagogie bestaat erin de specifieke talenten van elk individu, elke arts, in te zetten om ervoor te zorgen dat hij of zij de kennis, de houding en de bekwaamheid verwerft om zijn of haar beroep uit te oefenen. De tutor kan deze opdracht niet alleen uitvoeren. Het begrip 'stagedienst' valt letterlijk te interpreteren. Elke arts-specialist die op een dienst meewerkt aan de opleiding van assistenten zal moeten bijdragen aan de assistentenopleiding en de boodschappen overbrengen die relevant zijn om leren mogelijk te maken. In onze informatiemaatschappij stappen we af van de focus op kennis, om te evolueren naar het 'high impact learning', dat knowhow creëert. Dit alles maakt deel uit van een proces van 'permanent leren', van permanente vorming. Leren leren, dus.

Voor sommigen waren deze boodschappen een beetje 'ongemakkelijk'. De assistenten moeten gewoon doen wat ze altijd gedaan hebben. Die zienswijze is helaas achterhaald. Aan het eind van deze infoavond gaf het grootste deel van het publiek, dat aan het begin van de sessie nog lauw had gereageerd, een positieve evaluatie aan deze opleiding. Teach the Teacher verdient zijn naam. Een succesvolle opleiding.

### 1.3.5 De kwaliteit van de opleiding tot arts-specialist, t.g.v. uitreiking van de Prijs van de Specialist van het Jaar – 24.11.2018

Net als vorig jaar sloot het VBS zich aan bij het initiatief van de Artsenkrant om een Specialist van het Jaar te bekronen. Een onafhankelijke vakjury<sup>11</sup> selecteerde uit 10 Nederlandstalige en 11 Franstalige kandidaten, voorgesteld door de beroepsverenigingen aangesloten bij het VBS, 5 genomineerden van beide taalgemeenschappen. Alle artsen hadden de mogelijkheid om deel te nemen aan de stemprocedure. Voor de tweede keer op rij werd de prijs aan Franstalige kant toegekend aan een anesthesist die alom als syndicalist bekend staat, Dr. Gilbert BEJJANI. En voor de tweede keer werd de prijs in Vlaanderen toegekend aan een arts die in Afrika een humanitair project leidt, Dr. Greta DEREYMAEKER<sup>12</sup>. Minister van Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK, ging in op onze uitnodiging om de prijs ter waarde van € 7.500 persoonlijk aan de twee winnaars uit te reiken.

Het VBS organiseerde het symposium over de kwaliteit van de opleiding van de arts-specialist naar aanleiding van de uitreiking van deze prijs.

De kwaliteit van de opleiding tot specialist is een complex onderwerp. Als we het over kwaliteit hebben, willen we graag definiëren wat kwaliteit is en vervolgens nagaan of de opleiding van artsen-specialisten

---

<sup>11</sup> Bedrijfsleiders Xavier BOUCKAERT (Roularta Media Group) en Melchior WATHELET (Xperthis), Pedro FACON (directeur-generaal Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid), Jo DE COCK (adjunct-directeur-generaal RIZIV), Prof. em. Alain DE WEVER (ULB), Prof. Renaat PELEMAN (hoofdarts UZ Gent) en Marc MOENS en Jean-Luc DEMEERE van het VBS.

<sup>12</sup> Dr. Greta DEREYMAEKER heeft de prijs volledig geschonken aan respectievelijk Keten van Hoop België, een vzw voor een project ter behandeling van klompvoeten in Katanga, en aan het Fonds voor Voet-Enkel Biomechanica.

deze definitie benadert. Zoals altijd zijn er, om de kwaliteit te kunnen beoordelen, kwaliteitsstandaarden nodig en die kwaliteitsstandaarden worden vastgesteld door de klanten. In dit geval zijn deze klanten de assistenten. De assistenten namen het woord. Dr. Frederik DEMAN (VASO) maakte een gemengde balans op van de opleiding van de assistenten. Om te beginnen stelde hij een reëel probleem vast in de opleiding. Assistenten worden beschouwd als hulpartsen die hoofdzakelijk ingeschakeld worden om administratieve taken te verrichten, wachtdiensten te verzekeren, uren te kloppen en verantwoordelijkheden op te nemen, hoewel zij nog in opleiding zijn en niet altijd de vereiste achtergrond hebben om de gevraagde verantwoordelijkheden op zich te nemen. Dit beeld wordt nog verder vertroebeld door de noodzaak voor de ASO's om in het ziekenhuis aanwezig te zijn zonder respect voor de wettelijke arbeidstijden, zonder respect voor het privéleven, en zonder respect voor de titel van arts. Ze vragen een reëel partnerschap in hun opleiding en de kans om echt deel te nemen aan hun opleiding. Er moeten evaluaties van stageplaatsen en stagediensten plaatsvinden waarbij de opleiding centraal staat. Deze samenwerking met de opleider is echter vaak afwezig of onbestaande. Er is geen sprake van partnerschap, maar van ondergeschiktheid van een assistent tegenover een meester, die alle macht in handen heeft.

Professor Marc DECRAMER sprak deze visie met klem tegen. Hij stelde de kwaliteitsinstrumenten voor die aan de KU Leuven werden geïmplementeerd om de kwaliteit van de stages, zowel academisch als buiten de universitaire ziekenhuizen, te evalueren. Verrassend was de bevinding dat assistenten zich iets beter begeleid voelden en meer leerden in niet-universitaire settings, behalve voor de puur theoretische aspecten. Dit onderwerp werd zeer snel, maar onder het voorwendsel van transparantie onder de mat geveegd. Het meest geschikte meetinstrument is een vragenlijst. Tal van assistenten hebben deze vragenlijst niet beantwoord wegens een gebrek aan interesse of tijd, of uit angst voor de gevolgen van een ongunstige of zelfs negatieve evaluatie. Het blijft echter verdienstelijk van de KU Leuven dat ze de opleiding die ze verstrekt aan artsen-specialisten tegen het licht houdt en voor transparantie zorgt door de resultaten in de verschillende opleidingscentra te publiceren.

Dr. Bert WINNEN, kabinetschef van minister DE BLOCK, gooide echt de knuppel in het hoenderhok. Hij had het over het Groen- en Witboek m.b.t. de opleiding van specialisten, waarin de nieuwe financieringswijze wordt beschreven. Deel B7 A of B, de 10 miljoen euro die door het RIZIV wordt overgemaakt aan de niet-universitaire stagemeeesters, zal, samen met een substantiële injectie van het gezondheidsbudget en de assistentiehonoraria, worden gebruikt voor de financiering van de vouchers om de onderwijsmissie van alle stagemeeesters te verzekeren. Dit betekent een aanzienlijk verlies aan financiering voor de academische ziekenhuizen. De kers op de taart echter is dat de voucher wordt betaald op voorwaarde dat de assistenten een gunstig verslag uitbrengen over stagemeeester en stagedienst. Anders geen voucher. Prof. DECRAMER maakte bezwaar tegen het feit dat de financiering zal afhangen van het positieve advies van de assistent. Hij verzette zich ook manifest tegen de bereidheid van de assistenten om deze financiering via vouchers te ondersteunen en af te dwingen.

Dr. Baudouin MANSVELT hekelde het voornemen om de praktijk van zeldzame heelkundige ingrepen te beperken door quota op te leggen van het aantal operaties. Hij toonde aan dat het quotum van 20 operaties aan de slokdarm of pancreas een willekeurig cijfer is zonder wetenschappelijke grondslag. De verplichting om deze prestaties enkel in universitaire centra of grote ziekenhuizen te verrichten zal een probleem vormen voor de opleiding van chirurgie-assistenten en, erger nog, voor het verwerven van de vereiste bekwaamheid om deze zeldzame casussen in noodgevallen chirurgisch te behandelen. Men kan alleen maar hopen dat niet alle pancreas- en slokdarmaandoeningen zullen worden voorbehouden voor deze elitecentra, waar heel wat assistenten de kans niet zullen krijgen om deze pathologieën onder de knie te krijgen door een gebrek aan stageplaatsen.

Dr. Jean-Luc DEMEERE sprak over de kwaliteit van de opleiding en het advies van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen. De tekst stelt functionele opleidingsnetwerken voor, waaronder een universiteit met een volledige masteropleiding geneeskunde, een overkoepelende opleidingscommissie per netwerk (universitair en interdisciplinair), een federale of geregionaliseerde opleidingscommissie per specialisme, en ten slotte een opleidingscommissie van het universitaire

netwerk. De coördinerende stagemester staat aan het hoofd van het opleidingsnetwerk, volgens specialisme. De titel van stagemester verantwoordelijk voor het stagetraject wordt gecreëerd, met inbegrip van de niet-universitaire stagemesters. Er moet een coach zijn voor de assistenten en tot slot een ombudspersoon. Op federaal of regionaal niveau zouden er per specialisme ook opleidingscommissies moeten worden opgericht om de opleidingscriteria te definiëren. De Hoge Raad centraliseert de informatie en de kwaliteits- en veiligheidsaudits. De assistent heeft een centrale rol aangezien hij de evaluatie van zijn opleiding, stageplaats en –dienst, en last but not least, stagemester maakt. Dit project is zeer lovenswaardig, maar er zit een adder onder het gras. Vandaag kiest de assistent zijn stageplaatsen en stelt hij zijn stageplan op. Dit stageplan is goedgekeurd door de erkenningscommissie en is niet gekoppeld aan een universitair opleidingsnetwerk. Momenteel wordt er geen melding gemaakt van functionele opleidingsnetwerken en nog minder van universitaire netwerken. Aan het einde van de opleiding vraagt de assistent zijn erkenning aan. De erkenningscommissie kijkt zijn dossier na en stelt op basis daarvan de erkenning voor aan de minister. In Vlaanderen is MaNaMa verplicht, tenzij kan worden aangetoond dat men een gelijkwaardige theoretische opleiding heeft gevolgd. In de Franse Gemeenschap is het door de coördinerende stagemester ondertekende certificaat van autonome praktijk vereist. Als we nu de verschillende puzzelstukjes in elkaar leggen, moeten we concluderen dat de opleiding in handen is van de universitaire opleidingsnetwerken. De coördinerende stagemester stelt in het netwerk een stageplan op, de MaNaMa wordt een essentiële voorwaarde om de erkenning aan te vragen, de autonome praktijk is in handen van de coördinerende stagemester. Met andere woorden, de erkenningscommissies worden overbodig, omdat zij de stageplannen goedkeuren en erkenningen verlenen in zoverre de coördinerende stagemester toelaat dat de assistent zijn dossier indient. De academische opleiding is een realiteit geworden. De pariteit tussen universitaire bank en beroepsbank wordt simpelweg genegeerd. De opleiding is in handen van de academici met de medeplichtigheid van de niet-universitaire stagemesters, die een ondergeschikte rol hebben in dit opleidingsnetwerk. Het beroep mag niet aanvaarden dat het onderhorig wordt gemaakt aan een academische opleiding. De rijkdom van een opleiding is het evenwicht tussen de universitaire opleiding en een echte opleiding tot het beroep in een niet-universitaire omgeving.

### 1.3.6 ‘Anaesthesia: evolution with revolution – Ambulatory care’ Studiedag BSAR – 20.01.2018

Op het jaarlijkse symposium van de BSAR-APSAR in Blue Point Brussels werd de follow-up ter harte genomen van de Staten-Generaal van 10 oktober 2017. De Staten-Generaal kende een heus succes en gaf uiting van het verzet van de anesthesisten tegen de invoering van forfaitaire honoraria ter financiering van de laagvariabele zorg. Dr. Stefaan CARLIER maakte de balans op van de verwezenlijkingen en liet zijn ongeduld blijken om de teksten van de minister al dan niet te mogen inkijken. Uit goede bron was vernomen dat het honorarium van de anesthesist "ingekapseld" zou worden in de forfaitaire honoraria. Er zouden forfaitaire honoraria komen met of zonder anesthesie, zoals bij bevallingen (met of zonder peridurale). Vernieuwend was de presentatie van Dr. Erika SLOCK, die samen met Dr. Dirk HIMPE de nieuwe visie op de rol van de BSAR presenteerde. Deze twee sprekers kweten zich uitstekend van hun taak om Dr. René HEYLEN te vervangen, die op het laatste moment om gezondheidsredenen had moeten afzeggen. Waar het syndicaat, als representatief orgaan van de artsen, aanwezig is bij het RIZIV, is de BSAR de spreekbuis van het beroep om onze praktijk en de financiering ervan te definiëren. Het idee is dan ook dat de BSAR de aanwezigheid van anesthesisten in de syndicaten moet ondersteunen door middel van gezamenlijke bijdragen, en duidelijk gestroomlijnde communicatie en acties vanuit beide organisaties.

In de naloop van de Staten-Generaal werd een vereniging van anesthesisten in opleiding, de BAT (Belgian Anesthesia Trainees) opgericht, die hen, op uitnodiging van de ESA, vertegenwoordigt in de Europese wetenschappelijke vereniging, maar die ook de jonge anesthesisten wil ondersteunen tijdens hun opleiding. Dr. Arnaud GAUDIN, voorzitter, lichtte de ambitie van de jonge anesthesisten toe.

Dhr. Paul D'OTREPPE, directeur van de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren, toonde aan dat hervormingen wenselijk en cruciaal zijn om de toekomst van de gezondheidszorg veilig te stellen. Hoewel iedereen het daarover eens is, zal het tijd kosten om deze hervormingen door te voeren. Politici beschermen nog steeds de lokale ziekenhuizen als bron van tewerkstelling en stemmen in hun kieskring. De situatie in Franstalig België is politiek delicaat en verschilt van die in Vlaanderen door de 'lasagne' (sic dixit): een laagje openbaar en een laagje katholiek. Advocaat Filip DEWALLENS gaf juridische antwoorden op vragen over de ziekenhuisnetwerken, de medische raad en de hoofdarts. Dr. Jacques DE TOEUF zette het zorgnetwerk en de huidige politieke situatie uiteen. Met deskundig commentaar kondigde hij aan dat de ziekenhuishervorming zou staan of vallen met de vergadering van de ministerraad van 03-02-18.

In de namiddag presenteerde Carine VAN DE VOORDE het KCE-rapport nr. 282: 'Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid' en toonde de achterstand van België aan. Een van de problemen is duidelijk de ongunstige financiering van de ambulante zorg en het verlies van verpleegdagen voor onze ziekenhuizen, die op basis van hun activiteit worden gefinancierd. En toch is het project haalbaar. Prof. Dr. Marc COPPENS (UGent) lichtte de technieken in anesthesie toe. Prof. Dr. Baki TOPAL, superspecialist van de poliklinische cholecystectomie, lichtte zijn praktijk toe. Dr. Arnaud BOSTEELS toonde aan dat heupvervangingen poliklinisch kunnen worden uitgevoerd op voorwaarde dat er zorgtrajecten worden gecreëerd, protocollen gedefinieerd, een kwaliteitsproces geïmplementeerd met evaluaties en correcties, en vooral op voorwaarde dat er een team wordt opgericht om dit project te realiseren. Hij besprak ook het concept van zorgtrajecten en financiering. Dit project vereist een andere organisatie van de operatiekamer, een fast track service concept, met vereenvoudigde en efficiënte patiëntentrajecten, zoals aangetoond door Olivier YKMAN.

De conclusie werd gebracht door Dr. Jean-Luc DEMEERE, die stelde dat de BSAR zich tot dusver steeds reactief had opgesteld m.b.t. de voorstellen van de minister. Veeleer dan zich te kanten tegen verandering, moet de beroepsgroep echter proactief zijn en met een blik op de toekomst veranderingen teweegbrengen om de patiëntenzorg te verbeteren, betaalbaar te maken en de bloeiende activiteit van de anesthesisten te ondersteunen. Een eerste stap is het opzetten van een alliantie tussen de BSAR, BVAR (wetenschappelijke vereniging) en BAAS (ambulante chirurgie). Samen moeten de verenigingen eisen van de minister dat ze de financiering van de 'poliklinische dag' aanpast. Er moeten richtlijnen voor goede medische praktijk worden opgesteld, en bovenal moeten er zorgtrajecten worden ontwikkeld, teams uitgebouwd, en moeten de anesthesisten, die continu aanwezig zijn in de operatiekamers, de teugels in handen nemen om het patiëntencircuit uit te stippelen en de kwaliteit van de zorg verbeteren.

### 1.3.7 Symposium Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen – 20.02.2018

De beroepsvereniging intensieve zorgen mocht op dinsdag 20 februari 2018 een 40-tal collega's intensivisten verwelkomen op haar jaarlijkse algemene vergadering in het Gosset Hotel in Groot-Bijgaarden. Op de info- en discussieavond die traditioneel aan de algemene vergadering gekoppeld wordt, stonden twee thema's centraal die een belangrijke impact hebben op de beroepsactiviteit van de intensivist.

Als eerste topic werd het Informed Consent op intensieve zorg toegelicht. Op de bijeenkomst in 2017 had een aantal experts vanuit de Orde der Artsen, het Beroepsfonds voor Medische Ongevallen en de juridische wereld hun visie en aanbevelingen gegeven. De beroepsvereniging heeft de aanbevelingen gesynthetiseerd en een model van informed consent opgesteld, dat dit jaar ter goedkeuring werd voorgelegd.

Als tweede topic werd de invloed van de laagvariabele zorg op de intensieve zorg geanalyseerd. De standaardbehandeling die in de laagvariabele zorg voorzien wordt, botst met de hoogvariabele zorg die



moet worden verstrekt binnen de functie intensieve zorg. De data die dienaangaande door het RIZIV ter beschikking worden gesteld, komen ook niet overeen met de realiteit. Bij het uitwerken van de laagvariabele zorg is duidelijk geen rekening gehouden met de eigenheid van een IZ-afdeling. De opmerkingen over dit initiatief van minister DE BLOCK en mogelijke actiepunten werden op de bijeenkomst besproken.

#### 1.3.8 Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Pathologische Anatomie – 26.05.2018

De beroepsvereniging Pathologische Anatomie organiseerde op zaterdag 26 mei 2018 in Groot-Bijgaarden een symposium rond “veiligheid en hygiëne in de medische laboratoria”. Ook dit jaar kon het symposium op een ruime belangstelling rekenen (ruim 100 inschrijvingen) van zowel patholoog-anatomen als kwaliteitsverantwoordelijken van over het hele land. Na een vrij theoretisch exposé over de ‘do’s and don’ts’ van de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming – GDPR) gaf Dr. Bart LELIE de aanwezigen inzicht in de Belgische reglementering m.b.t. de grenswaarden voor blootstelling aan formaldehyde in onze laboratoria, die strenger blijkt te zijn dan het advies van de Europese Wetenschappelijke Commissie<sup>13</sup>.

Naar goede gewoonte zal hoogstwaarschijnlijk ook in het voorjaar van 2019 – in samenwerking met de Commissie Pathologische Anatomie – een nieuwe opleidingsdag gepland worden. Onderwerpen die aan bod kunnen komen zijn de nieuwe nomenclatuur binnen artikel 32, primaire HPV-screening en de implicaties van de Europese Verordening 2017/746 (IVDR) op de praktijk... In deze bewogen dagen ontbreekt het in elk geval niet aan onderwerpen!

#### 1.3.9 Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de pneumologie – 12.06.2018

De Beroepsvereniging voor Belgische Longartsen (BBL) organiseerde op 12 juni 2018 haar statutaire algemene vergadering en aansluitend een wetenschappelijk symposium over de stand van zaken in de respiratoire revalidatie.

Tijdens de algemene vergadering werd druk overlegd over de somnologie of slaapgeneeskunde. Er wordt namelijk gepoogd om een aparte specialisatie ‘somnologie’ te laten erkennen. De pneumologen staan daar niet achter. Wel waren de aanwezigen akkoord om de discipline een statuut van ‘titel 4’ (attestatie) of hoogstens ‘titel 3’ (bijzondere beroepsbekwaamheid ‘somnologie’) te geven, waar de longarts toegang toe heeft. Dit kan de multidisciplinariteit bevorderen, maar houdt in dat men respect opbrengt voor elkaars bekwaming (vb. de pneumoloog is de specialist in therapie voor OSAS (obstructief slaapapneusyndroom) met CPAP).

Dr. Marc BROSENS, toenmalig secretaris-generaal van het VBS, was aanwezig.. Hij benadrukte het belang om zelf normen vast te leggen met kwaliteitscriteria. Hij zegde zijn steun toe in verschillende dossiers. Dit was het laatste officiële optreden van Dr. Marc BROSENS in zijn functie van secretaris-generaal..

Tijdens het wetenschappelijke deel maakte Prof. Eric DEROM (UZ Gent) een status op van de respiratoire revalidatie.

---

<sup>13</sup> <https://publications.europa.eu> > Publications Office of the EU > Publication detail > [SCOEL/REC/125 formaldehyde](#)

## 2 VBS-vertegenwoordiging

### 2.1 Binnenlandse vertegenwoordiging

#### 2.1.1 Activiteiten van de Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten<sup>14</sup>

##### 2.1.1.1 Structureel overleg van het kabinet van Minister Jo VANDEURZEN met de artsenorganisaties

Op 15 maart 2018 vond de structurele overlegvergadering plaats van het kabinet van Minister J. VANDEURZEN met de artsenorganisaties. Het VBS was vertegenwoordigd door Dr. Marc BROSENS en Mevr. Fanny VANDAMME. Dr. Marc MOENS die sinds enkele weken voordien niet langer officieel het dubbele petje VBS/VAS op had vertegenwoordigde er het VAS.

Tijdens deze vergadering werd o.m. de oprichting aangekondigd van de werkgroep subquota. Het bepalen van de subquota voor artsen en tandartsen is een bevoegdheid geworden van de gefedereerde entiteiten. Het vastleggen van het globale quotum is een federale bevoegdheid gebleven.

De werkgroep subquota heeft twee opdrachten. In een eerste instantie dient de werkgroep advies te verstrekken omtrent de wijziging van art. 92 van de WUG<sup>15</sup> ten einde deze aan te passen aan de Vlaamse context. Zij heeft eveneens tot taak om de suggesties te formuleren omtrent de oprichting en de taken van een Vlaamse Planningscommissie.

##### 2.1.1.2 De Vlaamse Planningscommissie

De werkgroep subquota is driemaal maal bijeengekomen op 25.04.2018, 20.09.2018 en 23.10.2018 om het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering over de Vlaamse Planningscommissie te bespreken.

De Vlaamse planningscommissies zal samengesteld zijn uit

- 4 artsen vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties (+ plaatsvervangers) waarvan minstens één huisarts en minstens één specialist.
- 4 artsen vertegenwoordigers van de universiteiten waarvan minstens één huisarts en minstens één specialist (+ plaatsvervangers)
- 2 ambtenaren

Tijdens de vergadering van 23 oktober 2018 werd door Dr. R. VAN GIEL, AADM-vertegenwoordiger, opnieuw fel uitgevaren tegen het ontbreken van wettelijke representativiteitscriteria voor de artsorganisaties binnen Vlaanderen en dus indirect tegen de aanwezigheid van het VBS.

De Vlaamse planningscommissie, mits het in acht nemen van een aantal basisprincipes, zal tot taak hebben binnen het federaal vastgelegde quotum de minimale en maximale quota voor de verschillende disciplines te bepalen. Het aantal ASO's dat in een bepaalde discipline wordt opgeleid moet bepaald worden op basis van de noden van de patiënten, en niet op basis van de noden van de universitaire en niet-universitaire stagediensten om de dienst draaiende te houden. De Vlaamse planningscommissie zal bij het vaststellen van de subquota zich eveneens laten inspireren door de cijfers van de Federale Planningscommissie. Het is immers niet productief en kostenefficiënt om het werk van de Federale Planningscommissie over te doen temeer dat de ambtenaren van de verschillende gemeenschappen bij de werkzaamheden van de Federale Planningscommissie aanwezig zijn

Door voor sommige disciplines bepaalde maxima op te leggen, hoopt men dat meer zal gekozen worden voor de disciplines met een nijpend tekort. Het opleggen van maximale quota voor sommige disciplines

---

<sup>14</sup> AVS – de Vlaamse vleugel van het VBS.

<sup>15</sup> Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

volstaat echter niet. De aantrekkingskracht van de disciplines met een tekort moet verbeterd worden, o.m. door een betere verloning van deze artsen wat echter een federale materie is. Bovendien is belangrijk dat de ASO's tijdig op de hoogte worden gehouden over de specialismen waar een tekort bestaat. Aangezien de arbeidsmarkt voor sommige disciplines, zoals gynaecologie, radiologie en radiotherapie, verzadigd is, zullen de andere specialismen misschien een grotere aantrekkingskracht krijgen. Er moet eveneens geprobeerd worden om de buitenlandse instroom te reguleren. Het wegvallen van het taalexamen en het examen over de kennis van het Belgische gezondheidszorgsysteem in het voorontwerp van wet betreffende de kwaliteitsvolle praktijken is daarom zeer betreurenswaardig. De MR van eerste minister Charles MICHEL en de N-VA geraakten daarover niet akkoord.

Ten einde de instroom in de geneeskunde te kanaliseren is men in Vlaanderen vanaf het academiejaar 2018-2019 geëvolueerd van een numerus clausus naar numerus fixus<sup>16</sup>. Er wordt nog slechts één ingangsexamen sessie georganiseerd. Er is een aparte proef voor artsen en tandartsen. Op 3 en 4 juli hebben 6.233 kandidaten deelgenomen aan de toelatingsproef: 5.165 voor arts en 1.068 voor tandarts. 1.154 kandidaten of 22,4 % zijn geslaagd in het ingangsexamen geneeskunde. Bij de kandidaten voor het ingangsexamen tandarts was 24,3 % van de 1.068 deelnemers geslaagd, wat neerkomt op 260 kandidaten. Bij de geslaagden waren ook enkele vijfdejaars secundair onderwijs die deelgenomen hadden aan het ingangsexamen bij wijze van test. De overige geslaagden konden wel meteen hun opleiding aanvatten.

#### 2.1.1.3 Voorstel tot wijziging van het besluit van 24.02.2017 van de Vlaamse regering betreffende de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen

In 2017 heeft het VBS een verzoekschrift tot nietigverklaring ingeleid bij de Raad van State tegen art. 3, art. 4, art. 14§1, lid 3, 4°, art. 18 en art. 22 van het hierboven vermelde besluit<sup>17</sup>.

Het voorstel tot wijziging van het besluit van 24.02.2017 komt in belangrijke mate tegemoet aan de bezwaren geformuleerd tegen de art. 3, 22 en 18. In art. 3 wordt uitdrukkelijk vermeld dat op de bank van het beroep en op de bank van de universiteit een gelijk aantal leden moeten worden benoemd. In het kader van art. 22 wordt expliciet voorzien dat van de kandidaat-specialisten die hun stage aangevat hebben onder de oude federale wetgeving geen ander attest kan gevraagd worden dan dat dat aantoonst dat zij gelijktijdig met de eerste twee jaren van de opleiding met vrucht een specifieke universitaire opleiding hebben gevolgd. In art. 18 van het besluit worden de woorden 'en de erkenningscriteria' geschrapt. De erkende arts dient dus enkel te blijven voldoen aan de voorwaarden voor het behoud van zijn erkenning. De huidige erkenningscriteria van veel specialismen zijn verouderd. De Hoge Raad van Artsen-specialisten en Huisartsen heeft de voorbije jaren reeds een advies uitgebracht voor de actualisering van de erkenningscriteria van 26 specialismen. Wanneer de reeds erkende artsen-specialisten niet voldeden aan de nieuwe criteria van hun specialisme dreigden zij hun erkenning te verliezen.

Het ontwerp van voorstel tot wijziging van de erkenningsprocedure van artsen-specialisten en huisartsen kadert in de globale herziening van de erkenningsprocedures van verschillende gezondheidszorgberoepen waaronder ook de paramedische beroepen, de beoefenaars van de verpleegkunde en de registratie als zorgkundige; de erkenning van ziekenhuisapotheker en betreffende de erkenning van beoefenaars van de tandheeskunde. Na contact met de Teamverantwoordelijke Zorgberoepen van het Agentschap Zorg en Gezondheid, Dhr. Danny. VANDEWALLE, kan bevestigd worden dat het ontwerp bijna de volledige wettelijke en reglementaire

---

<sup>16</sup> 8 DECEMBER 2017. - Decreet van 8 december 2017 houdende wijziging van het decreet van 30 april 2009 betreffende het secundair na secundair onderwijs en het hoger beroepsonderwijs en de Codex Hoger Onderwijs van 11 oktober 2013, wat betreft het hoger onderwijs (BS08.02.2018)

<sup>17</sup> Cf. Jaarverslag 2017, Onaffe Werven p. 68, punt 6.2.2.

procedure heeft doorlopen. Gehoopt wordt dat het besluit nog voor de verkiezingen van 26 mei 2019 kan worden gepubliceerd.

Het VBS heeft het engagement genomen om de vordering tot nietigverklaring ingediend bij de Raad van State tegen dit besluit in te trekken zodra het voorgestelde wijzigingsbesluit gepubliceerd wordt in het Belgisch Staatsblad.

#### 2.1.1.4 MaNaMa van 120 naar 180 CP – opportuniteiten voor het VBS en de beroepsverenigingen

Ingevolge art. IV54 van het Decreet van de Vlaamse overheid van 19.06.2015 betreffende het onderwijs XXV<sup>18</sup> werd aan artikel II.160 van de codex voor hoger onderwijs volgende paragraaf toegevoegd: “§ 8. *De studieomvang van de master in de huisartsgeneeskunde en van de master in de specialistische geneeskunde wordt uitgebreid tot 180 studiepunten. Deze uitgebreide studieomvang geldt voor alle studenten die zich voor de eerste keer inschrijven in deze masteropleidingen vanaf het academiejaar 2018-2019 na het voltooien van een masteropleiding in de geneeskunde met een studieomvang van 180 studiepunten.*”

De minister van Onderwijs is daarbij vlotjes voorbijgegaan aan het geven dat de opleiding tot arts-specialist een beroepsopleiding is i.p.v. onderwijs. Deze 180 studiepunten worden verdeeld over de volledige opleiding. Iedere universiteit kan hieraan een eigen invulling geven. Eén studiepunt komt overeen met ten minste 25 en ten hoogste 30 uren onderwijs, leer- en examenactiviteiten. De universiteiten ontvangen geen extra financiële middelen om deze bijkomende onderwijsopdracht uit te voeren.

Er moet benadrukt worden dat in Vlaanderen het behalen van het MaNaMa-diploma geen erkenningsvoorwaarde is. De ASO beschikt over de theoretische mogelijkheid aan te tonen met alle mogelijke middelen dat hij een gelijkwaardige opleiding heeft gevolgd. Belangrijk voor de ASO is evenwel dat hij op het einde van zijn opleiding een attest kan voorleggen dat hij bekwaam is om op autonome wijze zijn specialisme uit te oefenen.

Op 12 februari 2018 vond in de Faculty Club te Leuven een ontmoeting plaats met een delegatie van de KUL om te onderzoeken in welke mate met het VBS een samenwerking kon worden uitgebouwd om deze bijkomende studiepunten nuttig in te vullen. Waren aanwezig voor de KUL: Prof. Dr. Paul HERIJGERS, decaan KUL, Dr. Chris VERSLYPE, vicedecaan, en Dr. Martin HIELE, directeur van de MaNaMa. Waren aanwezig voor het VBS: Drs. Marc MOENS, Jean-Luc DEMEERE, Marc BROSENS en Mevr. Fanny VANDAMME.

Ter gelegenheid van het structureel overleg met de artsenorganisaties op het kabinet van Minister Jo VANDEURZEN werd door de U.A. via Dr. Marc BROSENS eveneens de eerste contacten gelegd. Tot op heden heeft geen enkele van deze contacten geleid tot een formele samenwerking. De activiteiten, (mini) symposia en informatiesessies georganiseerd door het VBS en zijn beroepsverenigingen zouden kunnen worden opgenomen in de keuzekorf van de ASO's. Het is belangrijk dat iedere beroepsvereniging nadenkt over de manier waarop zij dit actief kan organiseren.

#### 2.1.1.5 Het symposium van 04.05.2018 ‘Opleiding tot ziekenhuisarts- Gedeelde verantwoordelijkheid! Universitair en Niet- Universitair’- UGent

Op 04.05.2018 organiseerde de UGent naar aanleiding van de pensionering van Prof. Dr. Martine DEVOS het symposium ‘Opleiding tot ziekenhuisarts – gedeelde verantwoordelijkheid – Universitair-Niet-Universitair’. Dr. Marc BROSENS, toenmalig secretaris-generaal, en Dr. J. DE NEVE, ondervoorzitter van

---

<sup>18</sup> BS 21.08.2015

het VBS en voorzitter van het AVS, traden op als gastsprekers. Dr. Jan DE NEVE is eveneens stemgerechtigd lid van de opleidingscommissie Master Specialistische Geneeskunde van de UGent.

Prof. Dr. Martine DEVOS beschouwde dit symposium als een soort bekroning. Vijftien jaar geleden zou een dergelijk symposium met zowel universitaire als niet-universitaire sprekers ondenkbaar geweest zijn.

Prof. Dr. Gerda CROISET, decaan onderwijs en opleiding van de Rijksuniversiteit Groningen, zette het Nederlandse opleidingssysteem uiteen. Het Nederlandse systeem verschilt fundamenteel van het Belgische. Vooraleer de arts in Nederland zijn opleiding kan aanvatten, is men eerst twee jaar Agnio, t.t.z. assistent-geneeskundige niet in opleiding. Uit besparingsoverwegingen worden echter sommige stages/opleidingen die werden gevolgd op het moment dat men nog Agnio was toch meegerekend voor het verkrijgen van de erkenning. Vandaar het belang voor de Agnio's om deze opleidingen en stages te volgen in erkende stagediensten.

Dr. Bruno VANDEKERCKHOVE<sup>19</sup> sprak zich uitdrukkelijk uit voor grote niet-universitaire stagediensten. De diensten van sommige grote ziekenhuizen zijn groter dan de diensten van sommige universitaire ziekenhuizen.

Op een interactieve manier via een voting systeem konden de aanwezigen "samen op zoek gaan naar kwaliteit" met als onderwerpen: stageplaats, stagemeester, opting out. De coördinatie werd geleid door Prof. Dr. Philippe GEVAERT, voorzitter opleidingscommissie geneeskunde en Dr. Jan DE NEVE.

Op het einde van het congres gaf de Decaan Prof. Dr. Paul HOEBEKE als duidelijk statement aan om niet meer spreken over "perifere" stagemeesters maar wel degelijk over "niet-universitaire" stagemeesters, dit als uiting van respect voor de geleverde kwaliteit en inzet vanwege de niet-universitaire stagemeesters.

Ook werd er een "testament" vanwege Prof. Dr. Martine DEVOS en Dr. Bruno VANDEKERCKHOVE gemaakt om dit door te geven aan de volgende "generatie":

Kwaliteitsvolle opleiding ASO vraagt:

1. Kwaliteitsvolle stageplaatsen ( universitair en niet-universitair ) die
  - a. Een ruim aanbod aan pathologie of specifieke opleiding bieden
  - b. Borg staan voor een veilige leeromgeving
  - c. Opleidingscultuur nastreven
  - d. Openstaan voor evaluatie en remediëring
  - e. Beschikken over een aangepaste kwaliteitsvolle bestaffing
2. Kwaliteitsvolle stagemeesters ( universitair en niet-universitair ) die
  - a. Klinisch werkzaam zijn binnen de discipline
  - b. Beschikken over didactische en organisatorische vaardigheden
  - c. Zich engageren binnen hun dienst een opleidingscultuur te bevorderen door tijd en ruimte te creëren voor de opleiding van de ASO
  - d. Zich engageren de vereisten van MSG (master in de specialistische geneeskunde) op te volgen en te faciliteren
  - e. Op geregelde tijdstippen ( minstens eenmaal per jaar ) overleggen met alle stagemeesters van de discipline om de opleiding te uniformiseren, bij te sturen waar nodig en aldus te optimaliseren
  - f. Gehonoreerd worden binnen de faculteit voor de geleverde inspanning en aldus hun affiliatie officialiseren
3. Kwaliteitsvolle opleiding binnen het functioneel opleidingsnetwerk

---

<sup>19</sup> Niet universitair stagemeester orthopedie – AZ St. Jan Brugge

- a. Met voor elke ASO een goede verdeling in stageperiodes op universitaire en-niet universitaire stageplaatsen
  - b. Met duidelijke afspraken over de verwachte invulling van elke stageperiode ( zowel qua pathologie als qua werkvorm )
  - c. Met engagement van alle partners om de vooropgestelde leerdoelen en leermiddelen van MSG te respecteren
  - d. Met plaats en aandacht voor de individuele progressie en het psychosociaal welzijn door
    - i. Nodige tijd vrij te maken voor teaching
    - ii. Doeltreffende feedback te verzorgen in een veilige leeromgeving
    - iii. Concrete aangepaste doelstellingen te formuleren die ASO helpen de vooropgestelde competenties te bereiken
4. Toezicht op de kwaliteit van de opleiding door:
- a. Organisatie van peerleerbezoeken binnen discipline
  - b. Organisatie van gerichte audit binnen het functioneel opleidingsnetwerk

Prof. Dr. Paul HOEBEKE, decaan, stelde voor dat er een ontmoeting zou plaatsvinden tussen een delegatie van het VBS en de UGent, om na te gaan in welke mate kan samengewerkt worden in het kader van de opleiding van de ASO's. Een samenwerking met de universiteit moet leiden tot een betere zichtbaarheid van het VBS bij de jongere collega's.

#### 2.1.1.6 Het Voorzitterscollege<sup>20</sup>

In uitvoering van het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 met betrekking tot de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen, werd op 9 oktober 2018 door het Agentschap Zorg en Gezondheid een voorzitterscollege opgericht, bestaande uit alle voorzitters van de Nederlandstalige erkenningscommissies. Het voorzitterscollege heeft als taak problemen te bestuderen die regelmatig in de behandeling van de aanvragen van erkenningen door de verschillende erkenningscommissies worden vastgesteld. Het voorzitterscollege kan een nota tot de administrateur-generaal richten met een advies en opmerkingen over de erkenningsprocedure of over de werking van de erkenningscommissies. Bij de installatie van het voorzitterscollege werd dr. Jan STROOBANTS (urgentiegeneeskunde) verkozen als voorzitter en Dr. Jos DE SMEDT (huisartsgeneeskunde) en Dr. Stefaan GOUWY (intensieve zorgen) als ondervoorzitters.

In deze eerste en enige vergadering van 2018 werden meteen volgende onderwerpen en adviezen behandeld:

- a) Opstellen van een huishoudelijk reglement voor alle erkenningscommissies en het voorzitterscollege
- b) Deeltijdse opleiding is slechts mogelijk na akkoord van zowel de coördinerende stagemeeester als de rechtstreeks betrokken stagemeeester. Daarna wordt de gemotiveerde vraag pas voorgelegd aan de betrokken erkenningscommissie.
- c) Toepassing en interpretatie van art. 20 van het MB van 23 april 2014<sup>21</sup>:

*“Met het oog op zijn erkenning dient de kandidaat bij het einde van zijn opleiding te slagen in een eindevaluatie die paritair wordt georganiseerd door de beroepsverenigingen van het betreffende specialisme en de universitaire instellingen onder toezicht van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort. Met het oog op zijn erkenning moet de kandidaat bij het einde van zijn*

<sup>20</sup> Art. 5 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24.02.2017 betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen.

<sup>21</sup> BS 27.05.2014.

*opleiding zijn competentie om een wetenschappelijke analyse uit te voeren aantonen door een door peers gevalideerde wetenschappelijke publicatie in een gezaghebbend medisch tijdschrift.”*

Uit het juridisch advies van het AZG<sup>22</sup> vloeit voort dat het eindevaluatie waarnaar verwezen wordt in het eerste lid van art. 20 niet kan georganiseerd worden binnen de schoot van de erkenningscommissie als dusdanig. De erkenningscommissie is een adviesorgaan maar is zelf geen actor in de opleiding. De erkenningscommissie bepaalt waaruit de evaluatie kan bestaan bijvoorbeeld de evaluatie van alle stagerapporten van de verschillende opleidingsjaren. De bepaling dat de toetsing *“paritair wordt georganiseerd door de beroepsverenigingen van het betreffende specialisme en de universitaire instellingen”* brengt wel met zich mee dat de toetsing vaak wordt afgenomen door diezelfde personen die ook lid zijn van de erkenningscommissie.

De notie *“onder toezicht van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort”* houdt in dat het resultaat van de toetsing aan de erkenningscommissie (die de erkennende overheid adviseert) moet worden voorgelegd.

Wat betreft art. 20 lid 2 is het de taak van de erkenningscommissie om aan de geest van de wet vorm te geven. Het is aan de kandidaat om aan te tonen dat hij wetenschappelijk onderzoek gevoerd heeft. Binnen de erkenningscommissie wordt afgesproken wat de criteria betreffende de publicatie zijn. Het kan een eerste auteur zijn, maar ook bv. een tweede auteur indien de eerste auteur bevestigt dat er een belangrijke inzet is geweest van deze tweede auteur.

In sommige disciplines is het namelijk heel moeilijk om iets gepubliceerd te krijgen, omdat er zoveel aanvragen zijn. Een abstract kan bij sommige disciplines aanvaard worden, als die in een kleine niche zit. Het artikel kan/mag hetzelfde zijn dan het werk dat ze maken voor de MaNaMa, wanneer dat aan dezelfde voorwaarden van peer review voldoet.

## 2.1.2 Activiteiten van de Association des Médecins Spécialistes Francophones<sup>23</sup>

### 2.1.2.1 Procedure voor de erkenning van de artsen-specialisten en van huisartsen<sup>24</sup>

In 2017 heeft de AMSFr kunnen deelnemen aan de voorbereidende werkzaamheden van het ontwerp van besluit voor de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen en heeft ze de mogelijkheid gekregen om een aantal opmerkingen te formuleren<sup>25</sup>. Een aantal van deze bemerkingen werden verwerkt in de definitieve tekst. De paritaire samenstelling van de erkenningscommissies is gegarandeerd.

Het besluit voorziet niet in een beroepsprocedure bij een onafhankelijke instantie tegen een beslissing van de erkenningscommissie. Bij betwisting van een ongunstig advies van de commissie kan de kandidaat de administratie een nota met zijn gemotiveerde opmerkingen meedelen binnen een termijn van dertig dagen volgend op de ontvangst van het advies. In dat geval onderzoekt de commissie het dossier opnieuw. De commissie kan haar oorspronkelijk advies behouden of een nieuw advies uitbrengen op grond van nieuwe gegevens. De minister of diens gemachtigde neemt zijn beslissing op grond van het laatste advies van de commissie.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Agentschap Zorg en Gezondheid

<sup>23</sup> AMSFr – de Franstalige vleugel van het VBS

<sup>24</sup> Besluit van de Regering van 29 november 2017 van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de procedure voor de erkenning van artsen specialisten en van huisartsen (BS 29.01.2018)

<sup>25</sup> Cf. Jaarverslag 2017, Onaffe werven, p. 19 punt – Verslag van de vergadering bij de Federatie Wallonië-Brussel over de erkenning van de kandidaat-specialisten, de stagemeeesters en stageplaatsen d.d. 09.10.2017

<sup>26</sup> Art. 11

Het recht op hoger beroep is als dusdanig niet opgenomen in de Europese Conventie voor de Rechten van de Mens. Het is bijgevolg niet onwettig om geen beroepsprocedure te voorzien bij een onafhankelijke instantie. De kandidaat-specialist kan evenwel beroep aantekenen bij de Raad van State

Per schrijven van 4 april 2018 van de Algemene administratie onderwijs van het Ministerie van de Federatie Wallonië-Brussel werden het VBS, de BVAS en het Kartel uitgenodigd om:

- minstens drie leden en hoogstens zes leden voor elke niveau 2-titel van het KB van 25.11.1991<sup>27</sup> voor te dragen;
- minstens één lid en hoogstens twee leden voor elke niveau 3 titel van het KB van 25.11.1991 voor te dragen.

Bovendien moet voor elk werkend lid een plaatsvervanger worden voorgedragen. Het plaatsvervangende lid woont de vergadering van de erkenningscommissie bij in afwezigheid van het effectieve lid.

Het VBS heeft mede namens de BVAS en het Kartel alle kandidaturen ingediend. Aanvankelijk werd de inspanning gedaan om voor iedere niveau 2-titel 6 effectieve en 6 plaatsvervangende kandidaten voor te dragen zetelend op de bank van het beroep. Groot was dan ook de verbazing toen we vernamen van de administratie dat de faculteiten voor heel wat niveau 2-titels zich beperkt hadden tot het voordragen van 3 effectieve en 3 plaatsvervangende kandidaten om te zetelen op de bank van de universiteiten. Heel wat kandidaten die hun interesse meegedeeld hadden om te zetelen op de bank van het beroep hebben we dus moeten teleurstellen. Om niet onnodig te moeten zoeken naar kandidaten die achteraf moesten teleurgesteld worden, bracht de administratie ons op de hoogte van het aantal kandidaten voor de niveau 2 en 3 titels voorgedragen door de universiteiten.

#### 2.1.2.2 Ingangsexamen (Franse gemeenschap) versus numerus fixus (Vlaanderen)

In de Franse Gemeenschap werd voor het academiejaar 2018-2019 gespreid over twee zittijden, in juli en september, opnieuw een toegangsexamen georganiseerd voor arts en tandarts. De slaagcijfers werden meegedeeld via de website van Ares<sup>28</sup>. Over de beide sessies heen zijn 1.042 deelnemers geslaagd<sup>29</sup>.

Het quotum voor de Franstalige Gemeenschap lag op maximum 607 artsen voor de periode 2023 tot 2026. Maar het KB van 12.06.2018 (BS 15.06.2018) verminderde het quotum met 81 – de vastgelegde ‘lissage’ – tot 505. De Franse Gemeenschap laat dus dit jaar 537 studenten te veel toe tot de studies geneeskunde (aan Vlaamse kant werd het met 69 verhoogd tot 907 om het evenwicht te herstellen).

---

<sup>27</sup> K.B. 25 november 1991

<sup>28</sup> Académie de Recherche et de l'Enseignement Supérieur

<sup>29</sup> <https://www.ares-ac.be/fr/actualites/453-454-candidats-ont-reussi-l-examen-d-entree-en-medecine-et-dentisterie-de-septembre-portant-a-1-138-le-nombre-total-de-laureats-pour-l-annee-2018>



	België	Vlaanderen	Franse Gemeenschap
2008-2011	757	454	303
2012	890	534	356
2013	975	585	390
2014	1.025	615	410
2015-2017	1.230	738	492
2018	2.460	1.476	984
2019-2021	1.230	738	492
2023-2026	1.445	838	607

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

Tabel 1

Ondertussen is het politieke debat omtrent de toekenning van RIZIV-nummers aan de overtallige Franstalige kandidaat-geneeskundestudenten opnieuw in alle hevigheid losgebarsten. De regering-Michel besliste om alle Franstalige studenten tot 2020 hun attest te geven, ook al overschrijdt men aan Franstalige kant al jaren de afgesproken quota. In ruil daarvoor beloofden de Franstalige partijen een toelatingsexamen uit te werken, waardoor de quota in de toekomst wel gehaald zouden worden. Het aantal studenten dat slaagde in het ingangsexamen overtreft echter ruim de toegelaten quota. Maggie DE BLOCK weigert nog langer RIZIV-nummers vrij te maken voor overtallige Franstalige geneeskundestudenten als er geen efficiënte filter wordt ingebouwd. In de Kamer heeft Maggie DE BLOCK aangekondigd een maatregel te treffen die de verplichting invoert om te beschikken over een contingenteringsattest. Dit attest zal nodig zijn om een stageplaats en een RIZIV-nummer te kunnen krijgen alsook om prestaties te kunnen attesteren aan de ziekteverzekering.

De minister van Hoger Onderwijs in de Franse Gemeenschap, Jean-Claude MARCOURT, reageerde hierop met de laconieke mededeling dat alle geslaagde studenten hun opleiding zullen kunnen beginnen en dat het lot van de 400 studenten die geen RIZIV-nummer krijgen niet zijn verantwoordelijkheid is, maar die van de federale overheid. MARCOURT heeft echter wel een grote verantwoordelijkheid, vindt minister Maggie DE BLOCK, zowel ten opzichte van de studenten als van de ouders die hun studies betalen. "Men heeft de lat te hoog gelegd. Het is niet de bedoeling om binnenkort opnieuw een oplossing te moeten vinden voor het overtal aan studenten", aldus DE BLOCK.

Tot op heden is er geen voorstel gedaan om het potentiële overschot van 435 Franstalige artsen in 2024 in te dammen. In La Libre Belgique stelde Écolo voor om de numerus clausus af te schaffen, zoals in Frankrijk, dat net heeft beslist om de numerus clausus vanaf 2020 te schrappen en te vervangen door meer gerichte toegangsbeperkingen.

### 2.1.3 Mdeon

Het VBS wordt in de algemene vergadering van Mdeon vertegenwoordigd door Dr. Jean-Luc DEMEERE. Dr. Bernard MAILLET vertegenwoordigt het VBS dan weer in de Raad van Bestuur en neemt als uitgenodigd lid deel aan de vergaderingen van het uitvoerend bestuur.

De algemene vergadering vond plaats op 12.03.2018 in de lokalen van Mdeon. Voor het eerst in twaalf jaar werd de functie van voorzitter toegekend aan een vertegenwoordiger van de BVAS, Dr. Vincent LAMY. Aangezien hij laattijdig op de hoogte was gebracht van de datum van de vergadering bedankte Dr. LAMY in een videoboodschap de algemene vergadering voor zijn benoeming tot voorzitter.

Uit het jaarverslag kwam o.m. naar voren dat het aantal visumaanvragen in 2017 daalde van 7.067 tot 6.636, wat resulteerde in een daling van de inkomsten van Mdeon.

Het aantal goedgekeurde dossiers in 2017 steeg met 2%. Een vijfde van de dossiers werd geweigerd. Bij een analyse van de geweigerde dossiers blijkt dat na herindiening van het dossier het uiteindelijke

percentage van de goedgekeurde dossiers stijgt tot 96 %. Het aantal door bedrijven georganiseerde activiteiten bleef echter stabiel. Paradijselijk zijn de bestemmingen niet. De activiteiten worden voornamelijk georganiseerd in Frankrijk, België en Duitsland. Daarna volgen landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Italië en de Verenigde Staten.

Uiteraard werd ook de Sunshine Act omgezet in Belgische wetgeving, met het koninklijk besluit van 14 juni 2017 dat het begrip transparantie definieert en het toezicht op deze transparantie aan Mdeon toevertrouwt.

De algemene vergadering werd afgesloten met een levendig eerbetoon aan de medeoprichter van Mdeon, Marc Henri CORNELY. Met een videopresentatie illustreerde de raad van bestuur de innemende persoonlijkheid van de heer CORNELY, zijn gevoel voor diplomatie, zijn taalrijkdom en zijn respect voor anderen. De algemene vergadering besliste de statuten te wijzigen en de titel van erevoorzitter van Mdeon te creëren.

Onder het voorzitterschap van BVAS-vertegenwoordiger, Dr. Vincent LAMY, werd tijdens de algemene vergadering van 14.11.2018 de BBOT of Belgische Beroepsvereniging voor Orthopedische Technologieën (UPBTO – Union Professionnelle Belge des Technologies Orthopédiques) als nieuw lid verwelkomd, Deze beroepsvereniging vertegenwoordigt bandagisten, orthesisten, prothesisten en orthopedische technologen in schoenen of mobiliteitshulpmiddelen.

De vergadering keurde vervolgens een wijziging van artikel 20.4 van de statuten goed door de titels van erevoorzitter, voormalig voorzitter of ondervoorzitter te creëren. Het erelid is permanent genodigde van de algemene vergadering. De heren Henry CORNELY (2006-2018) en Richard VAN DEN BROECK (2006-2016) zijn op die manier officiële ereleden van de vereniging.

Er werd opnieuw een daling van het aantal visa vastgesteld, waardoor de inkomsten met 3% daalden. Om geen financiële problemen te creëren, werd voorgesteld om de prijs van het visum met 5 euro te verhogen, wat een winst van +4,2% zou opleveren ten opzichte van de begroting voor 2018.

De voorzitter en directeur Stéphanie BRILLON herinnerden aan het succes van de twee perscampagnes, de eerste in juni over transparantie en de tweede in oktober rond het thema “Deontologie: een sport op hoog niveau!”.

Dr. Roland LEMYE gaf een presentatie over therapeutische vrijheid. Deze vrijheid wordt steeds meer ingeperkt door economische imperatieven. De basisprincipes die zijn vastgelegd in de eed van Hippocrates of de verklaring van Genève zijn echter nog steeds geldig, namelijk: de therapeutische vrijheid van de arts, de vrije keuze van arts door de patiënt en de eerbiediging van het beroepsgeheim. De wetgever legt zijn wetten op, en de artsen en de Orde van Artsen moeten zich hieraan aanpassen. Voor de arts prevaleert het individu boven de maatschappij. Van artsen wordt verwacht dat zij zich onberispelijk gedragen.

In de geneesmiddelensector bepalen economische regels en vergoedingen de therapeutische keuze. Als we kijken naar bepaalde demagogische excessen van bepaalde politieke beslissers en naar de inflatie van de uitgaven in de geneesmiddelensector, moeten we besluiten dat er een echt ethisch probleem is bij de uitoefening van deze therapeutische vrijheid.

Uit het verslag van het eerste werkingsjaar van beTransparent.be, dat voorgesteld werd ter gelegenheid van de algemene vergadering van 14 november 2018, blijkt dat 530 farmaceutische en medische technologie-ondernemingen in 2017 in totaal voor 203.271.730 euro geïnvesteerd hebben in samenwerkingen met zorgverstrekkers, zorginstellingen en patiëntenverenigingen actief in België. Voor 2017 bevat het Transparantieregister de gegevens van 14.617 unieke begunstigden, waaronder 11.841 gezondheidszorgbeoefenaars waaronder 7.726 artsen-specialisten, 1.361 huisartsen, 2.600 organisaties in de gezondheidssector en 166 patiëntenorganisaties.

Het voorstel van het FAGG voor de evaluatie van de waarde van de kosteloze deelname van een zorgverstreker aan een wetenschappelijke vergadering georganiseerd door een farmaceutische firma is sinds december een heikel discussiepunt.

#### 2.1.4 De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen

De plenaire vergadering van de Hoge Raad is in 2018 viermaal bijeengekomen: op 14 maart, 13 juni, 10 oktober en 12 december. Het betreft steevast de datum van de tweede vergadering van de Hoge Raad vermeld in de uitnodigingsbrief. Iedereen weet intussen dat de eerste datum vermeld in de uitnodiging louter formeel is. De voorzitter en secretaris van de Hoge Raad verontschuldigen zich telkens voor de eerste 'nepvergadering'. De tweede vergadering, bijeengeroepen met dezelfde dagorde, kan dan rechtsgeldig beslissen ongeacht het aantal aanwezigen.

De vergaderingen van de Hoge Raad in 2018 werden gekenmerkt door een gevoel van ontmoediging bij zijn voorzitter en leden. Want nadat de Raad zich de afgelopen jaren met veel enthousiasme en toewijding heeft gestort op het actualiseren van de opleidingscriteria voor de verschillende specialismen, moet hij vaststellen dat zijn adviezen niet worden omgezet in de publicatie van ministeriële besluiten met de gemoderniseerde criteria in het Belgisch Staatsblad. Deze criteria zijn nochtans van essentieel belang om een kwaliteitsvolle opleiding te kunnen waarborgen. Tot op vandaag moeten we ons echter, behalve voor dermatologie<sup>30</sup>, klinische genetica<sup>31</sup> en forensische psychiatrie<sup>32</sup>, nog steeds baseren op criteria die grotendeels dateren uit de jaren 70 van de vorige eeuw. Ongelooflijk, maar helaas waar.

2018 was ook het jaar van de dubbele cohorte. Om het aantal beschikbare stageplaatsen te verhogen, werd in het Belgisch Staatsblad van 14 februari 2018<sup>33</sup> een uitzonderlijke maatregel gepubliceerd. De reeds erkende stagemeeesters konden per aangetekende brief gericht aan de FOD Volksgezondheid vóór 30 april 2018 vragen om het aantal op te leiden kandidaten voorzien in hun erkenningsbesluit te verhogen voor de resterende termijn van hun erkenningsperiode.

De brief moest minimaal volgende gegevens bevatten:

- het gevraagde aantal bijkomende kandidaten;
- een toelichting van de manier waarop de kwaliteit van de opleiding kan blijven gegarandeerd worden;
- de activiteiten van de dienst gedurende 12 maanden, bij voorkeur in de vorm van APR-DRG's of RIZIV-codes (of nog MPG voor de psychiatrische diensten);
- evenals de medische omkadering van de dienst.

Deze aanvragen worden behandeld door de Hoge Raad volgens de geijkte procedure. In grote lijnen mogen we zeggen dat de dubbele cohorte in goede banen wordt geleid, en met dat succes mogen we blij zijn.

---

<sup>30</sup> Ministerieel besluit van 4 oktober 2016 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten dermato-venereologie (BS 25.10.2016).

<sup>31</sup> Ministerieel besluit van 23 mei 2017 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten klinische genetica (BS 31.05.2017).

<sup>32</sup> Ministerieel Besluit van 28 oktober 2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten (BS 10.11.2015).

<sup>33</sup> KB van 1 februari 2018 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen.

De twee belangrijkste dossiers voor de Hoge Raad in 2018 waren ongetwijfeld de verdere uitwerking van het 'Groenboek voor de financiering en programmatie van stages van artsen' en het advies betreffende de evaluatie van de kwaliteit-veiligheid van de stagediensten

In het Groenboek wordt gepleit voor een hervorming van de financiering van de stagemeesters en de opleiding. Een nieuw begrip is de voucher die dient om de 'pedagogische' middelen te bekostigen die onontbeerlijk zijn voor de opleiding. Deze voucher is een budget dat wordt toegekend voor elke assistent in opleiding. Het zal gefinancierd worden door de bedragen in de B7 van de academische ziekenhuizen (en enkele grote ziekenhuizen met de B7B), de 10 miljoen van het RIZIV, de assistentiehonoraria van de ASO's en een aanzienlijke bijdrage uit de begroting van Volksgezondheid.

In 2018 hebben de niet-universitaire stagemeesters voor het eerst rechten kunnen laten gelden op een vergoeding op voorwaarde dat<sup>34</sup>:

- de stagemeester erkend is door de FOD Volksgezondheid als stagemeester voor een titel van niveau 2 en/of niveau 3<sup>35</sup>;
- de stagemeester verbonden is aan een erkende stagedienst en zich niet bevindt in een universitaire setting
  - o een ander ziekenhuis dan een universitair ziekenhuis of een ziekenhuis zonder universitaire bedden
  - o een erkende stagedienst buiten een ziekenhuis.
- de arts-specialist in opleiding die werkzaam is in deze stagedienst dient te beschikken over een door de bevoegde Minister goedgekeurd stageplan.

Voor de referentie jaren 2016 en 2017 bedraagt de vergoeding 1.510,57 euro per volledige kalendermaand effectieve stagebegeleiding. Het gaat om een forfaitair bedrag, waarbij geen rekening is gehouden met het aantal artsen-specialisten in opleiding in de dienst. Deze vergoeding diende via de beveiligde webapplicatie MyRiziv aangevraagd te worden tussen 25 juni en 23 september 2018<sup>36</sup>.

Het VBS werd op de hoogte gebracht van enkele probleemsituaties. Stagemeesters die overtuigd waren dat zij recht konden laten gelden op de vergoeding, maar die plots moeten vaststellen dat het ziekenhuis geniet van een tussenkomst B7A en B7B. Het RIZIV heeft ook vergoedingsaanvragen ontvangen van artsen die assistenten in opleiding hebben, naar hen gestuurd door een universitair coördinerend stagemeester. Klein probleem, het waren geen door de FOD Volksgezondheid erkende stagebegeleiders. Zij vallen dus door de mazen van het net van de erkenningscommissies en de Hoge Raad.

Het voorstel van advies betreffende de evaluatie van de kwaliteit-veiligheid van de stagediensten werd twee maal geagendeerd op de Hoge Raad. Tijdens de vergadering van 10 oktober 2018 werd het ontwerp voor de eerste maal geanalyseerd en becommentarieerd. De eerste versie van het voorstel van advies reflecteerde niet correct de werkzaamheden van de ad-hoc commissie over kwaliteit. Een herwerkt voorstel werd voorgelegd aan de vergadering van 12 december 2018. Niettegenstaande de opmerkingen ter zitting geformuleerd door Drs. Jean-Luc DEMEERE en Marc MOENS werd het ontwerp van advies goedgekeurd door de vergadering. Gezien het late uur was er bij de andere leden van de Hoge Raad niet veel animo meer om nog veel commentaar te formuleren op deze tekst.

Dit advies, dat met spoed door de Raad werd goedgekeurd, definieert een functioneel opleidingsproces voor de kandidaat-specialisten. Drie punten worden benadrukt: subsidiariteit, de rol van de Hoge Raad

---

<sup>34</sup> Koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten (BS 25.06.2018).

<sup>35</sup> Met uitsluiting van de stagemeesters voor gerechtelijke geneeskunde, arbeidsgeneeskunde, het beheer van gezondheidsgegevens, de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise.

<sup>36</sup> Voor de stagemeesters werkzaam in het Centre Hospitalier de Luxembourg die de vergoeding niet konden aanvragen via de beveiligde webapplicatie van het RIZIV volstond een aanvraag per mail aan het RIZIV.

en de kandidaat-specialist als kwaliteitsbeoordelaar. Het is dus wel degelijk de arts in opleiding die centraal staat in het evaluatieproces. De Hoge Raad kan door middel van audits de kwaliteit van de opleiding en van de stageplaats evalueren.

De tekst definieert het **functionele opleidingsnetwerk**. Er wordt een functioneel opleidingsnetwerk opgezet tussen ziekenhuizen en niet-ziekenhuisstructuren, universitair en niet-universitair, die stagediensten herbergen en waartoe een universiteit met een volledige faculteit geneeskunde moet behoren. Een universiteit is verbonden aan één enkel functioneel opleidingsnetwerk. Met andere woorden, er zullen zeven functionele opleidingsnetwerken zijn, die samenvallen met de zeven universiteiten

Elk functioneel opleidingsnetwerk organiseert een **overkoepelende opleidingscommissie**, die enerzijds moet bestaan uit artsen verbonden aan een universiteit of universitair ziekenhuis en anderzijds artsen verbonden aan niet-universitaire ziekenhuizen. Deze commissie heeft voornamelijk een coördinerende rol. Ze zou bestaan uit vertegenwoordigers van de universitaire en niet-universitaire coördinerende stagemeeesters (CSM) en stagemeeesters (SM), de decaan van de faculteit geneeskunde, de hoofdarts van het universitair ziekenhuis, vertegenwoordigers van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die aan het netwerk deelnemen en ten slotte vertegenwoordigers van de ASO's.

Om de overkoepelende opleidingscommissie bij te staan, moet voor elk specialisme een **opleidingscommissie van het specialisme** worden opgericht. Deze commissies zijn samengesteld uit alle universitaire en niet-universitaire stagebegeleiders (CSM, SMV<sup>37</sup>, SM) die betrokken zijn bij de opleiding van dit specialisme, alsook vertegenwoordigers van de ASO's.

Om de kwaliteitsborging van de opleidingen in de verschillende functionele opleidingsnetwerken te homogeniseren en kwaliteitsverbetering te bevorderen, wordt aanbevolen dat de opleidingscommissies van het specialisme van de verschillende functionele opleidingsnetwerken samenwerken in colleges bestaande uit verschillende functionele opleidingsnetwerken.

Men stelt vast dat er voor de kwaliteitsbeoordeling van de opleiding conflicten kunnen rijzen tussen de federale overheid en de paritaire erkenningscommissie die afhankelijk is van de gemeenschappen. De stagemeeesters en stageplaatsen zullen kunnen worden geëvalueerd door de audits van de Hoge Raad. Zonder zweem van cynisme werd opgemerkt dat er momenteel geen budget is om deze audits uit te voeren.

In zijn functie van raadgever binnen het uitvoerend bestuur van het VBS heeft Dr. Jan STROOBANTS volgende kritische beschouwingen geformuleerd omtrent dit advies:

*“De beschreven rationale rond de grondslagen van de voorstellen is legitiem. Een gebrek aan een cultuur van engagement voor de professionele vorming is een verklaring voor kritiek op sommige stagediensten en stagemeeesters. Dit is echter niet het enige belangrijke element. De gedwongen infantilisering van de ASO door sommige (vaak theoretische) tijdrovende en onbenullige opleidingsonderdelen is dat ook. Een gebrek aan cultuur van feitelijke inspraak van de ASO in de keuze van de stagediensten, omdat er andere belangen worden gediend dan het opleidingsbelang, is dat eveneens. Door onderzoek van sommige erkenningscommissies is dit reeds aan het licht gekomen tijdens de beoordeling van het stagetraject van sommige kandidaten. Het voorstellen van oplossingen, zonder met deze belangrijke elementen rekening te houden, laat staan ze zelfs te versterken, is uiteraard niet wenselijk. Een globale audit van de effecten van de huidige opleidingsmodaliteiten, vertrekkend vanuit een uniforme rapportering van de erkenningscommissies, zou een beter beeld kunnen bieden aan de Hoge Raad van de toestand op het terrein en de optimaliseringsmogelijkheden van de opleidingsstructuren, dan de aanpak van een fragment van het probleem. Het is zelfs gevaarlijk om de voorstellen die de problemen nog verder kunnen accentueren, te betonen in wetgeving.*”

---

<sup>37</sup> stagemeeester verantwoordelijk voor het stagetraject

*In plaats van bijkomende ‘types stagemeester’ aan te stellen, zou men ook kunnen overwegen om deze functies te laten uitvoeren door de coördinerende stagemeester, die maar over een beperkt aantal kandidaten coördinerend kan optreden. Dit zorgt meteen voor cohesie tussen advies over het stagetraject en de opvolging ervan. Het zorgt er ook voor dat de kwaliteit van de opleiding primair wordt in deze functie, en niet de prerogatieven die er mee gepaard gaan. Er wordt gesproken van subsidiariteit in het document, doch de absolute macht leggen bij de coördinerende stagemeester over het stagetraject en het opvolgingswerk laten doen door anderen, strookt niet met dit beginsel. De ombudsdienst voor de werknemers van het ziekenhuis kan uiteraard ook fungeren als ombudsdienst van de ASO die op de loonlijst staat van het betrokken ziekenhuis.*

*Een functioneel opleidingsnetwerk mag niet het equivalent zijn van een klinisch netwerk, in de zin van de ziekenhuisnetwerken. Dit zou leiden tot een feitelijke inequivalentie tussen netwerken die wel of geen universiteit binnen hun klinisch netwerk hebben, met als gevolg: een polarisatie van de opleiding naar de netwerken waartoe de betrokken universitaire ziekenhuizen behoren, met een kwaliteitsvermindering van de opleiding tot gevolg. De onafhankelijkheid van een functioneel opleidingsnetwerk kan enkel gewaarborgd worden als stagemeesters van de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen dezelfde posities kunnen innemen in alle functies die rond de opleiding zijn of worden gecreëerd. Dat dezelfde actor rechter en partij speelt in deze materie is allerminst aangewezen om tegemoet te komen aan het streven naar kwaliteitsverbetering.*

*Het advies haalt ook de moeilijkheid aan van de aangrenzende competentiezones tussen de verschillende overheden. In dat verband kan verwezen worden naar sommige bepalingen van het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 24 februari 2017*

Art. 2 §3 2<sup>de</sup> lid: taken van de erkenningscommissie:

- toezicht uitoefenen op de uitvoering van het stageplan in al zijn geledingen, zowel door de stagemeester als door de kandidaat, overeenkomstig de vigerende criteria en de bepalingen van dit besluit;
- problemen die regelmatig in de behandeling van de aanvragen tot erkenning worden vastgesteld, aan het voorzitterscollege melden;
- algemene adviezen verstrekken over de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen.

*In dit BVR lijkt het wel dat de bevoegdheid rond het toezicht op de kwaliteit van de opleiding bij de gemeenschappen ligt. Hierover zou op zijn minst juridische duidelijkheid moeten zijn. De Hoge Raad zou bijvoorbeeld ook in dat verband zijn conclusies over de erkenning van stagemeesters en diensten kunnen baseren op de aanbevelingen van het voorzitterscollege. Controlerende en adviserende bevoegdheid rond opleidingen zou kunnen worden overgelaten aan de erkenningscommissies en een voorzitterscollege (zoals reeds voorzien in het BVR en in het Franstalige alternatief) in plaats van hier nieuwe structuren voor op te zetten. Uitvoerende bevoegdheid over maatregelen met betrekking tot de stagemeesters en stagediensten is dan toegewezen aan de Hoge Raad op basis van de adviezen van de Gemeenschappen. Alleszins is het aangewezen om rond opleidingen een coherent beleid te voeren, ongeacht waar de bevoegdheden liggen. Overleg tussen de instanties is absoluut aangewezen om incoherentie te voorkomen, zeker als men nu al erkent dat er ‘grijze bevoegdheidszones’ zijn in dit belangrijke dossier. De coherentie en cohesie van de structuren die de opleidingen regelen is even belangrijk als de coherentie en cohesie van elke individuele opleiding zelf.”*

## 2.2 Buitenlandse vertegenwoordiging

Sinds 2002, het jaar waarin hij voor het eerst benoemd werd tot secretaris-generaal van de UEMS<sup>38</sup>, heeft Dr. Bernard Maillat zich toegelegd op de vertegenwoordiging van het VBS in verschillende

---

<sup>38</sup> Dr. B. Maillat heeft de functie van secretaris-generaal van de UEMS vervuld van 2002 tot 2011.

Europese en internationale artsenorganisaties. Sinds 2015 is hij penningmeester van de UEMS. Door de jaren heen heeft hij een indrukwekkend netwerk kunnen uitbouwen. In uitvoering van het samenwerkingsakkoord tussen het VBS en de BVAS vertegenwoordigt Dr. Bernard MAILLET België eveneens in de CPME<sup>39</sup> en de WMA<sup>40</sup>.

### 2.2.1 UEMS

Op initiatief van het VBS hielden de nationale organisaties van specialisten van Duitsland, België, Frankrijk, Nederland, Luxemburg en Italië op 20 juli 1958 de UEMS boven de doopvont. Ter gelegenheid van haar Councilvergadering vierde de UEMS op 20 oktober 2018 plechtig haar 60-jarig bestaan. Een eervolle onderscheiding werd uitgereikt aan prominenten<sup>41</sup> waaronder Prof. Dr. Jacques GRUWEZ voor hun inzet binnen de UEMS.

De voorbije decennia heeft de UEMS haar vleugels uitgeslagen en is de organisatie uitgegroeid tot een volwaardige gesprekspartner op Europees en internationaal vlak. De UEMS telt thans 31 volwaardige nationale lidorganisaties, 4 geassocieerde lidorganisaties en 5 observatoren<sup>42</sup>.

Het is daarom misschien nuttig om wat langer stil te staan bij het huidige doel en de structuur van de UEMS. Zelfs voor sommige sectievertegenwoordigers zijn de activiteiten van de verschillende UEMS-organen niet altijd even duidelijk. Hoog tijd dus om van de gelegenheid gebruik te maken om op een bondige en aanschouwelijke manier een nadere toelichting te geven (afbeelding 1).

---

<sup>39</sup> Comité Permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors

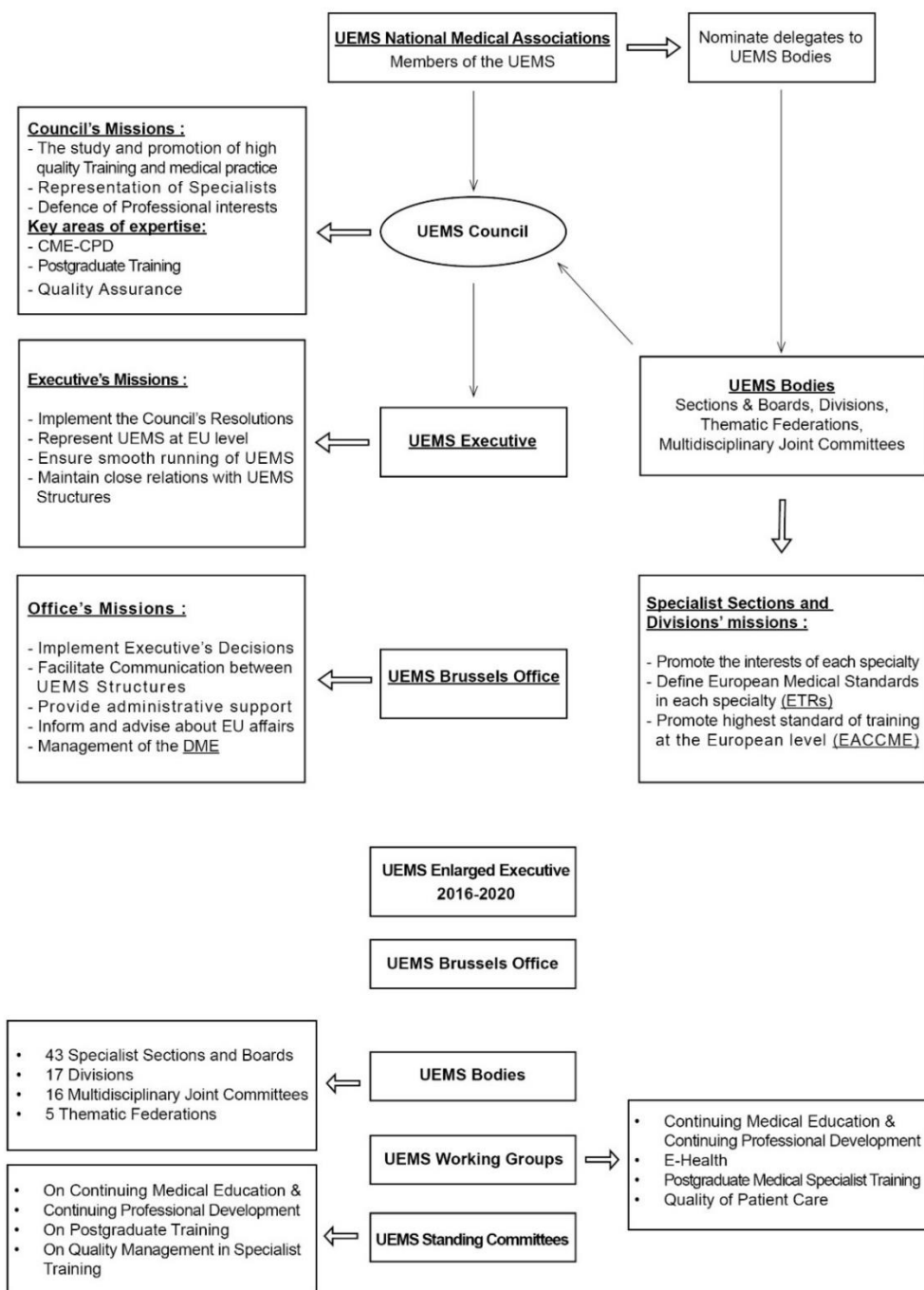
<sup>40</sup> World Medical Association

<sup>41</sup> Dr Andrzej RYS – gold badge of honor, Dr Zeev GOLDIK – silver decoration of honor, Dr Yacov REISMAN – silver decoration of honor, Dr Hans Pater ULRICH – silver decoration of honor, Dr David WILLIAMS – silver decoration of honor, Prof. Jacques GRUWEZ – gold decoration of honor, Dr Rolf KIRSCHNER – gold decoration of honor, Prof. Cillian TWOMEY – honorary membership

<sup>42</sup> De volwaardige nationale organisaties zijn: Oostenrijk, België, Bulgarije, Kroatië, Cyprus, Tsjechische Republiek, Denemarken, Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Hongarije, IJsland, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Roemenië, Slovakije, Slovenië, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk. De geassocieerde lidorganisaties zijn: Armenië, Israël, Servië en Turkije. De observatoren zijn: Georgië, Irak, Libanon, Marokko en Tunesië.

[https://www.uems.eu/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/42141/UEMS-National-Association-Members-20171212.pdf](https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0012/42141/UEMS-National-Association-Members-20171212.pdf)

## ORGANIGRAM U.E.M.S.



Afb. 1

De UEMS heeft tot doel :

- de studie en promotie van het hoogste niveau van de specialistische medische opleiding, de geneeskundige praktijk en de gezondheidszorg in de EU;
- de vertegenwoordiging, in dit kader, van het specialistische medische beroep van de EU-lidstaten bij de overheden van de Europese Unie;
- de verdediging van de professionele belangen van de Europese artsen-specialisten



De activiteiten die de UEMS wil verrichten om haar doelstellingen te verwezenlijken omvatten o.m.:

- de oprichting van Sections<sup>43</sup> en Boards voor elk medisch specialisme;
- de oprichting van een algemeen accreditatiesysteem voor voortgezette medische opleiding, voortgezette professionele ontwikkeling, postdoctorale opleiding en kwaliteitsbeheer op Europees niveau;
- de oprichting van werkgroepen voor onderwerpen die van belang zijn voor artsen-specialisten op Europees niveau

De UEMS wordt bestuurd door de 'Council', die tweemaal per jaar bijeenkomt. De lentevergadering vindt meestal plaats in Brussel, terwijl de organisatie van de herfstvergadering toevertrouwd wordt aan een lidorganisatie. Het VBS wordt in de Council vertegenwoordigd door Dr. Jean-Paul JORIS, radioloog, hoofd van de delegatie. Hij wordt bijgestaan door Dr. Marc HERMANS, psychiater, die hem als hoofd van de delegatie vervangt indien hij verhinderd is. Dr. Marc HERMANS werd in 2016 eveneens verkozen tot ondervoorzitter van de UEMS. Binnen de UEMS heeft hij zijn strepen verdiend nadat hij binnen de Council gedurende enkele jaren het voorzitterschap van Grouping III van de zogenaamde kleinere specialismen (de groep die niet de chirurgische en niet de internistische disciplines vertegenwoordigt) met veel inzet had waargenomen. Als ondervoorzitter is hij niet langer de vertegenwoordiger van een bepaalde groep, maar heeft hij een eerder een vertegenwoordigende en beleidsondersteunende taak tijdens de UEMS-activiteiten.

De financiële structuur van de UEMS is de afgelopen tien jaar aanzienlijk geëvolueerd. Waar de inkomsten oorspronkelijk uitsluitend van de ledenbijdragen afkomstig waren, worden er vandaag verschillende financieringsbronnen aangewend en komen er nieuwe vormen van inkomsten bij (accreditatie, EU-examens, symposia, verhuur Domus Medica Europaea enz.). Als gevolg hiervan zijn de activa van de UEMS aanzienlijk toegenomen, zodat het fiscale karakter van de organisatie veranderd is in dat van een grote (i) vzw, wat een strikter toezicht door de overheid vereist, conform de wettelijke bepalingen. De wijziging van de financiële structuur van de inkomsten heeft eveneens een invloed op het toepasselijke btw-regime.

De financiële resultaten van 2018 zijn na enkele jaren van turbulentie geruststellend en bemoedigend. De belangrijkste financiële klippen na de aankoop en renovatie van het gebouw in Brussel, het zogenaamde Domus Medica, zijn gerond. Intern moeten er echter verder stevige afspraken worden gemaakt met de secties omtrent de verplichtingen die moeten worden nagekomen. Eind december 2018 werd dan ook een vergadering te Brussel gepland met de penningmeesters van alle secties.

---

<sup>43</sup> **UEMS Specialist Sections and Divisions**: Allergology, Anaesthesiology, Cardiology, Cardiothoracic Surgery, Child and Adolescent Psychiatry, Clinical Neurophysiology, Dermatology and Venereology, Emergency Medicine Endocrinology, Gastroenterology, Geriatrics, Gynaecology and Obstetrics, Infectious Diseases, Internal Medicine, Laboratory Medicine / Medical Biopathology, Medical Genetics, Medical Microbiology, Medical Oncology, Nephrology, Neurology, Neurosurgery, Nuclear Medicine, Occupational Medicine, Ophthalmology, Oro-Maxillo-Facial Surgery, Orthopaedics & Traumatology, Otorhinolaryngology, Paediatric Surgery, Paediatrics, Pathology, Pharmacology, Physical Medicine and Rehabilitation, Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Pneumology, Psychiatry, Public Health Medicine, Radiology, Radiation Oncology and Radiotherapy, Rheumatology, Surgery, Thoracic Surgery, Urology, Vascular Surgery.

**Multidisciplinary Joint Committee**: Adolescent Medicine, Breast Care, Hand Surgery, Immune Mediated Disease, Infection Control, Intensive Care Medicine, Manual Medicine, Network of Accredited Skills Centers in Europe (NASCE), Oncology, Pain Medicine, Paediatric Urology, Phlebology, Rare & Undiagnosed Diseases, Sexual Medicine, Spine Surgery, Sports Medicine.

**Thematic Federations**: CESMA, Hypertension, Legal and Forensic Medicine, Vertigo, Wound Healing.

**UEMS Specialist Divisions**: Angiology (Internal Medicine), Neuroradiology (Radiology), Interventional Radiology (Radiology), General Surgery (Surgery), Emergency Surgery (Surgery), Transplant Coordination (Surgery), Transplant Medicine (Surgery), Transplant Surgery (Surgery), Transplant Immunology (Surgery), Breast Surgery (Surgery), Oesophagogastric Surgery, Coloproctology (Surgery), Endocrine Surgery (Surgery), Hepato-Pancreato-Biliary Surgery (Surgery), Reproductive Medicine (Gynaecology), Surgical Oncology (Surgery), Trauma Surgery (Surgery).

<https://www.uems.eu/about-us/medical-specialties>

Teneinde een volledig gecentraliseerde boekhouding volgens de regels te kunnen voeren zal iedere sectie een management fee moeten bijdragen.

Jaarlijks organiseert het VBS in de maand oktober<sup>44</sup> een vergadering met de Belgische vertegenwoordigers in de verschillende secties van de UEMS ter voorbereiding van de herfstvergadering van de Council. Naast enkele 'diehards', die jaarlijks present tekenen, wordt deze vergadering bijgewoond door een wisselend aantal vertegenwoordigers van de secties. Voor de deelnemers die aan het begin van hun Europese carrière staan binnen hun specialisme is het de ideale gelegenheid om kennis te maken met hun collega's in de andere secties, maar vooral om ervaring op te doen. De secties worden dikwijls geconfronteerd met analoge vragen, bijvoorbeeld over de organisatie van het Europese examen en de financiering ervan. Het is altijd interessant en nuttig om te vernemen hoe de andere secties deze dossiers hebben aangepakt.

Na een council-vergadering in Tel Aviv<sup>45</sup> vond de lentevergadering op 27-28.04.2018 van de Council plaats in Marrakech. Dit was dus de tweede maal dat de UEMS-Council-vergadering plaatsvond buiten Europa. Niettegenstaande de perfecte organisatie van deze vergaderingen werd er beslist om voorlopig althans geen Council-vergaderingen meer te organiseren buiten Europa, teneinde de Europese eigenheid van de UEMS te behouden.

Tijdens de lentevergadering van de Council van 27-28.04.2018 werden de volgende ETR's<sup>46</sup> goedgekeurd. : Physical and Rehabilitation Medicine, Endocrinology, Anaesthesiology, Gynaecology Obstetrics, Paediatric Rheumatology, Paediatric Infectious Diseases, Paediatric Allergology. De goedkeuring van de ETR's voor Emergency Medicine werd uitgesteld omdat een aantal amendementen nog verder dienden uitgewerkt te worden. Tijdens de herfstvergadering van 19-20 oktober 2018 werden de ETR's van MJC Wound Healing, Radiology, Infectious Diseases en Transplant Surgery goedgekeurd. De goedkeuring van de ETR's van Endocrine Surgery werd uitgesteld bij gebrek aan vertegenwoordiger.

Over de jaren heen werd vastgesteld dat er een verbeteringsmarge bestond in de manier waarop de ETR's werden opgesteld en goedgekeurd. De nieuwe en meer geformaliseerde werkwijze wordt binnenkort verplicht toegepast. De ETR's opgemaakt door de desbetreffende sectie worden dan overgemaakt aan een ETR Review Committee. De leden van deze commissie kunnen bemerkingen formuleren op het gedane voorstel. De sectie heeft de vrijheid om al dan niet rekening te houden met de gemaakte opmerkingen, maar dient in ieder geval te antwoorden op de gemaakte opmerkingen en haar keuze te verantwoorden. De definitieve versie van de ETR's moet door de sectie minstens een maand voor de vergadering van de Council beschikbaar worden gesteld. De ETR's die op Europees vlak worden goedgekeurd hebben een groot gezag. Bij de actualisering van de erkenningscriteria, die nu reeds een aantal jaren een van de belangrijke aandachtspunten vormen van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen, wordt in het verplicht te gebruiken template steevast verwezen naar de ETR's die op Europees vlak werden goedgekeurd door de UEMS.

Voor de interne werking van de UEMS levert een eventuele Brexit geen problemen op. Het lidmaatschap van de EU is immers geen voorwaarde om als lid aanvaard te worden binnen de UEMS. De BMA<sup>47</sup>, die haar Europees kantoor gevestigd heeft in de lokalen van de UEMS, volgt de Brexitsituatie op de voet. Op regelmatige tijdstippen is er overleg met de ambtenaren van de Europese Commissie. De BMA hoopt op een status-quo van de huidige toestand m.b.t. de Europese onderzoeksfondsen, wetenschappelijke publicaties, uitwisseling van disciplines en de vertegenwoordiging in de verschillende organen. Binnen de NHS<sup>48</sup> is op het niveau van het verpleegkundig personeel de situatie dramatisch. Ze hebben eveneens heel grote problemen om buitenlandse specialisten te behouden. Door de onzekere situatie, die maar

---

<sup>44</sup> 10.10.2018

<sup>45</sup> 27-28.04.2017

<sup>46</sup> ETR – European Training Requirements

<sup>47</sup> British Medical Association

<sup>48</sup> National Health Service

blijft aanslepen, verlengen veel zorgverstrekkers van deze beroepsgroepen hun contract niet en keren ze terug naar hun thuisland.

De UEMS richt haar activiteiten op drie onderscheiden gebieden die telkens behartigd worden binnen een daarbij horende Council:

- Het domein van CME/CPD (Continuous Medical Education/Continuous Professional Development) behelst de continue medische navorming en verdere professionele ontwikkeling. Daarbij hoort de European Accreditation Council for Continuous Medical Education (EACCME).
- Een tweede gebied behelst Postgraduate Training en focust op opleidingsaspecten betreffende een specifiek specialisme, aangestuurd door de Council for European Specialist Medical Assessment (CESMA).
- Het derde gebied, dat van de Quality Assurance, richt zich op de kwaliteit van de geboden opleiding, navorming en praktijkvoering. De European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications (ECAMSQ) is echter nog niet echt uit de startblokken gekomen.

**EACCME** werd opgericht in 1999 met het oog op de accreditering van opleidingsactiviteiten en heeft daartoe ECMECs (European CME credits) in het leven geroepen, zeg maar nascholingscredits. De UEMS heeft met verschillende nationale instanties een overeenkomst gesloten waardoor dergelijke credits rechtstreeks kunnen worden ingevoegd in deze nationale accrediteringssystemen. Ook met ons Belgische RIZIV heeft de UEMS een dergelijke overeenkomst afgesloten. Een ECMEC is gelijk aan één accrediteringspunt binnen het RIZIV-systeem. Een collega die een navormingsactiviteit bijwoont die door de UEMS werd geaccrediteerd, kan deze dus gewoon rechtstreeks zonder verdere administratieve plichtplegingen voorleggen om de eigen accreditatiestatus te verlengen.

Elke organisator van een navormingsactiviteit kan een accreditering aanvragen via een daartoe ontwikkeld platform. Het eerste softwareplatform werd grondig doorgelicht tijdens een conferentie in Amsterdam in 2016. Op basis van de toen geformuleerde feedback kreeg dit platform recent een grondige upgrade. Met name de doorstromingstijd van aanvragen is daardoor aanmerkelijk verbeterd en het gebruiksgemak fors toegenomen. De belangrijkste congresorganisatoren zijn hiermee inmiddels voldoende vertrouwd en tevreden.

De belangrijkste activiteiten waarvoor accreditering kan worden aangevraagd zijn uiteraard meerdaagse congressen, symposia, zgn. life educational events. Verder is er de mogelijkheid om ook online-activiteiten te laten accrediteren (e-learning materials). Tijdens de laatste vergadering van de stuurgroep werd ook beslist om webinars voor accreditering in aanmerking te nemen. Verder bestaat de mogelijkheid om eigen publicaties te laten accrediteren.

Niet onbelangrijk is dat er met de accrediteringsautoriteiten van de Verenigde Staten en Canada overeenkomsten zijn afgesloten waardoor de wederzijdse erkenning van geaccrediteerde activiteiten tot stand is gekomen. Zeer recent werd bovendien een Spaanstalig platform ontwikkeld, zodat ook die taalgemeenschap wereldwijd dezelfde kwaliteitsprincipes gebruikt die ontwikkeld werden door de UEMS.

**CESMA** werd pas opgericht in 2007, maar heeft toch ook al een aantal verwezenlijkingen behaald. Deze council treedt op als adviserend orgaan bij het organiseren van assessments, in concreto examens. Het onderliggende doel is uiteraard het tot stand brengen van een harmonisering van de beoordeling van de competenties van de deelnemende kandidaten. Deze raad verstrekt handleidingen bij het organiseren van examens. Daarbij krijgt de geslaagde kandidaat een diploma, dat in eerste instantie een getuigschrift is van de behaalde kwaliteit. Het is dus met andere woorden een kwaliteitslabel voor de betrokken collega. Heel wat specialisten in Europa organiseren op dit ogenblik dergelijke examens. Voor sommige specialisten geeft dit rechtstreeks toegang tot de erkenning in eigen land en vervangt het inmiddels het nationale toetsingsmechanisme. Daarnaast heeft de UEMS de laatste jaren kunnen vaststellen dat steeds meer kandidaten van ver buiten de EU zich aandienen. Na het behalen van een

dergelijk certificaat gebruiken deze collega's in hun eigen land dan ook graag dit diploma als kwaliteitslabel.

#### 2.2.1.1 FEMS<sup>49</sup>

Dr. Bernard MAILLET nam, als Belgische delegatiehoofd en vertegenwoordiger van de UEMS, deel aan de gemeenschappelijke vergadering van de AEMH<sup>50</sup> en de FEMS georganiseerd in Lissabon van 7 tot 9 juni 2018

Op 7 juni 2018 vond een conferentie plaats over de verschillende gezondheidszorgsystemen in de EU-lidstaten. De focus werd gelegd op het Duits, Frans, Roemeens, Zweeds, Kroatisch, Italiaans en Portugees gezondheidszorgsysteem.

Op 8 juni 2018 vonden twee werkgroepen plaats waarvan een eerder gelinkt aan de AEMH over 'Clinical Leadership' en een tweede op initiatief van het FEMS ter voorbereiding van de septemberconferentie over 'Working Conditions. De werkgroep onder de auspiciën van het FEMS werd heel talrijk bijgewoond. In tegenstelling tot de meeste andere Europese artsorganisaties aanvaardt het FEMS meer dan één artsorganisatie per land. Dit is het geval voor Frankrijk, Italië en Portugal.

De Roemeense organisatie van gezondheidszorgverstrekkers Sanitas had zijn kandidatuur tot lidmaatschap bij het FEMS gesteld. Aangezien deze organisatie echter niet alleen artsen maar alle categorieën van gezondheidszorgberoepen vertegenwoordigt kon deze kandidatuur niet aanvaard worden. De kandidatuur van 'Trade Union of Northern Cyprus Physicians'<sup>51</sup> werd wel aanvaard.

Het FEMS overweegt om de maatschappelijke zetel in de toekomst over te brengen naar België.

#### 2.2.1.2 CPME<sup>52</sup>

De lentevergadering van de CPME vond plaats in Brussel op 14 april 2018, en zoals de traditie het wil, vond de herfstvergadering plaats van 8 tot 10 november 2018 in de standplaats van de uittredende voorzitter Jacques DE HALLER, met name Genève.

Tijdens de algemene vergadering, die werd gehouden op zaterdag 10 november, werd overgegaan tot de verkiezing van het 'Executive Committee', dat vanaf 1 januari 2019 het roer van de CPME zou overnemen. Prof. Frank Ulrich MONTGOMERY (Duitsland), voorheen penningmeester, werd verkozen tot voorzitter. Hij is de enige overblijvende van de vorige equipe. Vanaf 1 januari 2019 wordt de CPME dus geleid door een volledig nieuwe ploeg.

Op vrijdagmorgen begon de bijeenkomst met een conferentie getiteld 'Healthcare in Danger', met presentaties door een collega van het Internationale Rode Kruis en van de voorzitter van de Israëlische artsenvereniging en de World Medical Association, Dr. Leonid EDELMAN.

Na de lunch vergaderde de werkgroep met als thema's Gezond Leven, Beroepsuitoefening, Farmaceutica en Vluchtelingengeneeskunde.

---

<sup>49</sup> Fédération européenne des médecins salariés

<sup>50</sup> Association européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians

<sup>51</sup> Deze organisatie vertegenwoordigt artsen van het Turkse deel van Cyprus.

<sup>52</sup> Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors

## 3 Financiering

### 3.1 Het VBS en de studie over het relatieve gewicht van de nomenclatuur (Prof. M. PIRSON-Prof. LECLERCQ)<sup>7</sup>

De professoren Magali PIRSON en Pol LECLERCQ van de ULB en de equipe rond Prof. Katrien KESTELOOT van de KU Leuven hebben in januari 2018 hun respectieve studies voorgesteld aan minister DE BLOCK en haar medewerkers.

Op 5 februari 2018 hebben de professoren PIRSON-LECLERCQ in primeur de resultaten van hun studie toegelicht aan Dr. Jean-Luc DEMEERE en Mevr. Fanny VANDAMME. Op 28 februari 2018 werden de resultaten voorgesteld aan alle experten die hebben deelgenomen aan de studie.

De equipe PIRSON-LECLERCQ heeft voor 355 geselecteerde prestaties tot in de kleinste details de exacte kostprijs berekend. Binnen eenzelfde specialisme hebben ze een ranking gemaakt van de prestaties gebaseerd op 3 criteria: duur, risico en complexiteit. Om deze ranking op te kunnen stellen, werkte het instituut voor marketing van de ULB een wiskundig model uit om een weging te kunnen maken van deze criteria. Het uitgewerkte model kan in de toekomst gebruikt worden voor de herijking van de nomenclatuur.

Wat is het logische verband tussen de studie PIRSON-LECLERCQ en financiering van de laagvariabele zorg? De laagvariabele zorg zal ingevoerd worden en daarna zal men, gebruik makend van de methodologie gehanteerd in de studie PIRSON-LECLERCQ, werken aan de nomenclatuur. In het kader van de studie van Prof. KESTELOOT werd nagegaan hoeveel financiering voorzien is in het BFM.

### 3.2 MAHA-rapport 2018

Elk jaar publiceert de bank Belfius haar rapport over de financiële gezondheid van onze ziekenhuizen. Tijdens een persconferentie op 10 oktober 2018 stelde Belfius haar 24<sup>ste</sup> rapport voor. Dit jaar konden niet alleen de resultaten van alle algemene ziekenhuizen, maar ook deze van de universitaire ziekenhuizen geïntegreerd worden in de studie. De financiering van de zorginstellingen blijft gestaag verslechteren. Het courant resultaat zakte van 96 miljoen naar 29 miljoen, hetzij -70,1% of een daling van 0,7% naar 0,2% van de omzet. Het resultaat over het boekjaar ging van 254 miljoen naar 130 miljoen, of een daling van 1,9 naar 0,9% van de omzet. Welke CFO<sup>53</sup> of CEO<sup>54</sup> zou een bedrijf met een dergelijke winstmarge willen leiden? Waar er het voorgaande jaar 30 ziekenhuizen een negatief courant resultaat hadden, zijn dat er nu al 39, terwijl er 19 ziekenhuizen een negatief resultaat over het boekjaar hebben, in vergelijking met 13 het jaar voordien. Erger nog, 24 ziekenhuizen, t.o.v. 16 in 2016, hebben onvoldoende cashflow om de schulden van het jaar terug te betalen. Anders gezegd, 24 ziekenhuizen hebben hulp nodig om het jaar vol te maken, en 39 van de 92 ziekenhuizen bevinden zich in financiële problemen. Dit zijn cijfers van een economische sector waarvan de activiteit en rentabiliteit onder de voogdij staan van de federale overheid (BFM), en voor investeringen van de regionale overheid. De paradox is tweeledig: enerzijds reguleert de staat het systeem en legt ze de financiering ervan op. Anderzijds vormen in de resultatenrekening de artsenhonoraria, en niet de financiële middelen (BFM) van de FOD Volksgezondheid, de belangrijkste bron van middelen. De artsen dragen 42% van de inkomsten van het ziekenhuis bij, tegenover 38% voor het BFM. Uit het boekjaar blijkt dat 62% van het totale bedrag aan honoraria wordt doorgestort aan hun eigenaar, de artsen. Deze cijfers zijn globaal en geven niet het percentage van de honoraria weer waar de individuele specialismen afstand van doen voor de ziekenhuisfinanciering.

---

<sup>53</sup> CFO: Chief Financial Office

<sup>54</sup> CEO: Chief Executive Officer

Dit roept een eerste vraag op. Voor een bankier bestaat 80% van het vermogen van het ziekenhuis uit artsenhonoraria en het BFM. Het BFM wordt vastgelegd door de FOD Volksgezondheid. De honoraria van de artsen zijn de opbrengst van hun activiteit, die wordt vergoed per act, verminderd met de bedragen die aan de beheerder worden afgestaan. Deze vergoeding per act zal voor  $\pm 10\%$  worden geforfaitariseerd via het systeem van laagvariabele honoraria. De reorganisatie van de medische activiteiten in het kader van de zorgnetwerken kan ook de medische activiteit per ziekenhuissite, en dus ook de heffingen op de honoraria beïnvloeden. Als de concentratie van bepaalde ernstige ziekten (pancreas, slokdarm, beroertezorg) wordt opgelegd door de medische activiteit naar een beperkt aantal voornamelijk universitaire instellingen te verschuiven, zal dit de financiële situatie van niet-universitaire ziekenhuizen verslechteren. Met andere woorden, financiering op basis van artsenhonoraria is voor de beheerder totaal onvoorspelbaar en staat buiten het managementsysteem, omdat de arts vaak zelfstandig is. De honoraria die aan de beheerder worden afgestaan, zijn het resultaat van onderhandelingen tussen de medische raad en de beheerder. Geen enkele beheerder stelt het op prijs dat zelfstandige artsen andere prioriteiten hebben dan hij. Dit financieringssysteem is niet transparant. Het is problematisch.

De groei van de investeringen neemt af, en gelukkig maar. De investeringen gaan door, maar verminderen in aantal en bedrag. Op de balans stegen de vaste activa met 600 miljoen (5,8%) tot 10,721 miljard, of 55,1% van de activa, waarvan 54% in materiële vaste activa. De terreinen en gebouwen stegen tot 8,006 miljard of +12,4% voor een bedrag gelijk aan 75% van de vaste activa. De medische uitrusting steeg met 824 miljoen, of +5,5%, en de niet-medische uitrusting met 569 miljoen, of +6,3%. De vlottende activa daarentegen daalden met 31,8 miljoen, of -0,4%, evenals de beleggingen en liquide middelen, die met 92 miljoen of -3,4%, zakten tot 2,657 miljard. Tegelijkertijd nemen de schulden op lange termijn toe. Deze schulden moeten binnen de komende 30 jaar worden afgelost. Maar hoe zullen de ziekenhuizen dan zijn samengesteld, hoe zal hun rechtspersoonlijkheid, hun financiering eruit zien?

In 2019 hangen de investeringen niet langer af van de federale overheid. Vroeger kende de overheid een subsidie toe voor bijvoorbeeld 60% van de investeringskosten. Voor Europa zijn investeringskosten een schuld. Deze schuld zou worden vervangen door een vast bedrag of een vaste subsidie. De 60% van de bouwkosten valt niet langer ten laste van de overheid, maar wordt vervangen door een vast bedrag dat wordt toegekend en (voor Europa) in het budget opgenomen. Het financiële risico wordt gedragen door het ziekenhuis.

Een artikel in De Tijd van 05.11.2018 brengt een zeer interessante analyse van de Vlaamse ziekenhuizen. De gemiddelde winst van de Vlaamse ziekenhuizen bedraagt 61 miljoen euro, terwijl er in Brussel en Wallonië een negatief saldo is van 32 miljoen euro. In Vlaanderen gaat het van 0,2% (zie hierboven) naar 0,7% van de omzet. Als we de resultaten nader bekijken, zien we dat in Vlaanderen 16 van de 51 ziekenhuizen zich in het rood bevinden, tegenover 11 in 2016. De winst voor de 17 grootste ziekenhuizen is 1,4%, in tegenstelling tot de winst voor de 17 kleinste ziekenhuizen, die 0,02% bedraagt. Als we voorts kijken naar het aantal voltijdse equivalenten (VTE) gefinancierd per 10 bedden, is dat 24 voor grote ziekenhuizen tegenover 21 voor kleine ziekenhuizen. De omvang van een ziekenhuis lijkt bij te dragen aan zijn financiële rentabiliteit. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië hebben ziekenhuizen een kleine winstmarge. In Wallonië spelen het gewicht van statutaire benoemingen, pensioenen en administratie een belangrijke rol.

Het aantal opnames daalde licht met 0,7% tot 1.476.000. Het aantal ziekenhuisdagen daalde met 10.299, of 2,4%. Helaas is het aantal ambulante opnames met 494.000 of -1,2% gedaald. De verblijfsduur vermindert van 7,1 tot 6,9 dagen (-1,8%). De verblijfsduur in C en D (C- en D-bedden zijn respectievelijk heelkunde en inwendige geneeskunde) daalt van 4,9 tot 4,7 (-3,3%). De verblijfsduur in geriatrie nam af van 20,7 tot 20,2 dagen (-2,5%). Wat leren deze cijfers ons? De verschuiving naar ambulante zorg zet zich niet door. Het aantal opnames neemt af. De duur van de ziekenhuisopname neemt af. De ziekenhuisactiviteit groeit niet volgens dit rapport. Dit vergemakkelijkt de ziekenhuisfinanciering niet, die gebaseerd is op de medische activiteit en de verblijfsduur.

Bovenop dit bilan komen nog eens nieuwe uitdagingen, met name de informatisering en digitalisering van de medische dossiers, de accreditatieprocedures, de vorming van de ziekenhuisnetwerken met de ermee gepaard gaande reorganisaties van activiteiten, en vooral de afschrijving (vaak over 30 jaar) van de investeringen van de laatste jaren. De financiële verstikking speelt een steeds grotere rol. Artsen zijn de zwakke schakel in de financiering. Zij worden niet geruggensteund door het BFM, maar zullen via hun activiteit wel kunnen (moeten) bijdragen aan de inkomsten van hun ziekenhuis. Deze financiële verstikking zal waarschijnlijk, net zoals in Nederland, leiden tot het faillissement van sommige ziekenhuizen.

### 3.3 De laagvariabele zorg<sup>55</sup>

In de regeringsverklaring van de regering Michel I kon men lezen: *“Het thans bestaande financieringssysteem van de ziekenhuizen wordt grondig herzien. Het nieuwe<sup>56</sup> financieringssysteem moet de werkingskosten van de ziekenhuizen dekken, en correct mee evolueren met de evoluerende behoeften. Het moet minder structuurgebonden en prestatiegedreven zijn, en de instellingen en zorgverleners stimuleren tot kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen op alle relevante domeinen (toegankelijkheid, tijdigheid, veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid ... ), zonder de globale registratieplicht verder te verzwaren. (...) De voorkeur van de regering gaat hierbij uit naar een gemengd financieringssysteem met zowel een prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg als het behoud van het principe van een honorarium per medische prestatie”.*

De betaling per prestatie kenmerkend van een vrije geneeskunde heeft lood in de vleugels. Om economische redenen neemt een geneeskunde gefinancierd op basis van forfaitaire honoraria de plaats in van een geneeskunde gefinancierd per act. De betaling per act genereert handelingen die niet erg nuttig of zelfs nutteloos zijn, maar die wel worden vergoed.

Het voorontwerp van wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg beroert de gemoederen sinds midden 2017. De beroepsvereniging van anesthesisten was de eerste beroepsgroep die aan de alarmbel trok en de aandacht vestigde op de gevaren van deze nieuwe regelgeving. Een delegatie van de anesthesisten werd op 5 juli 2017 ontvangen op het kabinet van minister Maggie DE BLOCK om hun bezwaren tegen het ontwerp uiteen te zetten. De chirurgen werden op 6 juli 2017 ontvangen op het kabinet van Minister Maggie DE BLOCK. Deze ontmoetingen waren niet echt succesvol te noemen.

Om hun protest kracht bij te zetten riep de beroepsvereniging van anesthesisten op 7 oktober 2017 een Staten-Generaal bijeen, die bijgewoond werd door niet minder dan 300 anesthesisten. Een doorn in het oog van de anesthesisten was onder meer de bevoegdheid van de medische raad om de forfaitaire honoraria voor de prestaties begrepen in de laagvariabele zorg te verdelen onder de verschillende artsen betrokken bij de uitvoering van de prestatie. De anesthesisten eisten o.m. dat de forfaitaire honoraria door het RIZIV zouden worden geventileerd over de verschillende specialisten die tussenkomen bij de ingreep. Als argument werd hiervoor ingeroepen dat iedere arts eigenaar is van zijn honoraria ongeacht of het forfaitaire of niet-forfaitaire honoraria zijn.

Gesteund door een juridische analyse van huisadvocaat Meester Filip DEWALLENS betwijfelt de BSAR of een herverdeling van de honoraria door de medische raad wel rechtsgeldig is.

Op basis van art. 155 § 5 van de ziekenhuiswet is de overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad als bedoeld in §3 en 4<sup>57</sup> bindend voor de betrokken ziekenhuisartsen niettegenstaande

---

<sup>55</sup> Kamerdocument 54-3189/4

<sup>56</sup> Punt 3.6.4. van de regeringsverklaring van 09.10.2014 van de regering Michel.

<sup>57</sup> 3. De inningsdienst past daarenboven op de geïnde bedragen, ter dekking van alle kosten van het ziekenhuis veroorzaakt door de medische prestaties die niet door het budget worden vergoed, inhoudingen toe die in percenten kunnen worden

elk andersluidend beding in de individuele overeenkomsten en benoemingsakten bedoeld in artikel 145§6. De medische raad is dus bevoegd om te beslissen over de inhoudingen (in percentages of reële kosten) en de bestemming ervan. Zo kan bijvoorbeeld een solidariteitsfonds worden opgericht. Op deze manier kunnen minder lucratieve specialismen/diensten ondersteund worden. De medische raad heeft echter niet de bevoegdheid om over te gaan tot de primaire verdeling van de honoraria over de verschillende artsen. De wet op de laagvariabele zorg doet daarentegen geen afbreuk aan de regeling van de inhoudingen die gebeuren op de honoraria van de artsen.

Het voorontwerp van wet werd op 30 maart 2018 in eerste lezing goedgekeurd door de Ministerraad en voor advies voorgelegd aan de Raad van State. De Ministerraad keurde het ontwerp in tweede lezing op 15 juni 2018 goed. Op 22 juni 2018 werd het neergelegd in de Kamer. De behandeling in de Kamercommissie Volksgezondheid vond plaats op 3 juli 2018. De wet betreffende de gebundelde financiering van laagvariabele ziekenhuiszorg werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 26 juli 2018. Het tempo waarin dit ontwerp behandeld en uiteindelijk gestemd werd, staat in schril contrast met de snelheid waarmee het uitvoeringsbesluit zou gepubliceerd worden.

Op 18.06.2018 organiseerde het RIZIV een Nederlandse en een Franse informatiesessie m.b.t. de laagvariabele zorg. Deze vergaderingen werden heel druk bijgewoond door voornamelijk mensen van de facturatie- en ICT-diensten. Behoudens alle andere technische problemen voor de implementatie van de laagvariabele zorg zal de berekening van de ereloonsupplementen een helse opdracht worden voor de facturatediensten. De berekeningsbasis voor de ereloonsupplementen is beperkt tot het bedrag van de forfaitaire honoraria<sup>58</sup>. De supplementen kunnen enkel berekend worden op de effectief uitgevoerde prestaties. De verschillende mogelijke scenario's worden toegelicht in de slides 45 tot 55 van de informatiesessie georganiseerd door het RIZIV op 18 juni 2018 'Nieuwe prospectieve financiering van ziekenhuisactiviteiten voor laagvariabele zorg'<sup>59</sup>. De berekening van de ereloonsupplementen kan nog complexer worden indien niet voor alle patiënten eenzelfde regeling wordt toegepast.

Op 8 november 2018 werden de ziekenhuizen op de hoogte gebracht van de simulaties van de laagvariabele zorg uitgevoerd op basis van de ICD10<sup>60</sup>. Tot dan beschikten de ziekenhuizen enkel over de verdeling van de honoraria uitgevoerd op basis van ICD9. De ziekenhuizen beschikten evenwel nog niet over het effectieve bedrag per opname. Deze bedragen werden slechts gepubliceerd op 31 december 2018.

Door onrust over de gevolgen van de laagvariabele zorg en de noodzaak om concrete antwoorden te krijgen werd een tweedaagse residentiële cursus over de nieuwe financiering voor laagvariabele zorg, georganiseerd door Zorgbeleid.be, heel druk bijgewoond. Drs. Bart DEHAES en Jan DE NEVE, beiden lid van het uitvoerend bestuur van het VBS, en gewezen secretaris-generaal en panellid in de afsluitende discussie Marc BROSENS woonden dit symposium bij. Tijdens dit congres werd het zogenaamde 'Turnhoutse' model uitvoerig beschreven. In het Turnhoutse model volgt men niet de toepassing van de verdeling zoals die wordt doorgegeven door het RIZIV, de zogenaamde primaire verdeling. Op individueel ziekenhuisniveau wil men de verdeling van de honoraria en de financiële regeling laten gebeuren op basis van de effectief geregistreerde prestaties voor een specifieke patiënt. Er is dus sprake van een 'reshuffling' tussen de betrokken stakeholders. Op het symposium van de anesthesisten 'Anaesthesia and the works of Maggie' van 19 januari 2019 werd door Dr. Stefaan CARLIER en advocaat

---

uitgedrukt en worden vastgesteld op grond van tarieven bepaald in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad.

De Koning kan een opsomming geven van de kosten waarmede wordt rekening gehouden voor de vaststelling van de hierboven bedoelde tarieven. Hij kan eveneens normen stellen voor de evaluatie en de aanrekening van de kosten.

§ 4. Over de inhoudingen die in percenten kunnen worden uitgedrukt en de aanwending ervan met toepassing van § 1, 4°, wordt beslist in onderlinge overeenstemming tussen de medische raad en de beheerder.

<sup>58</sup> Tot 31.12.2019 wordt deze berekeningsbasis verhoogd met 15 %.

<sup>59</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/patienten\\_laagvariabele\\_zorg\\_presentatie20180618.pdf#page=45](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/patienten_laagvariabele_zorg_presentatie20180618.pdf#page=45)

<sup>60</sup> ICD - International Classification of Diseases



Filip DEWALLENS nogmaals duidelijk bevestigd dat niet mag en kan afgeweken worden van de ventilatie meegedeeld door het RIZIV.

Op woensdag 21.11.2018 vond een vergadering plaats op het RIZIV. Waren o.m. aanwezig: een afvaardiging van de BVAS, administrateur-generaal van het RIZIV, Jo DE COCK, afvaardigingen van de FOD Volksgezondheid, van de ziekenhuiskoepels en, merkwaardig genoeg, meester Filip DEWALLENS. Er werd overeengekomen dat Jo DE COCK tegen de vergadering van de medicomut van 3 december 2018 een circulaire zou uitwerken waarin volgende punten uitdrukkelijk aan bod zouden komen:

- de ventilatie opgegeven voor het RIZIV moet gevolgd worden;
- er wordt door het RIZIV geen ventilatie meer gegeven naar specialisme toe. Het bedrag komt toe aan de specialist die in het desbetreffende ziekenhuis effectief de prestatie uitvoert (vb. in het geval van de carpale tunnel kunnen dat de orthopedist, de neurochirurg, de algemeen chirurg of ook de plastisch chirurg zijn);
- het onderdeel van de forfaitaire honoraria toegekend aan artsen die binnen desbetreffende ziekenhuis niet aanwezig zijn (vb. radiotherapie, geriatrie, pathologische anatomie) kan gestort worden in een pool, die dan over de artsen van het ziekenhuis worden verdeeld volgens de criteria die door de ziekenhuizen worden vastgelegd in hun algemeen reglement in uitvoering van art. 155§4.

Op 13 december 2018 richtte de BVAS, daarin gesteund door de ziekenhuizen, een schrijven aan Minister Maggie DE BLOCK en Dhr. Jo DE COCK met de vraag om de uitvoering van de wet op de laagvariabele zorg met minstens 3 maanden uit te stellen. De invoering van de laagvariabele zorg leek, aangezien de uitvoeringsbesluiten nog niet gepubliceerd waren, in de praktijk geen haalbare kaart. Veel praktische vragen over de toepassing van deze nieuwe reglementering bleven onbeantwoord.

Uitstel van de inwerkingtreding van deze reglementering vergde echter een nieuw KB. Door de politieke situatie met de val van de Regering Michel-I op 8 december, gevolgd door de val van de regering van Michel-II, tien dagen later op 18 december was dit echter onmogelijk.

Het KB van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg werd uiteindelijk gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 18 december 2018.

Overeenkomstig artikel 7 van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg werd het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis berekend voor het jaar T bekendgemaakt via een bericht in het Belgisch Staatsblad en door het RIZIV meegedeeld aan de ziekenhuizen op 31 december 2018. De facturatie- en ICT-diensten hadden dus minder dan 24 uur tijd om alles in paraatheid te brengen voor een inwerkingtreding op 1 januari 2019 middernacht. Wat moet een mens anders doen op een 31<sup>ste</sup> december? Gezien de complexe toepassing van deze wet en het extreem laattijdig publiceren van de toepasbare bedragen is het te verwachten dat de facturatie heel wat vertraging zal oplopen. Voor het behoud van de kwaliteit van de zorg is het belangrijk dat alle uitgevoerde prestaties correct geregistreerd worden. De facturatie aan de patiënt van de werkelijk uitgevoerde prestaties gebeurt echter aan een 0-waarde en wordt vervangen door het forfaitaire honorarium van de desbetreffende pathologie. Een vertraging in de facturatie aan de patiënten door de complexiteit van het nieuwe systeem is onvermijdelijk. Het is evenwel belangrijk dat alle uitgevoerde prestaties nauwkeurig geregistreerd worden. De forfaitaire bedragen van de laagvariabele zorg worden immers jaarlijks opnieuw berekend op basis van de uitgevoerde prestaties.

Dagelijks worden door verschillende disciplines nieuwe problemen gesignaleerd aan het RIZIV. Hoe concreter de situatie wordt, hoe meer men zich bewust wordt van de gevolgen van deze nieuwe reglementering en hoe belangrijker het wordt om concrete antwoorden te krijgen.

De wetgeving met betrekking tot de referentiebedragen zal met de invoering van de laagvariabele zorg opgeheven worden. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat de referentiebedragen met een

aantal jaren vertraging hun effect sorteren. Gedurende 3 jaar, dus tot 2021, zullen sommige (Brusselse) ziekenhuizen niet alleen moeten terugbetalen in het kader van de referentiebedragen, maar zullen ze bovendien geconfronteerd worden met verminderde inkomsten ingevolge de toepassing van de laagvariabele zorg. De simulaties die gebeurden op basis van de gegevens van 2014 met ICD9 toonden immers aan dat door de laagvariabele zorg Vlaanderen globaal zo'n 4,4 miljoen euro zou winnen, Wallonië 0,6 miljoen euro zou winnen en dat Brussel 5,2 miljoen euro zou verliezen. Met de forfaitaire honoraria die op 31.12.2018 werden bekendgemaakt, gebaseerd op ICD10, werd op basis van de cijfers van 2016 deze berekening nog niet gemaakt.

### 3.3.1 De kinderartsen en de laagvariabele zorg

De kinderartsen, die tot dan toe nog niet waren geraadpleegd, werden zich begin 2018 bewust van de negatieve gevolgen van de wet betreffende de laagvariabele zorg in de neonatologie. Ze begrepen dat de activiteit van de kinderarts in de verloskamer en de verstrekkingen op N\*, reanimatie inbegrepen, in het forfait zouden worden opgenomen als de bevalling van de moeder als laagvariabel werd beschouwd. Het kind werd, met andere woorden, beschouwd als een aanhangsel van zijn moeder zonder erkenning van zijn gezondheidstoestand.

Op 28 februari 2018 werd door het VBS en de BVAS gezamenlijk een brief gestuurd aan minister DE BLOCK met het verzoek om pasgeborenen die tot een NICU of N\* zijn toegelaten, uit te sluiten van de laagvariabele zorg. Er moet immers rekening worden gehouden met de ernstindex van de toestand van de pasgeborene en niet met die van de moeder. De kinderartsen kregen geen antwoord op die brief. Op 21 juni 2018 herhaalde de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde deze vraag.

Het opnemen van de pasgeborene in de laagvariabele zorg is discriminatoir voor het kind. Er is geen logica in de toepassing van wat laagvariabel is en wat niet. Uiteindelijk zal dit leiden tot het tegenovergestelde effect van wat de regering beoogt en mogelijk de gezondheid van het pasgeboren kind schaden.

Door voor moeder en kind slechts één factuur te maken voor de bevalling en het globaal prospectief bedrag alleen te laten bepalen door de bevalling, zonder rekening te houden met complicaties bij het kind, discrimineert deze wetgeving het pasgeboren kind, omdat het niet erkend wordt als volwaardig en afzonderlijk rechtssubject, afgescheiden van zijn/haar moeder. Volgens art. 22bis van de Grondwet moet het belang van het kind als zwakkere partij altijd de eerste overweging zijn bij elke beslissing. Een voorrangspositie moet steeds toegekend worden aan het belang van het kind. Daarbij worden pasgeborenen opgenomen op N\* niet gelijk behandeld op basis van zuiver administratieve overwegingen. Pasgeborenen waarvan de moeder niet meer opgenomen is, een arbeid heeft van langer dan 24 u of die complicaties heeft tijdens de bevalling, vallen niet meer onder de wet van de laagvariabele zorg. De regeling van de laagvariabele zorg zoals deze werd uitgedacht is discriminatoir voor de pasgeborene en vormt een schending van de Grondwet en het Kinderrechtenverdrag. De kinderartsen vragen zich af dan ook of deze regelgeving door het kabinet voldoende getoetst werd op de impact op gelijke kansen en sociale cohesie. De pasgeborene moet vanaf de geboorte onmiddellijk erkend worden als volwaardig rechtssubject.

Een laagvariabele patiëntengroep is in principe een goed afgrensbaar patiëntengroep, waarvoor de zorg goed standaardiseerbaar is waardoor er geen objectieve redenen zijn die verschillen in zorgpraktijk, en dus in RIZIV-uitgaven, verklaren. Dat het onderzoek van een gezonde pasgeborene op de materniteit laagvariabel is, lijkt een evidentie. Voor de aanwezigheid bij de bevalling zijn er onverklaarde, uitzonderlijk grote verschillen tussen de diensten. Toch kunnen er, afhankelijk van het type patiënten, het type ziekenhuis, het voorkomen van risicozwangenschappen of sociale context, wel redenen zijn die de variatie in de aanwezigheid bij de bevalling verklaren. Ook wanneer een pasgeborene moet opgenomen worden op N\* is de zorg die moet toegediend worden onvoorspelbaar en niet laagvariabel. Afhankelijk van de gezondheidstoestand van het kind, de grootte en competentie van het pediatrisch

wachtteam, de uitbouw van de technische infrastructuur op N\* en de verzorgingsmogelijkheden zal het kind meer of minder technische handelingen moeten ondergaan, intensiever of minder intensief gemonitord worden, snel of minder snel getransfereerd worden naar een NICU. Gegevens van het RIZIV tonen duidelijk aan dat er veel variatie is in de toegediende zorg op N\*. Daarbij komt dat in het koninklijk besluit bepaalde prestaties voor de pasgeborene wel onder de laagvariabele zorg vallen, terwijl andere eruit gehaald werden, en dit zonder dat daar enige logica in zit. Zo is het onderzoek op N\* uit de laagvariabele zorg gelicht, terwijl de monitoring en alle hoogvariabele technische prestaties (CPAP, infuus, katheter e.d.) in de laagvariabele zorg blijven. Dit is volslagen onlogisch en ondoordacht.

Aangezien er een grote variatie is in de zorg die toegediend wordt in de verschillende N\*-diensten, zullen N\*-diensten die veel geïnvesteerd hebben in materiaal en mensen worden gestraft in het kader van de laagvariabele zorg. Daarentegen zullen diensten die om uiteenlopende praktische redenen een kleine N\*-activiteit hebben er relatief beter bij varen. Het risico bestaat dat de beheerders zullen aandringen om de activiteiten op N\* af te bouwen en de kinderen sneller over te brengen naar een duurdere en verafgelegen NICU. Ook bestaat het risico dat er minder zal geïnvesteerd worden in de verdere uitbouw van bestaande N\*. Wanneer het pasgeboren kind opgenomen is op N\* kan er ook druk ontstaan om de moeder sneller te ontslaan, om zo het kind uit de laagvariabele zorg te halen. Deze regeling zal dan ook het tegenovergestelde effect hebben van wat de overheid beoogt en dat dit ten nadele van de zorg aan de pasgeborene.

Op 3 oktober 2018 werd opnieuw een gezamenlijke brief van de VVK, de GBPF en de Academie gericht aan Maggie De Block. De kinderartsen eisten dat alle zorg op N\* en de aanwezigheid bij de bevalling volledig en onmiddellijk uit de laagvariabele zorg werden gehaald. Deze keer vroegen de ondertekenaars om een antwoord binnen de week. De minister reageerde binnen de 48 uur door een delegatie op 10.10.2018 uit te nodigen op het kabinet. Afgezien van de belofte om de cijfers van het RIZIV te controleren, werd er geen enkele tegemoetkoming verkregen en het gesprek met kabinetschef Bert WINNEN verliep in een gespannen sfeer. De kinderartsen gingen niet akkoord met het voorstel van het kabinet om deze zorg in de laagvariabele zorg te houden tot er een besluit zou komen van een studie door het RIZIV uitgevoerd om na te gaan of in de toekomst de factuur bij een bevalling op te splitsen is tussen een factuur voor de moeder en een factuur voor de pasgeborene.

In november konden de kinderartsen samen met Dhr. Mickaël DAUBIE, algemeen raadgever bij het RIZIV, de cijfers van het RIZIV analyseren. Daarbij konden ze vaststellen dat die cijfers overeenkwamen met die van hen, en dat de verstrekkingen aan pasgeborenen die voorzien waren om in de laagvariabele zorg te worden opgenomen, eigenlijk hoogvariabel waren.

Op 29.11.2018 werd opnieuw een brief gestuurd, deze keer naar de volksvertegenwoordigers.

Op 13 december 2018 kwamen ongeveer 300 kinderartsen van alle pediatrie organisaties gekleed in witte pakken samen voor het Sint-Jansziekenhuis in Brussel, op een boogschuit van het kabinet van minister Maggie DE BLOCK. Journalisten van diverse media waren aanwezig op de persconferentie "Geef ons een gezicht". Een petitie ondertekend door 1.250 personen werd overhandigd aan Maggie DE BLOCK, vertegenwoordigd door Bert WINNEN. Dr. Michel PLETINX werd hierover geïnterviewd in de nieuwsstudio van RTL-TVI.



we het wiel opnieuw moeten uitvinden? Door de grotere geografische spreiding zijn de ziekenhuisnetwerken in Wallonië niet zo evident. De zuiver territoriale logica van de voorliggende wetteksten botst met de bestaande samenwerkingsverbanden in Wallonië en Brussel. Het is juridisch ook heel moeilijk om de ziekenhuizen die afhangen van verschillende intercommunales, of publieke en private ziekenhuizen met elkaar te laten samenwerken. De filosofische verschillen tussen de ziekenhuiskoepels actief in Wallonië en Brussel zijn niet van dien aard om samenwerking te bevorderen. DE GENERET kondigt aan dat de netwerken zoals geconcipieerd door Maggie DE BLOCK worden beschouwd als strijdig met de Grondwet en met de gemeentelijke autonomie. Een verzoekschrift tot nietigverklaring bij het Grondwettelijk Hof/Raad van State behoort tot de mogelijkheden.

Op de interministeriële conferentie van 26 maart 2018 werd er geen akkoord bereikt tussen de verschillende gewesten, gemeenschappen en de federale regering door de politiek 'van de lege stoel'.

Op 5 november 2018 werd een protocolakkoord ondertekend tussen de federale regering, de gewesten en de gemeenschappen over de wijze waarop de toekomstige 25 locoregionale ziekenhuisnetwerken over het grondgebied zullen worden verdeeld en dus tussen de gefedereerde overheden die zullen instaan voor de erkenning ervan.

- maximaal 13 netwerken exclusief bestaande uit ziekenhuizen die zich op het grondgebied van het Vlaams Gewest bevinden;
- maximaal 8 netwerken exclusief bestaande uit ziekenhuizen die zich op het grondgebied van het Waals Gewest bevinden, waarbij:
  - 1 netwerk, naargelang de ziekenhuizen van dat netwerk behoren tot de erkenningsbevoegdheid van de Duitstalige Gemeenschap en het Waals Gewest, gezamenlijk erkend door deze overheden;
  - deze netwerken, in voorkomend geval, naargelang de ziekenhuizen van een netwerk behoren tot de erkenningsbevoegdheid van de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest, gezamenlijk erkend worden door deze overheden;
- maximaal 4 netwerken bestaande uit ziekenhuizen die zich op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevinden, maar die ook ziekenhuizen kunnen bevatten die gelegen zijn buiten het bedoelde gewest, waarbij:
  - maximaal 1 netwerk erkend wordt door de Vlaamse Gemeenschap;
  - maximaal 3 netwerken, naargelang de ziekenhuizen van een netwerk behoren tot de erkenningsbevoegdheid van verschillende overheden, gezamenlijk erkend door twee of meer van de volgende overheden: het Waals Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschap.

Op 6 november 2018 organiseerde de Kamercommissie Volksgezondheid, onder voorzitterschap van mevrouw Anne DEDRY, hoorzittingen over de wijziging van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008. Terwijl de BVAS, die op de valreep was uitgenodigd, bij monde van Dr. Jacques DE TOEUF de gegrondheid van de hervorming verdedigde en beklemtoonde, vroeg de oppositie, in de hoedanigheid van cdH-parlementslid Catherine FONCK, zich af of dit plan werkelijk beantwoordt aan de verwachtingen van de patiënten. De heer Yves SMEETS, vertegenwoordiger van Santhea, herinnerde eraan dat de ziekenhuisnetwerken in Wallonië en Brussel historisch gezien vanuit de universiteiten zijn ontstaan. De idee om netwerken op te zetten op geografische basis is volgens hem niet noodzakelijk een garantie voor kwaliteit, efficiëntie of duurzaamheid en maakt het onmogelijk om de bestaande samenwerkingsverbanden in stand te houden. Hij benadrukte de verschillen tussen de openbare/niet-confessionele ziekenhuizen en katholieke ziekenhuizen. Het VBS heeft in een brief aan de voorzitter van de Commissie Volksgezondheid, Mevr. Anne DEDRY, zijn ongenoegen geuit over het feit dat het niet werd uitgenodigd. Ondertussen heeft Mevr. DEDRY contact opgenomen met het VBS om de situatie toe te lichten.

Op 6 december 2018 werd het ontwerp besproken in de Kamer, waar cdH-fractie leider Catherine FONCK een amendement indiende waarvoor binnen de vijf werkdagen (in plaats van de gebruikelijke 30) het advies van de Raad van State werd gevraagd. Op 3 januari 2019 antwoordde de Raad van State dat de hoogdringendheid niet gerechtvaardigd was, omdat de netwerken pas op 1 januari 2020 operationeel moeten zijn. Bovendien zitten we sindsdien met een regering van lopende zaken.

Wat moeten we hiervan onthouden? Vlaanderen is in 2003 in een vrijwillig kwaliteits- en accreditatieproces voor zijn ziekenhuizen gestapt. De tweede stap in 2004 bestond erin om per decreet te definiëren wat de eerste lijn is<sup>63</sup>. Die omvat alle zorgverleners (apotheker, huisarts, kinesist enz.), behalve de arts-specialist. Vlaanderen heeft een eerstelijnsnetwerk georganiseerd bestaande uit 60 zones, die door de huisartsgeneeskunde wordt gedekt. De tweede lijn, of ziekenhuisgeneeskunde, zal gaandeweg worden ingedeeld in (geografische) zorgnetwerken. Bouwsubsidies zullen worden toegekend in het kader van ziekenhuisverenigingen of fusies. Wanneer de federale minister en de gewestelijke (gemeenschaps)minister van Volksgezondheid vragen naar de intenties m.b.t. de netwerken, kan de pers dan ook heel snel een kaart van de netwerken in Vlaanderen publiceren.

In de Franse Gemeenschap, genaamd Federatie Wallonië-Brussel, is het kwaliteitsproces aan de gang met PAQS<sup>64</sup> als katalysator. Er zijn universitaire netwerken met drainage van de zware gevallen naar de universitaire centra. Er zijn grote regionale ziekenhuizen in de grote steden. Maar de historische opdeling, katholiek vs. openbaar/niet-confessioneel, is nog steeds aanwezig.

In Vlaanderen is er slechts één ziekenhuisfederatie, Zorgnet-Icuro. In de Federatie Wallonië-Brussel tellen we 3 federaties: Santhea, Unessa en in Brussel Gibbis. Zelfs als er lokaal artsen van openbare en private sector de handen in elkaar willen slaan, is de ziekenhuisdirectie vaak tegen. Zo beconcurreren in de grote steden twee grote ziekenhuizen elkaar voor dezelfde bevolking. Het wordt allemaal nog wat ingewikkelder door de moeilijkheid om in de raden van bestuur privé en publiek te laten samengaan. Publifin en het Waalse decreet over het beheer van de openbare instellingen vereenvoudigen de zaken voor ziekenhuizen niet. Moraal van het verhaal: divide et impera. De tweespalt is duur en inefficiënt, biedt geen antwoord op de behoeften van de patiënten, en genereert enkel concurrentie tussen de instellingen. De vraag is wie de leiding heeft in deze verdeel- en heerspolitiek.

De zorgnetwerken bestaan uit ten minste twee ziekenhuizen die in een geografisch aaneengesloten gebied gezondheidszorg verlenen in overeenstemming met de behoeften van de bevolking. Volgens het wetsvoorstel zullen er buurtziekenhuizen, locoregionale ziekenhuizen met of zonder referentiecentra en/of gespecialiseerde diensten (kraamkliniek, pediatrie, spoed enz.) en universitaire ziekenhuizen zijn. De referentiecentra verenigen medische competenties en technische middelen. De universitaire ziekenhuizen focussen op zeldzame ziekten en complexe zorg. Het universitair ziekenhuis heeft een zorg-, onderwijs- en onderzoeksopdracht.

Het concept van de zorgnetwerken respecteert zijn eigen logica. De patiënt staat centraal in het debat en zal de mogelijkheid hebben om over een zorgaanbod te beschikken dat zijn "locoregionale" aandoening kan behandelen. De middelen zullen weldoordacht worden gebruikt om lokale of regionale pathologieën te behandelen. Er zullen allianties worden aangegaan met het hogere niveau; het referentiecentrum of universitair ziekenhuis.

De "patiënt"-logica kan worden gevolgd. Bij de logica van het ziekenhuis – vaak de grootste werkgever in een regio – ligt het heel anders. De logica van de universitaire netwerken is er een waarin de niet-universitaire ziekenhuizen de leveranciers zijn van zeldzame of complexe ziekten aan de universitaire ziekenhuizen. Er zijn 7 universiteiten in België. Zeven universitaire netwerken, maar wel 25 zorgnetwerken.

---

<sup>63</sup> Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. (BS 20.04.2004)

<sup>64</sup> Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

Met betrekking tot de werking van de medische raad op het niveau van het locoregionale netwerk zijn er fundamentele wijzigingen t.o.v. de wet op de ziekenhuizen van wijlen Jean-Luc Dehaene.

Het wetsontwerp over de netwerken bevat ook een aantal nieuwigheden. Ten minste een derde van de leden van de raad van bestuur van het netwerk moet een zekere mate van expertise hebben inzake verstrekkingen van gezondheidszorg, dus niet alleen politieke mandatarissen die niets te maken hebben met de gezondheidszorg. Minstens één van de leden van de Raad van Bestuur is een arts die geen ziekenhuisarts is in één van de ziekenhuizen van het locoregionale ziekenhuisnetwerk in kwestie.

In elk klinisch netwerk wordt een Medische Raad van het Netwerk (MRN) opgericht. Op ziekenhuisniveau geeft de Medische Raad eenvoudige adviezen in 11 aangelegenheden en verzwaarde adviezen in 7 aangelegenheden<sup>65</sup> (een soort veto voor de beslissingen van de beheerder). Dankzij de BVAS is de belangrijkste vernieuwing, wat het klinisch netwerk betreft, dat de Medische Raad van het netwerk in onderling overleg met de beheerder beslist over 16 van de 18 bevoegdheden van de Medische Raad. Dit betekent dat voor deze 16 bevoegdheden een meerderheid vereist is zowel op de bank van de medische raad als op de bank van de beheerder. Het hoeft geen betoog dat de ziekenhuisbeheerders niet bijster enthousiast zijn over dit besluitvormingsmodel... Het valt te vrezen dat de ziekenhuisdirecties gebruik zullen maken van het feit dat de regering-Michel II in lopende zaken is om via lobbywerk dit consensusmodel af te blokken en terug te keren naar het "ancien régime", waar de beheerder beslist en de Raad met of zonder verzwaard advies zijn verzet uitspreekt. Het consensusmodel is het enige model dat consensueel beheer tussen beheerder en artsen mogelijk maakt.

Ondertussen kunnen ziekenhuisdirecteurs afdelingen sluiten (of openen) en ziekenhuizen fuseren, zonder zich zorgen te hoeven maken over de adviezen van de artsen, die louter consultatief zijn. Men kan zich het onbehagen voorstellen van de artsen die voor hun klinische activiteit afhankelijk zijn van de beslissingen van het ziekenhuisbeheer. De directie kan een afdeling of activiteit verhuizen, sluiten of openen, en de arts moet zich naar die beslissing schikken. Laten we niet vergeten dat alle ziekenhuizen een overeenkomst hebben, een contract met de arts. Als een medische activiteit naar een ander ziekenhuis wordt verplaatst, moet de arts een contract vragen bij dat ziekenhuis. Zo niet, dreigt hij niet te worden benoemd.

Tot slot is het concept van het lokale regionale netwerk – een ziekenhuis dat samenwerkt met één of meer referentiecentra en met het universitair ziekenhuis voor zeer zeldzame ziekten – een organisatie-model waarin niet-universitaire artsen lokale zorg kunnen leveren met een reële meerwaarde voor de patiënt. Dit model moet het mogelijk maken om zware pathologieën te concentreren in regionale centra en te vermijden dat er regionale woestijnen ontstaan (zoals het risico in Henegouwen om een regionale woestijn te worden voor slokdarm- en pancreasaandoeningen<sup>66</sup>) en dat patiënten systematisch worden overgebracht naar een van de universitaire klinieken, die zich niet altijd het dichtst bij de woning van de patiënt bevinden, maar wel tot het "universitaire netwerk" behoren. Waarom 7 universitaire ziekenhuizen creëren met alle medische specialismen en alle dure technische voorzieningen? Deze ziekenhuizen concurreren met elkaar. Brussel heeft 4 zorgnetwerken. Drie universitaire klinieken. Een zorgaanbod dat beantwoordt aan de behoeften van de lokale bevolking? Hoeveel kost een dergelijke organisatie van de gezondheidszorg? Wat is de toegevoegde waarde voor het zorgaanbod?

De val van de regering Michel I en II en het regime van lopende zaken ondermijnen de plannen van de minister ernstig. Als de wet niet wordt aangenomen, kunnen we vrezen voor een België met twee snelheden: één met zorgnetwerken in het noorden, en één met confessionele en openbare netwerken die elkaar beconcurreren in het zuiden. Met een universiteit in Luik en twee in Brussel! België en zijn surrealisme...

---

<sup>65</sup> Art. 137 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (BS 07.11.2008).

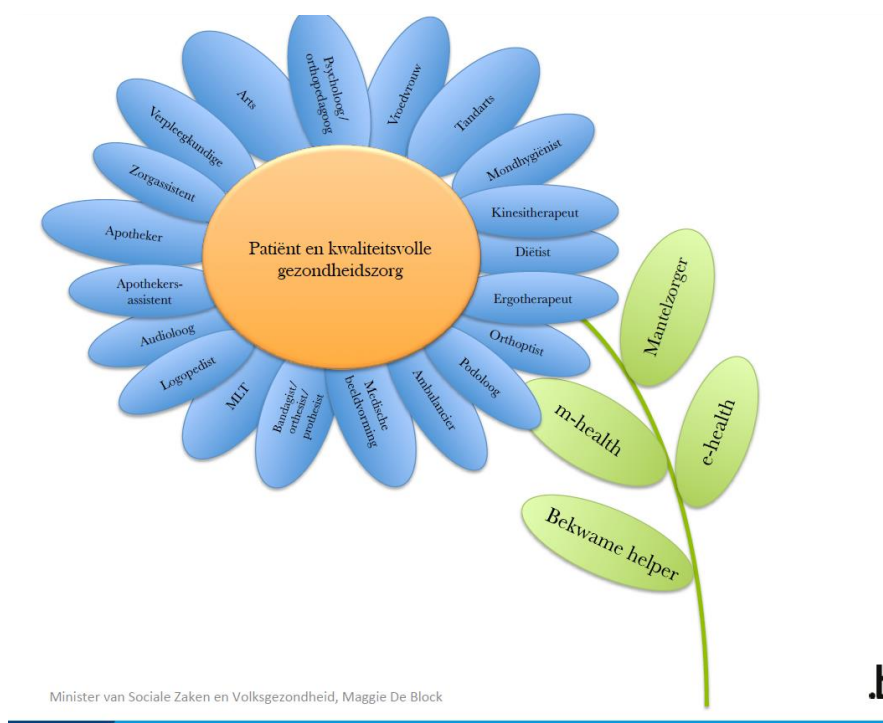
<sup>66</sup> Zie 4.3, Centralisatie van pancreas- en slokdarmchirurgie

## 4.2 Wetsontwerp betreffende de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg<sup>67</sup>

De patiëntenrechtenwet schrijft voor dat elke patiënt recht heeft op “kwaliteitsvolle zorg”. Met het voorontwerp van wet over kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg wil minister van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK dit recht nu concreet vertalen naar de zorgpraktijk.

Het wetsontwerp betreffende de kwaliteit van de gezondheidszorg zal tijdens besprekingen met de organisaties van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg verschillende malen worden gewijzigd, soms zelfs op een fundamentele manier.

Het ontwerp introduceert een geheel nieuw concept van gezondheidszorg. De piramidale structuur met aan de bovenkant de arts en vervolgens de verpleegkundigen, de kinesisten en de paramedici, wordt vervangen door een madeliefje met de patiënt in het midden en daarrond voor elk gezondheidszorgberoep een bloemblaadje. De piramidale structuur wordt vervangen door een bloemkroon van gezondheidszorgberoepen die de patiënt omgeven. Elk beroep heeft zijn eigen actieterrein dat wordt gedefinieerd door bevoegdheden.



Afb. 3

Het voorontwerp van wet over de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werd door de Ministerraad van 21 september 2018 in tweede lezing goedgekeurd en ter advies voorgelegd aan de Gegevensbeschermingsautoriteit<sup>68</sup> en vervolgens aan de Raad van State<sup>69</sup>. Het ontwerp van wet werd op 21 december 2018 neergelegd in De Kamer.

In het door de Ministerraad goedgekeurde voorontwerp zijn er spijtig genoeg enkele bepalingen gesneuveld. Het taalexamen en het examen omtrent de kennis van ons gezondheidszorgsysteem zijn weggevallen. Nochtans laten de Europese regels reeds sinds 2015 beide examens toe. Het taalexamen

<sup>67</sup> La Chambre Doc 54-3441/001 dd 21.12.2018

<sup>68</sup> Het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit werd neergelegd op 26 september 2018

<sup>69</sup> De Raad van State heeft zijn advies uitgebracht op 22 oktober 2018



werd geschrapt wegens communautaire redenen. Er werd gevreesd dat voor de Brusselse artsen tweetaligheid zou zijn vereist.

Een van de belangrijke hervormingen van dit ontwerp is het begrip 'bevoegdheid'. De gezondheidszorgbeoefenaar verleent alleen die gezondheidszorg waarvoor hij over de nodige bekwaamheid en ervaring beschikt, die aantoonbaar is. De gezondheidszorgbeoefenaar houdt een portfolio bij met de nodige gegevens, bij voorkeur in elektronische vorm, dat aantoont dat hij over de vereiste bekwaamheid en ervaring beschikt. Deze bevoegdheid wordt dus niet langer definitief verworven door een diploma of erkenning. De gezondheidszorgbeoefenaar kan alleen gezondheidszorg verlenen als hij over een visum beschikt waaruit blijkt dat hij of zij bekwaam is om zijn gezondheidszorgberoep uit te oefenen. Dit visum wordt afgeleverd door de FOD Volksgezondheid. Het visum wordt een vergunning tot uitoefening van het beroep, die op basis van een portfolio zal worden geëvalueerd om geldig te blijven. De tekst bevat niet meer de idee van een visum voor bepaalde duur en periodieke recertificatie (om de 5 jaar).

Deze bepaling doet de discussie omtrent de vrijwillige of verplichte accreditering die 25 jaar geleden werd beslecht in het voordeel van het RIZIV opnieuw opleven. Wie zal in de toekomst de accreditering organiseren? Blijft dit in handen van het RIZIV, of zal dit worden toevertrouwd aan de FOD Volksgezondheid? Of een combinatie van beiden? Hoe zal in de toekomst deze kwaliteitsevaluatie georganiseerd worden? Zal dit geen nieuwe bijkomende belasting vormen voor de zorgverstrekkers? Het VBS en de aangesloten beroepsverenigingen kunnen een belangrijke rol spelen om te bepalen wat er in een portfolio moet opgenomen worden.

Het ontwerp van wet definieert de risicovolle verstrekkingen. Daaruit onthouden we dat algemene of locoregionale anesthesie, sedatie, en de nood aan intensieve zorg, langdurig toezicht of een langdurige infuusbehandeling (> 6 uur) criteria zijn voor een risicovolle verstrekking. Dergelijke verstrekkingen zijn voorbehouden aan ziekenhuizen. Anesthesie, anxiolyse en sedatie komen specifiek aan bod in dit wetsvoorstel. Simultane anesthesie is verboden. De anesthesist kan maar voor één patiënt tegelijk zorgen (art. 16). Dit is een probleem voor inductiekamers of de praktijk van het plaatsen van een locoregionale anesthesie tijdens een narcose. De anesthesist moet in de onmiddellijke nabijheid van zijn patiënt blijven. Een ruggenprik zetten op materniteit tijdens een anesthesie in de operatiekamer is verboden. De veiligheidsregels van het beroep voor anesthesie (Safety First) hebben het al verboden. Dit waren echter richtlijnen voor een goede praktijk en geen wet. De risicobeoordeling van de anesthesie moet vóór de procedure worden uitgevoerd. Wie kan dit risico vaststellen behalve een anesthesist? Deze tekst heropent het debat over de preoperatieve raadpleging. Het gebruik van cardiorespiratoire monitoring wordt wettelijk verplicht. Maar men gaat verder op het gebied van de anxiolyse die, afhankelijk van de gebruikte dosis, een anesthesie kan worden. Denk bijvoorbeeld aan gastroscopieën en colonoscopieën met propofol. Anesthesie is voorbehouden aan een anesthesist of anesthesieassistent (het opleidingsniveau is uit de tekst verdwenen). De veiligheidsregels zijn streng, het is noodzakelijk om een geformaliseerd protocol te hebben in geval van problemen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het (elektronisch) voorschrift voor geneesmiddelen, het verwijzingsvoorschrift en het groepsvoorschrift<sup>70</sup>. Het groepsrecept is geschreven in het kader van een samenwerkingsverband tussen gezondheidszorgbeoefenaars en omvat een delegatie van bevoegdheden voor de zorgverleners die deel uitmaken van de overeenkomst. Zij beslissen na overleg met de patiënt en de voorschrijver in onderling overleg over de uitvoering van het groepsvoorschrift.

Verrassender is het verband tussen artikel 4, dat de therapeutische vrijheid definieert van de gezondheidszorgbeoefenaar, en het substitutierecht voor geneesmiddelenvoorschriften. Tenzij het recept een allergie voor een hulpstof vermeldt, kan de apotheker antibiotica en antimycotica vervangen op basis van de prijs. Bovendien kan hij bepaalde geneesmiddelen vervangen door van klasse van

---

<sup>70</sup> Art. 29

geneesmiddelen te veranderen volgens de regels vastgelegd door de Koning en na advies van de Commissie voor geneesmiddelen. (art. 6)

Karakterisatie.

Deze enigszins nieuwe term kan worden samengevat als de beschrijving van de patiënt door de zorgverlener en, indien pertinent, de karakterisatie van zijn verstrekking. Hij stelt een analyse op van de gezondheid van zijn patiënt en neemt dit op in het patiëntendossier. De term 'pertinent' wekt controverse en zou nader moeten worden omschreven.

De gezondheidszorgbeoefenaar moet ervoor zorgen dat de nodige omkadering aanwezig is die hem in staat stelt om kwaliteitsvolle gezondheidszorg te verrichten. In geval van schending van de voorwaarden inzake omkadering kan de minister het visum intrekken of schorsen.

De continuïteit van de zorg moet worden gewaarborgd.

Als een arts zijn activiteit stopzet, moet hij het patiëntendossier (met betrekking tot de zorg) doorsturen naar een andere collega die over dezelfde bevoegdheden beschikt, maar enkel met toestemming van de patiënt. Deze bepaling kan het einde van de loopbaan bemoeilijken.

De continuïteit van de zorg wordt voor alle gezondheidszorgberoepen, elk in zijn domein, ingeschreven in de wet. Voortaan zullen alle artsen-specialisten verplicht worden om mee te doen aan de wachtdienst. Voor de huisartsen werd deze verplichting vele jaren geleden in hun ministerieel erkenningsbesluit ingeschreven op gevaar af om hun erkenning te verliezen. Maar die verplichting verdween, door onoplettendheid, uit het artikel 10 van het ministerieel door een omstreden ministerieel besluit van 12.11.2015 (BS 24.12.2015) zodat er nu ook voor huisartsen geen wettelijke basis meer is voor deelname aan een wachtdienst. De verplichting om deel te nemen aan een wachtdienst om hun erkenning te behouden werd nooit uitdrukkelijk voorzien voor artsen-specialisten. De artsen-specialisten die in een ziekenhuis werken, nemen allen deel aan de wachtdiensten van hun ziekenhuis. De Orde van Artsen had in een advies de specialisten reeds gewezen op hun verplichting om de continuïteit van de zorg te verzekeren. Voor sommige niet in een ziekenhuis werkende artsen werd aan deze verplichting laconiek voldaan door op het antwoordapparaat een bericht in te spreken dat de patiënt zich in geval van nood moest wenden tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dergelijke praktijken zullen in de toekomst niet meer mogelijk zijn.

De gezondheidszorgbeoefenaar mag informatie omtrent zijn praktijk aan het publiek bekendmaken. De informatie moet waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar en wetenschappelijk onderbouwd zijn. Hij mag de beroepstitels waarover hij beschikt vermelden. Hij mag ook informeren over bepaalde opleidingen waarvoor geen bijzondere beroepstitel bestaat.

Het patiëntendossier<sup>71</sup>.

Behalve de administratieve inlichtingen die zich in het patiëntendossier bevinden, vermeldt de verstrekker de reden van de raadpleging en het probleem van de patiënt op het moment van de raadpleging. Daar houden de eisen niet op. De wet beschrijft niet minder dan 23 verschillende punten die in het dossier van de patiënt moeten worden opgenomen, waaronder de verstrekte informatie en de vertrouwenspersoon. Alles moet gedateerd zijn. Voor elk contact met de patiënt is een melding in het dossier vereist. Dit dossier wordt tot minstens 30 jaar en hoogstens 50 jaar na het laatste contact met de patiënt bewaard.

De kwaliteitscontrole wordt verzekerd door een toezichtscommissie. De Koning bepaalt de structuur en de werking van deze commissie na advies van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen. De idee van een 'Raad voor de kwaliteit van de gezondheidszorgberoepen' is verdwenen.

De 'Federale commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg' is verantwoordelijk voor het toezicht op de praktijk van de gezondheidszorgbeoefenaars. Er is een Nederlandstalige en een

---

<sup>71</sup> Art. 33 van het ontwerp van wet.

Franstalige kamer, voorgezeten door een magistraat of eremagistraat bij de rechterlijke orde. De kamer omvat minstens één arts en één plaatsvervangend arts voorgedragen door de Orde der Artsen, één apotheker en één plaatsvervangend apotheker voorgesteld door de Orde der Apothekers, twee vertegenwoordigers per beroep, artsen (...) en hulpverleners-ambulanciers. De toezichtscommissie is gemachtigd om de fysieke en psychische geschiktheid van de gezondheidszorgbeoefenaars en de naleving door de gezondheidszorgbeoefenaar van de bepalingen van de wet en haar uitvoeringsbesluiten te controleren. In geval van schending van cruciale kwaliteitsvereisten inzake de kwaliteit van de praktijkvoering kan de minister een verbeterplan opleggen aan de gezondheidszorgbeoefenaar. Bij vaststelling van fysieke of psychische ongeschiktheid, of van een inbreuk op de omkaderingsvereisten of de continuïteitsvereisten kan de minister het visum intrekken of schorsen. Indien er vrees bestaat voor ernstige gevolgen voor de patiënten of indien er ernstige en eensluidende aanwijzingen bestaan dat de verdere beroepsuitoefening zware gevolgen zal hebben voor de Volksgezondheid, kan de directeur-generaal tot de onmiddellijke voorlopige schorsing van het visum beslissen. Een definitieve beslissing wordt genomen door de minister.

Er zal een centraal register worden aangelegd dat alle zorgverstrekkers en het soort zorg dat zij verlenen, alsmede de identiteit van de gezondheidswerkers met wie zij samenwerken, omvat. Het zal door het publiek raadpleegbaar zijn.

Het wetsontwerp voorziet de inwerkingtreding voor 1 juli 2021.

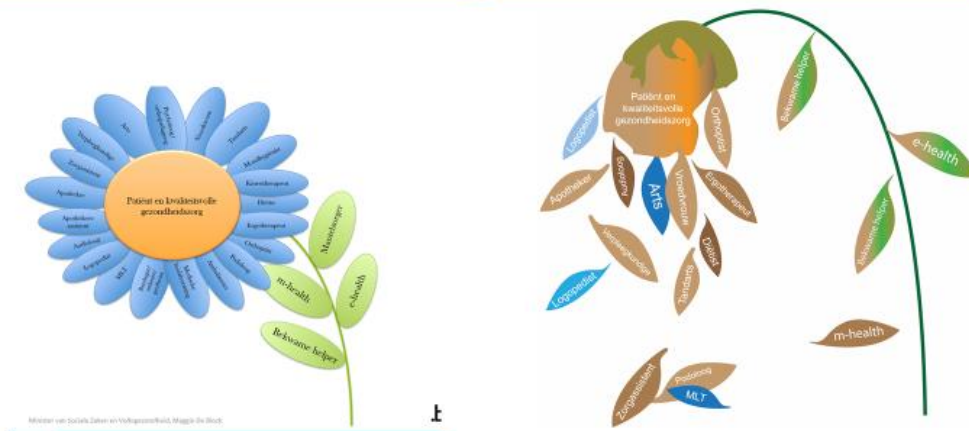
Het ontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werd op 22 januari 2019 besproken in de Kamer Commissie Volksgezondheid. Catherine FONCK (cdH) en Yoleen VAN CAMP (N-VA) hebben reeds een aantal amendementen neergelegd die betrekking hebben onder meer op de regulering van de instroom van artsen met een niet Belgische diploma, het invoeren van een taalexamen voor de zorgverstrekkers. De zorgbeoefenaars mogen hun beroep alleen uitoefenen indien ze kunnen bewijzen de officiële taal of talen van het taalgebied waar ze hun beroep uitoefenen machtig te zijn. Dit bewijs kan geleverd worden aan de hand van de taal waarin het diploma is opgesteld of door een taalexamen

Een amendement stelt eveneens de afschaffing voor van de vermindering met 25 % van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling voor de prestaties van niet-geconventioneerde vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers wanneer het quorum van 60 % individuele toetredingen tot het tariefakkoord is bereikt. Dit verschil in terugbetaling wordt niet toegepast op de verstrekkingen uitgevoerd door de artsen.

Rekening houdend met de gevoeligheden van de amendementen mag men eraan twijfelen dat het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg nog voor de verkiezingen van 26 mei 2019 door het parlement zal goedgekeurd worden.

La loi sur la qualité des pratiques

De wet op de kwaliteit van de geneeskundige praktijk



Afb. 4

### 4.3 Centralisatie van pancreas- en slokdarmchirurgie

In uitvoering van punt 4.1.3.2. Complexe kankerzorg van het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2018-2019 formuleerde de NCAZ de voorbije maanden voorstellen om de aanpak van complexe chirurgische ingrepen voor slokdarm- en pancreastumoren te verbeteren.

Op maandag 14 mei 2018 nam Dr. Philippe BOONS, adjunct-secretaris van de Beroepsvereniging van de Belgische Chirurgen (BBC), deel aan de ad-hocwerkgroep, voorgezeten door de heer Jo DE COCK.

De BBC heeft de voorstellen ontvangen voor enerzijds een overeenkomst over de behandeling van pancreascarcinomen, peri-ampullaire carcinomen en de niet-oncologische aandoeningen van de pancreas, en anderzijds een overeenkomst over de behandeling van slokdarmtumoren, gastro-oesofageale junctietumoren en de niet-oncologische aandoeningen van de slokdarm.

In de uiteindelijke documenten is quasi geen rekening houden met de geformuleerde opmerkingen. Integendeel, de quota voor het aantal ingrepen werden zelfs verhoogd, wat als gevolg heeft dat deze ingrepen niet langer in niet-universitaire centra zullen kunnen worden uitgevoerd. De BBC heeft de voorbije maanden meerdere brieven schreven aan het RIZIV, Maggie DE BLOCK<sup>72</sup> en uiteindelijk op 25.01.2019 ook naar alle Volksvertegenwoordigers

Hieronder vindt u een aantal opmerkingen van de Beroepsvereniging van Belgische Chirurgen i.v.m. deze documenten.

1° De documenten verwijzen uitdrukkelijk naar de ingrepen die in 2016, 2017 en 2018 op één campus werden uitgevoerd. Het lijkt erop dat deze precisering de oprichting van netwerken voor de centralisatie van pathologieën compleet nutteloos maakt, aangezien de quota al retrospectief zijn vastgesteld en niet voor verschillende sites kunnen gelden. Het lijkt de BBC dat dit punt moet kunnen worden gewijzigd in die zin dat, als meerdere instellingen samengaan en prospectief tot een voldoende aantal komen, zij gevalideerd kunnen worden.

<sup>72</sup> Op 26.04.2018 en 05.11.2018.

2° De BBC gelooft dat het opleggen van omgevingscriteria voor het uitvoeren van deze ingrepen een impact heeft op de kwalitatieve behandeling van onze patiënten. Een chirurgische permanentie verzekerd door chirurgen die deze ingrepen uitvoeren, gespecialiseerde anesthesisten, chirurgische teams met instrumentisten en operatieassistenten, intensive care met erkende intensivisten die 24 uur per dag aanwezig zijn, patholoog-anatomen voor het uitvoeren van peroperatieve analyses, interventionele radiologen etc. lijken logische vereisten.

3° De twee betrokken organen worden getroffen door zowel oncologische als niet-oncologische pathologieën die dezelfde operatiecodes hebben, maar waarvan de consequenties na de operatie zeer verschillend zijn. Deze moeten van het toepassingsgebied worden uitgesloten.

4° Een aantal van de betrokken chirurgische ingrepen vertonen uiteraard een zekere complexiteit, en dit zowel voor de slokdarm als de pancreas, maar er zijn ook andere ingrepen die ook binnen het toepassingsgebied vallen en niet dezelfde moeilijkheidsgraad hebben (bv. corporecaudale pancreatectomieën).

5° Waarschijnlijk is dit nog maar het begin van een centralisatie van pathologieën en zullen andere organen, zoals debulking van de eierstokken, thoracale chirurgie, leverchirurgie, intraperitoneale chemohyperthermie, enz. volgen.

6° De goedaardige pathologie van deze organen maakt het, met name voor de pancreas, voor onze ziekenhuizen onmogelijk om door te gaan met de behandeling van hemorragisch-necrotiserende pancreatitis, die niet zo vaak voorkomt, maar desondanks een zeer zware pathologie vormt voor zowel chirurgie als intensieve zorg.

7° Het verdwijnen uit onze ziekenhuizen van bepaalde ernstige pathologieën zal gevolgen hebben voor de behandeling van minder ernstige pathologieën. De chirurg die niet langer een biliodigestieve anastomose zal uitvoeren tijdens een duodenopancreatectomie, zal expertise verliezen om een herstel van de ductus choledocus te verwezenlijken bij een goedaardige pathologie van de galwegen. Het verdwijnen van oesofago-jejunale anastomose voor kankerpathologieën zal de expertise van de chirurg bij het herstellen van bv. een slokdarmletsel doen afnemen enz.

8° Een ander gevolg van het verdwijnen van de zware pathologieën is het verlies van expertise van de chirurgen om complexe traumatische pathologieën aan te pakken, zoals die voorkwamen na de terroristische aanslagen, waar we helaas niet van gespaard blijven. Alle ziekenhuizen van het land kunnen geconfronteerd worden met deze vorm van agressie.

9° Recent studiemateriaal, gepresenteerd tijdens de Journées Francophones de Pathologie Oncodigestives (Parijs, maart 2018) toont aan dat een zekere toename van de afstand, zelfs binnen hetzelfde Franse departement, de aanpak van ernstige aandoeningen verslechtert. De in het ontwerp voorgestelde centralisatie druist in tegen deze bevindingen.

10° Er is een zeer groot risico dat een overdreven centralisatie zal leiden tot een geneeskunde met twee snelheden, want als het wetenschappelijke belang vervaagt, is de kans groot dat het financiële belang de overhand krijgt.

Recente literatuur spreekt deze de impact van de concentratie tegen. In de Journal of the American College of Surgeons verscheen in juli 2018 een artikel omtrent jaarlijks orgaanspecifiek aangepaste mortaliteit in het ziekenhuis (AIHM annual organ-specific adjusted in-hospital mortality). Men analyseerde patiënten die in het ziekenhuis ingrepen aan blaas, slokdarm, pancreas, lever, long en rectum ondergingen van 2003 tot 2011 (NIS National Inpatient Sample) Het ging in het totaal om 233 000 (tweehonderd drieëndertig duizend) patiënten. Patiënten met een privéverzekering en de hoogste inkomens werden voornamelijk in grote ziekenhuizen geopereerd. Dit verschil is op zich al een

oorzaak van ongelijke resultaten. In de Belgische argumentering wordt daar echter geen rekening mee gehouden.

Bovendien werden patiënten met een hoge co-morbiditeit (opeenstapeling van verschillende pathologieën) voornamelijk geopereerd in ziekenhuizen met een laag of gemiddeld volume. De ziekenhuizen werden onderverdeeld in laagvolume- (<33 percentiel), mediumvolume- (<34-66 percentiel) en hoogvolumegroepen (>67 percentiel). De mortaliteit was hoger in laagvolumeziekenhuizen van 2003 tot 2005 voor alle ingrepen uitgezonderd leverchirurgie.

Tussen 2009 en 2011 namen de verschillen tussen lage, gemiddelde en hoge volumes echter af voor alle viscerale ingrepen. Voor rectumresectie was er geen verschil in mortaliteit en bleef het cijfer stabiel. De conclusie van deze Amerikaanse studie was dat voor alle ingrepen er in de loop der jaren een egalisering van de mortaliteit ontstond. De conclusie van deze Amerikaanse studie is dat de sterftcijfers van al deze ingrepen, uitgenomen leverchirurgie, na verloop van jaren tussen de centra gelijk zijn.

In België heeft de PROCARE-studie aangetoond dat de resultaten van rectale chirurgie in de meeste ziekenhuizen gelijkwaardig zijn, wat wordt bevestigd door de AIHM-studie.

De toekomst van een volwaardige en efficiënte chirurgische opleiding staat op het spel. Het is te verwachten dat er in de toekomst chirurgen zullen worden opgeleid die geen zware operaties meer mogen uitvoeren en dus geen kwaliteitsvolle zorg meer kunnen bieden aan hun patiënten.

Concreet wil de Beroepsvereniging van chirurgen:

1. dat er een zekere centralisatie van deze pathologieën wordt doorgevoerd naar ziekenhuizen die over de nodige infrastructuur beschikken (opgenomen in het ontwerp);
2. dat de operatiequota worden verlaagd om de regionale ziekenhuizen in staat te stellen deze operaties uit te voeren;
3. dat er samenwerkingsprojecten tussen ziekenhuizen (zelfs van verschillende netwerken) kunnen worden opgezet om een bepaald (naar beneden toe herzien) volume te verkrijgen;
4. dat er na enkele jaren een objectieve evaluatie wordt uitgevoerd om te bepalen of het al dan niet gerechtvaardigd is om deze pathologieën in ons land te centraliseren

## 5 Akkoord artsen-ziekenfondsen

### 5.1 Akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019

De artsen konden tot 15.03.2018 hun weigering om toe te treden of hun gedeeltelijke toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen meedelen aan het RIZIV. Aangezien de artsen hiervoor verplicht de webapplicatie van het RIZIV moesten gebruiken, konden de resultaten reeds op maandag 19 maart 2018 worden meegedeeld aan de medicomut.

De deconventiegraad ligt in dezelfde lijn als de voorbije jaren.

Huisartsen					
Gewest	Actief	Toegetreden		Geweigerd	
Brussels Gewest	2.594	2.129	82,07%	465	17,93%
Vlaams Gewest	10.626	9.840	92,60%	786	7,40%
Waals Gewest	6.262	5.465	87,27%	797	12,73%
<b>Totaal</b>	<b>19.485</b>	<b>17.437</b>	<b>89,49%</b>	<b>2.048</b>	<b>10,51%</b>

Tabel 1

Specialisten					
Gewest	Actief	Toegetreden		Geweigerd	
Brussels Gewest	4.965	4.106	82,70%	859	17,30%
Vlaams Gewest	16.281	12.797	78,60%	3.484	21,40%
Waals Gewest	9.844	8.290	84,21%	1.554	15,79%
<b>Totaal</b>	<b>31.095</b>	<b>25.197</b>	<b>81,03%</b>	<b>5.898</b>	<b>18,97%</b>

Tabel 2

Alle artsen					
Gewest	Actief	Toegetreden		Geweigerd	
Brussels Gewest	7.559	6.235	82,48%	1.324	17,52%
Vlaams Gewest	26.907	22.637	84,13%	4.270	15,87%
Waals Gewest	16.106	13.755	85,40%	2.351	14,60%
<b>Totaal</b>	<b>50.580</b>	<b>42.634</b>	<b>84,29%</b>	<b>7.946</b>	<b>15,71%</b>

Tabel 3

Niettegenstaande de voorbije jaren de dermatologen heel wat bijkomende financiële middelen gekregen hebben, blijft hun deconventiegraad heel hoog. 69 % van de dermatologen zijn gedeconventioneerde. In de wandelgangen van het RIZIV/kabinet luidt het dat de dermatologen er niet moeten op rekenen om de komende 10 jaar nog bijkomende middelen te krijgen. Ook bij de oftalmologen en de plastisch chirurgen ligt de deconventiegraad ver boven de 50 %.

EVOLUTIE DECONVENTIEPERCENTAGES 1993-2018 PER DISCIPLINE																			
		19.03.18	12.05.17	22.12.15	22.12.14	23.01.13	21.12.11	13.12.10	17.12.08	20.12.07	20.12.05	15.12.03	19.12.02	18.12.00	15.12.98	03.11.97	11.12.95	13.12.93	Gemiddelde
1	Arts Spec. in opleid. (ASO)	0.40	0.24	0.21	0.24	0.46	0.26	0.39	0.27	0.32	0.08	0.43	0.22	0.27	0.62	0.48	0.63	1.48	0.41
2	Geriatricie	1.52	1.25	1.30	1.69	2.54	2.75	2.56											1.94
3	Acute en urgentiegeneesk.	1.83	1.28	1.66	2.15	2.46	2.53	2.74											2.09
4	Medische oncologie	2.77	3.36	3.57	3.70	4.46	4.48	3.11											3.64
5	Inw. gen. + endocr. diabet.	4.23	3.24	4.54	4.96	6.10	5.64	5.71	7.48	6.31	6.92	8.17	9.98	10.09	7.73	7.12	7.99	9.98	6.83
6	Klinische biologie	4.63	3.04	3.05	3.15	3.35	2.87	3.19	2.56	2.27	2.68	2.12	2.58	0.87	1.31	1.60	2.04	2.92	2.60
7	Radiotherapie	5.68	5.75	5.45	5.16	5.69	5.56	3.81	4.57	3.74	3.89	5.70	5.30	2.88	3.79	3.91	4.24	7.08	4.84
8	Nucleaire geneeskunde	6.55	4.85	5.74	5.45	5.72	6.46	6.71	4.39	3.79	4.36	4.09	5.45	3.33	4.50	3.48	4.35	6.69	5.05
9	Anesthesiologie	7.15	7.06	8.45	11.87	12.06	12.41	12.10	12.55	13.60	15.27	14.45	15.63	13.86	14.85	15.28	15.27	16.61	12.85
10	Pneumologie	7.36	6.03	7.22	7.16	7.72	7.65	6.87	6.68	5.91	5.16	6.34	7.21	5.92	5.08	5.69	7.43	8.42	6.70
11	Pathologische anatomie	9.32	7.44	7.74	6.71	7.06	6.82	6.33	6.62	3.81	4.85	4.30	4.76	4.72	3.75	5.02	6.51	8.65	6.14
12	Algemeen geneeskundigen	10.51	9.74	11.46	11.41	12.13	12.11	12.32	13.01	12.49	13.59	15.91	15.78	11.85	14.62	13.88	15.68	19.18	13.27
13	Neuropsychiatrie	11.17	10.99	9.80	10.19	13.18	13.93	14.91	14.59	12.50	12.85	16.77	16.85	16.15	17.01	16.02	16.03	18.06	14.18
14	Neurologie	11.27	9.78	11.02	10.25	11.62	12.82	9.94	7.74	4.42	4.81	6.73	7.57	5.30	4.10	4.27	3.33	5.33	7.66
15	Psychiatrie	11.67	9.88	11.80	11.15	12.17	11.78	12.18	13.58	11.92	13.20	9.62	9.87	12.08	17.25	12.95	15.02	13.62	12.34
16	Pediatrie + ped. neurologie	12.55	10.89	12.36	11.85	12.00	11.00	10.62	11.21	9.96	9.70	11.70	13.02	12.39	14.36	13.22	14.93	18.21	12.35
17	Andere specialiteiten	15.25	11.67	12.31	13.04	9.57	9.80	7.89											11.36
18	Heelkunde	17.08	15.36	19.66	19.56	20.51	22.02	21.46	19.78	16.46	18.28	18.65	18.67	16.37	17.18	16.18	16.50	19.01	18.40
19	Gastro-enterologie	20.42	16.10	17.18	18.18	18.22	16.74	17.55	16.61	14.50	14.83	14.88	16.54	13.62	15.32	13.54	11.19	11.79	15.72
20	Reumatologie	22.27	18.29	20.99	23.21	22.31	26.05	24.15	24.60	16.93	19.53	19.20	18.33	18.34	18.47	17.81	20.77	22.56	20.81
21	Cardiologie	23.70	21.56	20.21	20.28	20.92	20.82	20.23	21.25	19.24	21.00	23.09	29.58	35.58	11.50	9.90	11.11	12.39	20.14
22	Neurochirurgie	25.42	22.94	26.70	26.24	28.85	26.37	25.39	24.35	20.74	22.03	20.78	23.45	20.16	22.22	25.22	22.41	25.45	24.04
23	Fys. gen. en Fysiotherapie	31.48	24.54	29.53	28.25	26.69	26.28	24.41	25.10	20.73	20.25	21.95	23.33	20.62	18.09	18.64	18.04	18.48	23.32
24	O.R.L.	31.83	26.25	30.53	30.60	31.38	32.40	31.09	29.68	27.12	27.84	26.87	27.51	26.17	28.94	27.90	26.94	29.50	28.97
25	Urologie	32.29	28.85	31.98	33.41	31.59	33.01	32.08	32.31	28.13	27.08	26.63	26.00	23.78	25.08	25.57	23.65	25.44	28.64
26	Radiologie	33.06	30.64	31.41	31.14	32.77	34.73	35.42	32.96	29.40	30.95	25.58	32.90	10.64	10.53	10.07	11.41	20.33	26.11
27	Stomatologie	38.50	34.29	40.63	41.18	39.76	40.73	40.79	39.74	37.70	35.08	39.40	35.97	36.39	33.78	32.20	37.14	39.43	37.81
28	Orthopedie	42.31	37.72	40.71	40.45	39.44	38.31	36.47	34.91	25.53	26.40	26.02	26.29	23.31	24.25	22.61	21.57	23.51	31.17
29	Gynaecologie-verloskunde	48.66	41.45	49.24	49.58	51.25	51.73	50.70	50.31	40.46	41.60	43.12	43.36	42.22	44.93	40.37	43.69	43.05	45.63
30	Plastische heelkunde	56.00	48.47	58.33	59.29	61.89	61.60	61.20	63.11	59.05	64.25	64.47	64.21	64.33	62.50	58.86	56.64	58.52	60.16
31	Oftalmologie	59.62	53.79	57.68	57.94	58.59	56.95	54.65	53.23	49.39	52.84	52.97	51.78	51.48	55.10	54.27	49.94	52.46	54.28
32	Dermatologie-venerologie	69.00	59.75	69.01	67.96	70.00	68.87	66.35	63.87	59.72	61.57	62.87	62.64	59.45	65.40	63.09	61.54	60.65	64.22
	Totaal specialisten + ASO	18.97	16.66	18.88	19.22	20.04	20.25	19.96	20.19	17.62	18.43	18.23	19.59	17.32	17.30	16.53	16.77	18.61	18.50
	ALGEMEEN TOTAAL	15.71	14.00	16.00	16.17	16.90	17.10	16.87	17.22	15.48	16.36	17.19	17.91	15.02	16.08	15.30	16.27	18.87	16.38



## 5.2 Budget 2019

De technische ramingen voor de artsenhonoraria voor 2019 werden eind september 2018 berekend op 8,538 miljard euro. De nieuwe forfaitaire honoraria voor de laagvariabele zorg vertegenwoordigen daarin een bedrag van 341,9 miljoen euro.

De globale doelstelling voor de artsenhonoraria 2019 bedraagt, na indexering met gemiddeld 1,45% of een bedrag van 131,9 miljoen euro en na aftrek van de 341,9 miljoen euro voor de honoraria voor de laagvariabele zorg, 8,321 miljard euro. In uitvoering van dit akkoord 2018-2019 bevat dit bedrag ook een besparing van 9,88 miljoen euro ter compensatie van de gereserveerde bedragen en de overvloeiende effecten van maatregelen op jaarbasis. Door een herschikking echter van bestaande budgetten door het RIZIV via een correctie op diezelfde gereserveerde bedragen, het schrappen van niet-uitgevoerde maatregelen en de onderbenutting van andere maatregelen werd er aan de andere zijde ook 13,792 miljoen euro extra gevonden. Na aftrek van de afgesproken besparing van 9,88 miljoen was er op die manier nog 3,912 miljoen euro beschikbaar voor nieuwe initiatieven.

Dit zeer beperkte bedrag staat in schril contrast met de som van alle nieuwe behoeften voor een totaal bedrag van 381,4 miljoen euro die door de verschillende disciplines werden ingediend. Omdat er echter geen extra budgetten beschikbaar zijn, worden deze voorstellen allemaal naar de prullenmand verwezen. Enkel voor de extra ondersteuning van de neurologen werd een bedrag van 2,5 miljoen euro afgenomen van het bedrag van 131,9 miljoen euro van de index. De totaliteit van de nieuwe initiatieven komt daarmee op 6,189 miljoen: 0,502 miljoen voor complexe kankerbehandelingen; 2,537 miljoen voor de huisartsen (o.a. verlenging van het GMD zonder huisartscontact); 0,65 miljoen voor de plastische chirurgie (correcties op de overeenkomst borstreconstructie) en tot slot werd er dus nog 2,5 miljoen voorzien voor de neurologen: 0,512 miljoen euro voor de acute beroertezorg en 1,988 miljoen euro voor elektroconvulsietherapie.

Tijdens de medicomutvergadering van 12 november legde de BVAS een voorstel op tafel waarbij het resterende bedrag van de index zou gebruikt worden voor een selectieve opwaardering van de intellectuele honoraria, dus zowel de raadplegingen, de toezichtshonoraria van art. 25, de consultancehonoraria voor de radiologen, de verstrekkingen pathologische anatomie als de forfaitaire honoraria per opname voor de klinisch biologen en de radiologen.

De index van 1,45% werd toegekend aan de honoraria met een indexclausule in de desbetreffende koninklijke besluiten: de forfaitaire honoraria per voorschrift klinische biologie, de forfaitaire honoraria zorgtrajecten, de verstrekkingen inzake genetic counseling, de beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen, specialisten en pediaters in E, alsook het medisch advies bij palliatieve patiënten (LEIFartsen).

Een index van 3,33% werd toegekend aan de forfaitaire honoraria klinische biologie per opname (dagziekenhuis en ziekenhuis), de forfaitaire honoraria medische beeldvorming per opname, de forfaitaire consultancehonoraria medische beeldvorming en alle intellectuele verstrekkingen (raadplegingen, bezoeken, adviezen, toezicht en pathologische anatomie).

De medisch-technische prestaties worden helemaal niet geïndexeerd.

Dit voorstel werd dezelfde avond nog goedgekeurd.

## 5.3 Accreditering

### Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2018 - 01.02.2019

2019		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2018-2019
		01.02.2019	01.02.2018	01.02.2019	01.02.2018	01.02.2019	01.02.2018	
	Artsen 000 & 009	2.558	1.982	0	0	0	0	0
	Algemeen geneeskundigen 001-002	1.381	1.409	1	0	0,07	0	0
	Erkende huisartsen 003-004-007-008	15.268	14.967	10.701	10.678	70,09	71,34	-1,25
	Huisartsen in opleiding 005-006	1.953	1.339	0	0	0	0	0
	<b>TOTAAL</b>	<b>21160</b>	<b>19697</b>	<b>10702</b>	<b>10679</b>	<b>50,58</b>	<b>54,22</b>	<b>-3,64</b>
1	Geriatricie	348	326	282	269	81,03	82,52	-1,49
2	Pneumologie	618	597	483	483	78,16	80,9	-2,74
3	Gastro-enterologie	783	758	589	583	75,22	76,91	-1,69
4	Reumatologie	266	258	200	198	75,19	76,74	-1,55
5	Neurologie	642	620	481	474	74,92	76,45	-1,53
6	Medische oncologie	300	287	224	229	74,67	79,79	-5,12
7	Oftalmologie	1237	1216	908	916	73,4	75,33	-1,93
8	Dermato-venerologie	832	818	596	605	71,63	73,96	-2,33
9	Radiologie	1839	1820	1305	1332	70,96	73,19	-2,23
10	Fysische geneesk. en fysiotherapie	576	559	407	405	70,66	72,45	-1,79
11	Cardiologie	1246	1210	880	874	70,63	72,23	-1,6
12	O.R.L.	743	733	521	537	70,12	73,26	-3,14
13	Radiotherapie	237	231	162	161	68,35	69,7	-1,35
14	Pathologische anatomie	378	364	257	256	67,99	70,33	-2,34
15	Psychiatrie	2118	2095	1396	1421	65,91	67,83	-1,92
16	Nucleaire geneeskunde	336	337	217	223	64,58	66,17	-1,59
17	Pediatrie + kinderneurologie	1876	1838	1206	1217	64,29	66,21	-1,92
18	Acute geneeskunde & urgentiegen.	1022	979	653	621	63,89	63,43	0,46
19	Urologie	495	475	311	308	62,83	64,84	-2,01
20	Gynaecologie-verloskunde	1693	1649	1059	1071	62,55	64,95	-2,4
21	Anesthesie-reanimatie	2384	2310	1463	1462	61,37	63,29	-1,92
22	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1732	1704	1010	1008	58,31	59,15	-0,84
23	Orthopedie	1192	1158	693	692	58,14	59,76	-1,62
24	Klinische biologie	623	626	361	378	57,95	60,38	-2,43
25	Apothekers-biologen	664	657	361	381	54,37	57,99	-3,62
26	Chirurgie	1641	1609	763	763	46,5	47,42	-0,92
27	Neurochirurgie	245	242	113	119	46,12	49,17	-3,05
28	Stomatologie	367	360	146	146	39,78	40,56	-0,78
29	Plastische chirurgie	306	301	94	101	30,72	33,55	-2,83
30	Neuropsychiatrie	171	190	32	35	18,71	18,42	0,29
31	Andere specialismen	57	60	7	9	12,28	15	-2,72
	Arts-specialist in opleiding (ASO)	5821	5201	3	2	0,05	0,04	0,01
	<b>TOTAAL SPECIALISTEN</b>	<b>26967</b>	<b>26387</b>	<b>17180</b>	<b>17277</b>	<b>63,71</b>	<b>65,48</b>	<b>-1,77</b>
	<b>TOTAAL SPECIALISTEN + ASO</b>	<b>32788</b>	<b>31588</b>	<b>17183</b>	<b>17279</b>	<b>52,41</b>	<b>54,7</b>	<b>-2,29</b>
	<b>TOTAAL</b>	<b>53948</b>	<b>51285</b>	<b>27885</b>	<b>27958</b>	<b>51,69</b>	<b>54,51</b>	<b>-2,82</b>

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 18.01.2019 en VBS-jaarverslag 2017 (03.02.2018).

Tabel 5

De afgelopen jaren bleef het accrediteringspercentage relatief stabiel, maar voor dit jaar moeten we toch vaststellen dat er globaal een daling is met 2,82% van het aantal geaccrediteerde artsen (algemeen geneeskundigen, specialisten en artsen in opleiding samengeteld). In ons vorige jaarverslag maakten we nog melding van een cyclisch verloop van het accrediteringspercentage, maar het laatst gekende cijfer is toch een historisch dieptepunt. Op 01.02.2019 is 51,69% van de artsen geaccrediteerd, tegenover 54,51% een jaar geleden. Deze cijfers zeggen echter niet alles: als we enkel de erkende huisartsen en

specialisten in rekening brengen, bedraagt het accrediteringspercentage 66,01%, of een daling met 1,59% t.o.v. 2018. Deze afname is vrij uniform over alle disciplines heen.

De RIZIV-commissie, bevoegd voor het verlenen van zowel de accreditatiepunten als de individuele accreditering van de artsen (de accrediteringsstuurgroep), nam half november 2018 afscheid van haar voorzitter, Dr. Marc MOENS, die sedert het begin van de accreditering 25 jaar geleden lid was van de stuurgroep, en de afgelopen 15 jaar samen met Dr. Geneviève BRUWIER (de Franstalige co-voorzitster) de vergaderingen van de stuurgroep leidde.

Tijdens haar vergadering van 15 januari 2019 duidde de accrediteringsstuurgroep Dr. Bart DEHAES aan als opvolger van Dr. MOENS als covoorzitter.

Het aantal aanvragen voor accreditering van navormingsactiviteiten is de voorbij jaren stelselmatig omhooggegaan en zal dit jaar de kaap van 20.000 overschrijden. Dit legt een toenemende druk op de verschillende paritaire comités en meer in het bijzonder op de stuurgroep Ethiek en Economie, die de meeste aanvragen te verwerken krijgt. De digitalisering van de accrediteringsaanvragen is reeds een tijdje geleden ingezet, waarbij in eerste instantie de aandacht enerzijds ging naar het digitaal verwerken van de individuele accrediteringsdossiers en anderzijds naar het elektronisch doorgeven van de aanwezigheden op de goedgekeurde navormingsactiviteiten.

Alle individuele dossiers zijn voor de betrokken artsen elektronisch raadpleegbaar en vernieuwingen van dossiers verlopen ook grotendeels elektronisch, wat de administratieve last voor de betrokken artsen vermindert.

In 2017 was er sprake om de online indiening van de aanvragen tot erkenning van activiteiten verplicht te maken, maar dit werd toen om praktische redenen nog niet ingevoerd. Waar medio 2016 al 80% van de aanvragen online ingediend werden, is dit percentage eind 2018 gestegen naar 92%. Er is beslist om de aanvragen vanaf januari 2019 verplicht online te laten gebeuren.

De aanvragen voor de erkenning van navormingsactiviteiten konden in 2018 dus nog zowel elektronisch als in papieren vorm ingediend worden, maar de verwerking ervan door het RIZIV en de paritaire comités verliep nog manueel, wat voor een gigantische papierberg zorgde. Om ook hieraan een einde te maken, werd er binnen het RIZIV een nieuwe softwareapplicatie ontwikkeld waarmee alle dossiers elektronisch kunnen worden geëvalueerd. Dit zorgt niet enkel voor een afname van de papierberg, maar heeft ook het voordeel dat de leden van de diverse paritaire comités en van de werkgroep Ethiek en Economie niet telkens naar Brussel hoeven af te zakken voor de evaluatie van de dossiers. Het maakt ook komaf met de vrij absurde situatie waarbij aanvragen elektronisch ingediend worden, vervolgens op het RIZIV op papier worden afgedrukt en geëvalueerd om dan tot slot opnieuw door de administratie elektronisch in het systeem ingegeven te worden.

Dit elektronisch evaluatiesysteem werd in de loop van 2018 ingevoerd, maar heeft nog te kampen met een aantal kinderziektes, waardoor de capaciteit om dossiers af te handelen bijzonder laag ligt en er, met name voor accreditatieaanvragen voor Ethiek en Economie, een forse toename is van het aantal achterstallige dossiers. Op een bepaald moment werd zelfs de kaap van 1.000 nog te behandelen dossiers overschreden. Deze achterstand kan natuurlijk grote gevolgen hebben voor de individuele accreditering van artsen indien zij op het einde komen van hun driejarige accrediteringsperiode. Om dit op te lossen, werd er binnen het RIZIV met man en macht naar een oplossing gezocht en op het moment van het schrijven van dit verslag bedraagt de achterstand nog zo'n 500 dossiers. De verwachting is dat deze achterstand binnen afzienbare tijd volledig ingelopen is en de verwerking van de aanvragen vanaf dan vlot zal verlopen.

Er is ook al een aantal jaren sprake om het systeem van de accreditering te evalueren en eventueel ingrijpende hervormingen door te voeren. Pogingen hiertoe in het verleden waren niet succesvol, maar in uitvoering van punt 4.5. van het Nationaal akkoord 2018-2019 heeft de Commissie Artsen-Ziekenfondsen onder leiding van Jo DE COCK in haar vergadering van december 2018 besloten om samen met de Accrediteringsstuurgroep en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie een werkgroep

op te richten, die nog voor de zomer van 2019 voorstellen moet formuleren met betrekking tot de hervorming van de accreditatie. Op dit ogenblik geeft het RIZIV ongeveer 311 miljoen euro uit aan 27.887 geaccrediteerde artsen, maar er zijn zeer grote individuele verschillen. Zoals in het vorige jaarverslag al werd meegedeeld zijn met name AADM en Kartel voorstander om de accreditering veel ingrijpender te forfaitariseren en de accrediteringssupplementen per prestatie te verminderen of zelfs af te schaffen. Er ligt een scenario op tafel waarbij het accrediteringssysteem zou ondergebracht worden bij de FOD Volksgezondheid, waarbij artsen in een persoonlijk portfolio moeten aantonen dat ze hun medische kennis op peil houden. En dus belanden we weer in de situatie van 25 jaar geleden...

## 5.4 Medische verkiezingen

De medische verkiezingen anno 2019: een verhaal van vallen, opstaan en opnieuw vallen...

De vierjaarlijkse artsenverkiezingen werden georganiseerd van 7 juni tot 26 juni om middernacht. Net zoals bij de vorige verkiezingen in 2014 waren drie organisaties erkend als representatieve artsenorganisaties: BVAS, Kartel en AADM.

Dit jaar was er beslist om de verkiezingen, in tegenstelling tot de vorige edities, volledig elektronisch te laten verlopen.

Om te kunnen stemmen moest elke arts beschikken over (1) een elektronische identiteitskaart (en werkende e-card-reader), (2) zijn/haar persoonlijke pincode en (3) een token. Alle artsen kregen van het RIZIV namelijk per gewone post een uniek token (code met een combinatie van cijfers en letters) toegezonden als bijkomende identificatiemethode om te kunnen stemmen, voornamelijk om er absoluut zeker van te zijn dat er geen twee stemmen konden uitgebracht worden door eenzelfde persoon.

Meteen doken de eerste twee problemen op.

Enkel artsen die geregistreerd waren op de kiezerslijst kregen namelijk een dergelijk token toegezonden. Elke individuele arts moest zelf controleren of (1) hij/zij wel op die RIZIV-kiezerslijst voorkwam en (2) het correspondentieadres nog correct was. Want het token werd per gewone post verstuurd, niet aangetekend. Hier knelde het schoentje een eerste maal: een steekproef van de gebruikte adressenlijst toonde namelijk aan dat een behoorlijk percentage van de brieven die verstuurd werden naar de gekende postadressen onbesteld terugkwamen. Deze artsen ontvingen dus geen token, hoewel ze wel op de kiezerslijst stonden. En zonder token, geen deelname aan de verkiezingen...

De tijdsperiode om de kiezerslijst te controleren was bovendien bijzonder kort en werd slechts summier bekendgemaakt door het RIZIV: van 7 tot en met 21 maart kregen de artsen de mogelijkheid om zelf via de website van het RIZIV na te gaan of ze geregistreerd waren.

Om de twee genoemde redenen (geen registratie of verkeerd adres) is het zeer waarschijnlijk dat een aantal artsen nooit een token ontvangen hebben en dus onmogelijk hebben kunnen deelnemen aan de verkiezingen.

De hele elektronische procedure op zich, opgesteld met als doel een correct verloop van de verkiezingen te garanderen, is haar doel jammerlijk voorbijgeschoten. De complexiteit ervan was dermate hoog dat de software de soep in draaide en men, afhankelijk van de browser die men gebruikte, al een echte IT-specialist moest zijn om toegang te krijgen tot de stemprocedure.

De eigenlijke verkiezingen gingen officieel van start op 7 juni 2018, maar kenden al meteen een valse start. En zo was probleem drie een feit.

Drie dagen later moesten de stemverrichtingen immers al stilgelegd worden wegens een fout in de verkiezingsapplicatie, waardoor een groot deel van de artsen geen toegang kregen tot het systeem of niet rechtsgeldig konden stemmen. 437 'gelukkigen' waren er wel in geslaagd hun stem rechtsgeldig te

laten registreren, maar om te vermijden dat er artsen dubbel zouden kunnen stemmen, werden deze stemmen geannuleerd. Hun token was theoretisch nog wel geldig, maar omdat het mogelijk was dat ze dat al hadden weggegooid, werd binnen het RIZIV een omslachtige procedure uitgestippeld, waarbij deze 437 artsen toch opnieuw hun stem konden uitbrengen op voorwaarde dat ze, op eigen initiatief, een schriftelijke verklaring op eer voor de aanvraag van een nieuw token zouden indienen. Vervolgens zouden ze door het RIZIV opgebeld worden, op een niet nader bepaald tijdstip, maar wel tijdens de kantooruren, waarna ze dan een nieuwe brief kregen toegezonden met daarin een nieuw token. De zaak nog complexer maken lijkt onmogelijk.

Voor alle duidelijkheid: deze procedure gold niet voor artsen die geconfronteerd waren met probleem 1 en 2 (diegenen dus die nooit een brief met een token ontvangen hadden).

Vanaf 13 juni was het dan opnieuw mogelijk om te stemmen en werd er tegelijkertijd ook besloten om de stemperiode te verlengen tot en met 2 juli om iedereen toe te laten zijn/haar stem uit te brengen.

Tijdens de duur van de stemperiode werden er nog verscheidene problemen vastgesteld: zo was de toegang tot de website en de stemverrichting zelf gedurende meerdere periodes niet mogelijk (probleem 4). Ook bleek het niet mogelijk te zijn om op een computer meerdere stemverrichtingen uit te voeren. Ook dat heeft er toe geleid dat een aantal artsen niet in staat waren om hun stem uit te brengen (probleem 5).

Het mag een klein mirakel heten, en het getuigt ook van een grote dosis doorzettingsvermogen van de kant van de artsen, dat ondanks al deze hinderpalen nog een deel van onze beroepsgroep hun stem heeft kunnen uitbrengen.

De syndicaten hebben terecht grote twijfels bij de rechtsgeldigheid van het hele verloop van de stemming, maar men mag ervan uitgaan dat het RIZIV niet bewust de intentie heeft gehad om de artsensyndicaten als relevante stakeholders te benadelen, of hun impact op het gezondheidsbeleid in te perken.

De resultaten van de verkiezingen werden op woensdag 3 juli 2018 bekendgemaakt.

Aan de verkiezingen namen 5.385 huisartsen en 6.754 specialisten deel of samen 12.139. Op 50.612 stemgerechtigde artsen geeft dat een participatiegraad van 23,98 %.

#### Resultaten van de medische verkiezingen 2018:

HUISARTSEN	Aantal stemmen	%
BVAS-ABSyM	1325	24,61
Kartel (ASGB-GBO-MoDeS)	2160	40,11
AADM	1853	34,41
Blanco	47	0,87

Tabel 6

SPECIALISTEN	Aantal stemmen	%
BVAS-ABSyM	5693	84,29
Kartel (ASGB-GBO-MoDeS)	804	11,90
AADM	184	2,72
Blanco	73	1,08

Tabel 7

HUISARTSEN + SPECIALISTEN	Aantal stemmen	%
BVAS-ABSyM	7018	57,81
Kartel (ASGB-GBO-MoDeS)	2964	24,42
AADM	2037	16,78

Tabel 8

Dit vertaalt zich in de volgende zetelverdeling in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen:

	Huisartsen	Specialisten
BVAS-ABSyM	2	5
Kartel (ASGB-GBO-MoDeS)	2	1
AADM	2	0

Tabel 9

Ondanks het feit dat het resultaat van de medische verkiezingen met het herwinnen van een huisartsenzetel heel gunstig is voor de BVAS, wordt dit resultaat toch als een pyrrusoverwinning ervaren. Het aantal artsen dat zijn stem heeft uitgebracht is bedroevend laag. Slechts één op vier artsen! uitgebracht. Het VBS en de BVAS tellen samen meer dan 16.000 artsen. Als men er zou van uit gaan dat beide andere syndicaten samen ook zo'n 10.000 betalende leden tellen, moeten we concluderen dat minder dan de helft van de betalende leden van de artsenorganisaties zijn stem heeft uitgebracht.

Ten opzichte van 2014 zijn er bijna 5.000 nieuwe artsen (artsen in opleiding en pas erkende artsen) bijgekomen en toch werden er 5.000 stemmen minder uitgebracht t.o.v. 2014. Dit kan niet allemaal geweten worden aan de slecht werkende informatica van het RIZIV. De meeste artsen beseften duidelijk het belang van deze medische verkiezingen niet.

Dit jammerlijk lage deelnamepercentage wierp zowel bij Dr. Bert WINNEN, kabinetschef van minister DE BLOCK, als bij Jo DE COCK, administrateur-generaal van het RIZIV, en bij de minister zelf<sup>73</sup> vragen op over de representativiteit van de artsensyndicaten. In een gesprek met de voorzitter van de BVAS, Dr. Marc MOENS, merkte Dr. Bert WINNEN de dag van de verkiezingen fijntjes op dat de winnaar van de verkiezingen, de BVAS, in feite maar kon rekenen op de steun van 13,86% van de stemgerechtigde artsen. Buiten het feit dat hun uitspraken, zacht uitgedrukt, nogal kort door de bocht zijn, en ze beter met het schaamrood op de wangen er voor hadden gezorgd dat de hele stemprocedure niet zo nodeloos ingewikkeld ware geweest, kan niet ontkend worden dat dit een bedroevend lage opkomst was. Het is dus niet geheel onbegrijpelijk dat de representativiteit van de artsensyndicaten door sommigen in vraag wordt gesteld. De desinteresse kan deels verklaard worden door onwetendheid van de artsen over de invloed die de artsensyndicaten zowel op het federale als op het regionale beleid hebben. Daarnaast is er de vaststelling dat het een algemene maatschappelijke tendens is om minder betrokkenheid te tonen buiten de strikte beroepsuitoefening op zich.

Een ander effect van het aantal deelnemers aan de verkiezingen was er op het vlak van de financiering van de artsensyndicaten: het koninklijk besluit dat deze financiering regelt, is onderweg om herzien te worden. Gelukkig is het nog niet verschenen in het Belgisch Staatsblad. Op basis van dat ontwerp van KB krijgen de syndicaten voortaan een vast bedrag per uitgebrachte stem en vloeit het saldo terug naar het RIZIV. Wegens alle stemperikelen was het zeer waarschijnlijk dat een aantal artsen niet hebben kunnen stemmen. Op deze manier zou er (ongewild?) een besparingsronde gerealiseerd worden op deze financiering. Om dit te corrigeren, werd beslist om aan minister DE BLOCK te vragen om het desbetreffende ontwerp van KB weer in te trekken, en wel het volledige voorziene bedrag van ± 1,2 miljoen euro volgens het oude systeem deels forfaitair en deels op basis van het aantal uitgebrachte stemmen te verdelen over de drie syndicaten.

Het concept van de medische verkiezingen moet volledig herzien worden. Er moet een systeem bedacht worden dat het uitbrengen van de stem vergemakkelijkt. De volledige procedure is elektronisch. Het is dan ook absurd dat de token die de artsen nodig hebben om hun stem te bevestigen per gewone post wordt verstuurd. Vroeger werd deze token per aangetekende brief verstuurd. Dit was niet noodzakelijk beter. De artsen waren ervan op de hoogte dat het RIZIV de uitnodiging om deel te nemen aan de medische verkiezingen aangetekend had verstuurd, waardoor ze dikwijls niet de moeite namen om deze op te halen wanneer de postbode langs was gekomen in afwezigheid van de arts.

<sup>73</sup> Cf. interview met Maggie DE BLOCK en Prof. Marc NOPPEN (VUB) in De Tijd van 26.01.2019

## 6 Medische beeldvorming

### 6.1 Protocolakkoord Medische Beeldvorming: Houston, we have a touchdown ... or not?

Wat voorafging:

Sinds het jaarverslag 2014 geven we een stand van zaken met betrekking tot het Protocolakkoord inzake medische beeldvorming, dat na aanslepende onderhandelingen in 2014<sup>74</sup> werd gepubliceerd. Het is een zeer uitgebreid akkoord, waarin besloten werd tot een uitbreiding van het aantal NMR-toestellen (12 extra) en PET-toestellen (ook 12 extra, met nog bijkomende capaciteit voor universitaire toestellen voor wetenschappelijk onderzoek), maar dat ook afspraken bevatte om de plaatsing en uitbating van niet-erkende toestellen onmogelijk te maken via een landelijk register van 'zware medische apparatuur', een streng handhavingsbeleid en de aanzet tot een moratorium op het plaatsen van nieuwe toestellen<sup>75</sup>.

In 2015 kwam de toestemming van de bevoegde Vlaamse minister VANDEURZEN voor de erkenning van de 7 bijkomende NMR-toestellen in Vlaanderen, ondanks bezwaar van ziekenhuisassociaties die uit de boot waren gevallen. Hun juridische procedures tegen die erkenningen liepen ook in 2018 nog steeds door.

In 2016 werd via het kadaster van zware medische toestellen vastgesteld dat op het Belgisch grondgebied maar liefst 17 NMR-toestellen operationeel waren die niet over de nodige vergunning beschikten, waarna deze toestellen uit gebruik werden genomen. In het vorige jaarverslag kon u tevens lezen dat de betrokken ziekenhuizen ook een 'vraag' van het RIZIV hadden gekregen met verzoek tot terugbetaling van prestaties aangerekend op deze niet-erkende toestellen voor een totaal bedrag van 13 miljoen euro. De afhandeling van dit dossier is nog steeds hangende bij het RIZIV.

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

De onderhandelingen hierover gingen van start in 2017, maar schakelden een versnelling hoger in de lente en zomer van 2018, wat uiteindelijk resulteerde in een 'Aanvulling op het protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake de medische beeldvorming', dat op 5 november 2018 werd ondertekend door alle acht (!) bevoegde ministers in ons land en dat aan het land kenbaar werd gemaakt via publicatie in het Belgisch Staatsblad op 14 december 2018.

Deze aanvulling op het eerste Protocolakkoord bevat zeven kernpunten:

1. Er moet een gestandaardiseerd elektronisch voorschrift worden ingevoerd om op een eenduidige en vooral controleerbare wijze de indicatiestelling voor een radiologisch onderzoek te kunnen opvolgen.
2. Er moet beslissingsondersteunende software worden geïmplementeerd die de aanvragende arts helpt om het meest geschikte radiologisch onderzoek aan te vragen. De praktische uitwerking ervan werd toevertrouwd aan het overlegplatform BELMIP.

---

<sup>74</sup> Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming, Belgisch Staatsblad 20.06.2014.

<sup>75</sup> Ingevoegd bij art. 26 van de Programmawet van 25.12.2016 (BS 29.12.2016).

3. Het handhavingsbeleid dat een halt moet toeroepen aan overconsumptie en onverklaarbare geografische verschillen wordt verder uitgewerkt: er zal een audit plaatsvinden in alle ziekenhuizen met focus op het goede en doelmatige gebruik van de ingezette middelen. De bevindingen zullen in kaart worden gebracht, er zal een benchmarking worden opgesteld en daarna zullen, indien nodig, correcties worden opgelegd.
4. Er wordt een aanvang gemaakt met de responsabilisering van de voorschrijvers. Tot op heden was het zo dat alle budgetoverschrijdingen medische beeldvorming uitsluitend ten laste kwamen van de radiologen en/of connexisten. De voorschrijvers werden niet betrokken bij de responsabilisering. In deze aanvulling van het Protocolakkoord is afgesproken dat eventuele budgetoverschrijdingen zouden verrekend worden over de verschillende actoren, dus ook de voorschrijvers.
5. Met betrekking tot het hot topic van beeldvorming voor lage rugpijn, waarvan er in België in het verleden veel grotere volumes werden uitgevoerd dan in de omliggende landen, moet er nagedacht worden over een geïntegreerde aanpak, die dus verder zou reiken dan louter responsabilisering van de artsen onder de vorm van nomenclatuuraanpassingen. Hoe zoiets praktisch in zijn werk moet gaan, zal voer zijn voor uitgebreid overleg tussen alle betrokkenen.
6. Het aantal erkende NMR-toestellen in België moet worden uitgebreid. Er zullen 18 bijkomende toestellen erkend worden, waardoor het totale aantal toestellen op Belgisch grondgebied stijgt tot 139. Er werd geen beslissing genomen over de regionale spreiding of individuele toewijzing. Wel werd beslist dat bij een uitbreiding er geen stijging mag zijn van het globale aantal onderzoeken CT en NMR samen, hetzij op ziekenhuis-, dan wel op netwerkniveau. Een grondige analyse van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van de evolutie van de onderzoeken na het Protocolakkoord van 2014 (cf. infra) had namelijk aangetoond dat er op nationaal niveau weliswaar geen significante daling was in het aantal onderzoeken van de wervelzuil, maar dat die er wel was bij die ziekenhuizen die vóór het Protocolakkoord niet beschikten over een NMR, maar erna wel. Vandaar dat de verdere uitbreiding van het aantal toestellen gekoppeld zal worden aan een incentive van de betrokken ziekenhuizen.
7. Tot slot zal er in de volgende jaren ook nagekeken worden of een alternatief financieringssysteem inzake medische beeldvorming intramuraal mogelijk is en een meerwaarde kan bieden.

Deze aanvulling van het Protocolakkoord omvat dus voornamelijk principiële beslissingen die de volgende jaren nog een concrete invulling dienen te krijgen. Met andere woorden: in de volgende jaarverslagen komen we hier zonder enige twijfel op terug.

De aanvulling van het Protocolakkoord is het resultaat van langdurige onderhandelingen tussen alle betrokkenen, zowel zorgverleners als de diverse overheden en werd geleid door de beleidscel van minister DE BLOCK, onder leiding van Prof. Koenraad VANDEWOUDE en Dhr. Bernard VERHEYDEN.

## 6.2 EURATOM-richtlijn

In het vorige jaarverslag stonden we al uitvoerig stil bij de omzetting van Euratomrichtlijn 2013/59 van 5 december 2013. België had de verplichting om deze ten laatste op 6 februari 2018 om te zetten in nationale wetgeving. Deze termijn werd alvast niet gehaald.

De Euratomrichtlijn heeft tot doel om tot een (meer?) rationeel, gerechtvaardigd en geoptimaliseerd gebruik van ioniserende straling in de medische sector te komen. Op 17 mei 2018 verscheen in het Belgisch Staatsblad de wet van 19 april 2018 houdende wijziging van de wet van 15 april 1994 betreffende de bescherming van de bevolking en van het leefmilieu tegen de uit ioniserende straling voortvloeiende gevaren en betreffende het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle. Deze wet is een gedeeltelijke omzetting van de hogervermelde Euratomrichtlijn. In art. 5 staat dat elk ziekenhuis



dat medisch-radiologische installaties bezit, een dienst voor medische stralingsfysica moet oprichten. De voorwaarden en regels waaraan voldaan moet worden, evenals de inwerkingtreding, zouden bij KB nader moeten worden bepaald. Opmerkelijk, want de Euratomrichtlijn maakt helemaal geen melding van een dienst voor medische stralingsfysica en nog minder van een verplichte oprichting ervan in ziekenhuizen.

Ondertussen was het FANC al in 2017 aan een uitgebreide consultatieronde met alle betrokkenen begonnen om de volledige Euratomrichtlijn om te zetten, maar dit proces liep dermate veel vertraging op dat de uiterste termijn van 6 februari 2018 niet gehaald werd.

Enkele dagen voor het begin van de zomervakantie publiceerde het FANC dan 3 ontwerpen van koninklijk besluit, die de integrale Euratomrichtlijn omzetten, op zijn website. Het belangrijkste KB voor de artsen-specialisten is dat betreffende de medische blootstellingen aan ioniserende stralingen en blootstellingen bij niet-medische beeldvorming met medisch-radiologische uitrustingen. De vrees die we vorig jaar uitspraken met betrekking tot de mate waarin het FANC rekening zou houden met de opmerkingen die verschillende stakeholders in de maanden voorafgaand aan de publicatie van het ontwerp KB gemaakt hadden, blijkt deels gerechtvaardigd.

Voor de nuclearisten, maar voor een deel ook de radiotherapeuten en de radiologen, hebben grote problemen met de zeer verregaande interpretatie die het FANC geeft aan de Euratomrichtlijn. En ook de ziekenhuisbeheerders zijn niet te spreken over de financiële verplichtingen die dit ontwerp-KB hen oplegt (oprichting van een dienst voor medische stralingsfysica). Zelfs de stralingsfysici zelf maken zich bedenkingen over het zeer korte tijds kader waarin alles georganiseerd moet worden.

Deze ontwerp-KB's volgen nu de verdere juridische weg, waarbij er adviezen worden gegeven door de Hoge Gezondheidsraad, de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, de Académie Royale de Médecine de Belgique, de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk, de Nationale Arbeidsraad en de Raad van State vooraleer het in de ministerraad kan besproken en goedgekeurd worden.

Omwille van de uitgebreide bezwaren van zowel de artsen als de ziekenhuisbeheerders valt te verwachten dat niet al deze adviezen louter positief zullen zijn. Er werd ook contact gelegd met het kabinet van minister DE BLOCK en het kabinet Binnenlandse Zaken (eerst N-VA-minister Jan JAMBON, nu CD&V-minister Pieter DE CREM), waaronder het FANC als autonome overheidsinstelling valt, om de bezorgdheden van de artsen over te brengen. Het is nu afwachten of de nodige aanpassingen zullen worden aangebracht en of deze ontwerp-KB's nog kunnen goedgekeurd worden door de huidige regering in lopende zaken.

### 6.3 BELMIP

Een belangrijke taak is ook weggelegd voor BELMIP, een overlegplatform dat enkele jaren geleden opgericht werd in de schoot van de FOD Volksgezondheid en waarin verschillende actoren samenkomen om te overleggen over een aantal zaken inzake medische beeldvorming.

Binnen BELMIP werd begin 2018 een werkgroep 'iGuide' opgericht, die de praktische implementering moet onderzoeken en coördineren van beslissingsondersteunende software. Er vonden al verschillende vergaderingen plaats, o.m. met informatici, over de wijze waarop dergelijke software zou kunnen geïmplementeerd worden. Zoals zo vaak is de realiteit een stuk ingewikkelder dan eerst gedacht. Er is afgesproken dat in eerste instantie zal gewerkt worden met 9 pilootprojecten die de 'proof of concept' moeten uittesten: voor elke landsgedeelte een groot, een middelgroot en een klein ziekenhuis. Vooraleer deze testfase kan aanvangen, moet er wel nog een Europese openbare aanbesteding gebeuren, waardoor de testfase vermoedelijk niet zal kunnen beginnen voor het najaar van 2019.

Verder heeft BELMIP ook structureel overleg met de industrie om tot een snellere implementering in de praktijk van nieuwe technieken te kunnen komen.

BELMIP staat ook in voor de praktische uitwerking van B-Quadril (Quality Assurance Audit for Diagnostic Radiology Improvement and Learning), een auditproces opgelegd vanuit het FANC voor diensten medische beeldvorming (voor radiotherapie en nucleaire geneeskunde zijn soortgelijke initiatieven reeds langer in voege). Een pilootfase met een aantal ziekenhuizen is in 2018 afgerond en de resultaten ervan worden nu verwerkt, om in een volgende fase uitgerold te worden over alle diensten medische beeldvorming in België.

De werkgroep Kwaliteitszorg heeft samen met de DGEC de geografische variaties in de Belgische praktijkvoering in kaart gebracht. Hierbij werden een aantal opmerkelijke vaststellingen gedaan. Zo is het volume aan radiologische onderzoeken van de wervelzuil in alle landsgedeelten gedaald, maar is dit niet geval voor de computertomografische onderzoeken: deze zijn de afgelopen jaren wel gedaald in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in Vlaanderen, maar niet in Wallonië. Er wordt nu nagekeken wat hiervoor de verklaringen kunnen zijn en hoe deze verschillen in de praktijkvoering kunnen weggewerkt worden.

## 7 Juridische procedures

### 7.1 Uitspraken – Afstand van geding

#### 7.1.1 Klinische genetica

In 2017 leidde de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de medische biopathologie op verzoek van het VBS een vordering tot nietigverklaring in tegen het ministerieel besluit van 23 mei 2017 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten klinische genetica<sup>76,77</sup>.

Erkende artsen in de inwendige geneeskunde, pediatrie, neurologie en gynaecologie mochten onmiddellijk met de specifieke opleiding in de klinische genetica beginnen. Alle andere specialismen niet. Ook cardiologen, pneumologen en de andere zusterdisciplines van de inwendige geneeskunde moesten eerst opnieuw twee jaar stage lopen in de inwendige geneeskunde. Hetzelfde gold voor de klinisch biologen, die tijdens hun opleiding al een jaar stage inwendige geneeskunde hadden doorlopen. Met de publicatie van het MB van 29 mei 2018<sup>78</sup> werd een einde gemaakt aan dit voor sommige disciplines die de bijzondere beroepstitel in de klinische genetica wensten te verwerven absurde opleidingstraject. Nu kan iedereen die een algemene klinische opleiding van 2 jaar gevolgd heeft voor een beroepstitel van niveau 2 in aanmerking komen voor de specifieke opleiding. Er bestaat geen discriminatie meer.

Zoals overeengekomen tijdens de overlegvergaderingen die over dit dossier gehouden werden tussen Prof. Dr. Koenraad VANDEWOUDE, kabinetsmedewerker van Maggie DE BLOCK, en Dr. Marc MOENS en Fanny VANDAMME, werd na publicatie van het wijzigingsbesluit afstand gedaan van geding.

---

<sup>76</sup> BS 31 mei 2017.

<sup>77</sup> Zie Punt 6.2.1 van het jaarverslag 2017 van Dr. Marc Moens, 'Onaffe werven'.

<sup>78</sup> BS 15 juni 2018.

## 7.2 Vorderingen ingeleid door het VBS of door zijn beroepsverenigingen

### 7.2.1 Laagvariabele zorg<sup>79</sup>

Een verzoekschrift tot nietigverklaring van de artikelen 2, 8°, 3, 4, 6 en 7 van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg werd ingeleid door niet minder dan 5 organisaties betrokken bij de kindergeneeskunde.

Als eerste middel wordt de schending van art. 22bis van de grondwet ingeroepen. Dit artikel bepaalt dat elk kind recht heeft op bescherming van zijn morele, lichamelijke, geestelijke en seksuele integriteit, en dat de wet, het decreet of de ordonnantie de bescherming van voormeld recht dient te waarborgen. Door de invoering van artikel 22 bis van de Grondwet<sup>80</sup> werd de bescherming van de rechten van het kind verder aangescherpt. Bij de bespreking van de grondwetswijziging werd de idee als uitgangspunt genomen dat kinderen afzonderlijke en volwaardige rechtssubjecten zijn die minstens evenveel rechten genieten als een volwassene. Kinderen genieten door hun zwakke rechtspositie een bijzondere bescherming. Het is de taak van de wetgever om de rechten van ieder kind maximaal te vrijwaren door een passende en specifieke bescherming te voorzien. Bij de uitoefening van deze taak dient de wetgever er zorg voor te dragen dat de identiteit van het kind erkend wordt.

De bevalling valt onder de laagvariabele zorg en de aanstaande moeder en haar kind behoren tot een van de patiëntengroepen bedoeld in art. 6 van de wet op de laagvariabele zorg.

Het is onbegrijpelijk dat in het kader van de bevalling zowel de zorgen die aan de moeder worden verstrekt als de zorgen die worden verstrekt aan de pasgeborene gedekt worden door éénzelfde prospectief bedrag. De zorgen die verstrekt worden aan twee individuele personen voor de financiering en het bepalen van het globaal prospectief bedrag per opname worden samen genomen, waarbij de gezondheidstoestand van de moeder als doorslaggevend wordt beschouwd voor het al dan niet toepassen van het systeem van de laagvariabele zorg.

Wanneer het gaat om een complicatieloze bevalling van ernstgraad 1 of 2, dan valt deze bevalling onder het systeem van de laagvariabele zorg. In de bestreden wet worden alle zorgen die verleend worden aan pasgeborenen gedekt door het globaal prospectief bedrag toegekend voor de bevalling, ongeacht of het kind zelf nu wel of geen gezondheidsproblemen of complicaties vertoont en dus bijzondere zorgen nodig heeft. Wanneer de bevalling voor de moeder daarentegen gecompliceerd verloopt, dan zal geen globaal prospectief bedrag per opname toegekend worden en zullen zowel de zorgen aan de moeder als aan het kind buiten de laagvariabele zorg vallen, zelfs indien er geen complicaties zijn voor de pasgeborene.

Met de gezondheidstoestand van het kind wordt bij de geboorte en gedurende de dagen na de geboorte geen rekening gehouden om uit te maken of het systeem van de laagvariabele zorg al dan niet van toepassing is op de aan het kind verstrekte zorgen. De wetgever had deze discriminatie kunnen vermijden door te bepalen dat er ook voor pasgeborenen kinderen een afzonderlijke patiëntengroep diende gecreëerd te worden. Men heeft dus geen rekeningen gehouden met de regel dat een kind een afzonderlijke rechtspersoonlijkheid heeft en dat het belang van het kind steeds de eerste afweging moet zijn en zelfs een voorrangpositie dient in te nemen bij het nemen van maatregelen.

Als tweede middel wordt een schending van artikel 23 van de Grondwet ingeroepen. Artikel 23 van de Grondwet bevat een waarborg die de wetgever verbiedt om de mate van bescherming van de rechten vervat in dit artikel (o.m. het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand) aanzienlijk te verminderen zonder dat daartoe redenen van algemeen belang bestaan. Terwijl de zorgen voorheen afzonderlijk per prestatie konden worden

---

<sup>79</sup> Wet van 19 juli 2018.

<sup>80</sup> Ingevoegd bij wet van 22 december 2008 tot wijziging van de Grondwet.

aangerekend is dit nu niet langer het geval, omdat de zorgen aan de moeder en het kind gedekt worden door hetzelfde prospectief bedrag per bevalling.

## 8 In vogelvlucht

### 8.1 BeCEP

Het werkthema van 2018 voor de beroepsvereniging urgentiegeneeskunde was “Fake news, Fake science, Fake quality”. Dit werd aangekondigd op de jaarlijkse meeting op 20 januari 2018.

Er werd een analyse gemaakt van de verschillende methodes van framing die binnen het gezondheidslandschap de beleidsvoering kleuren. Een andere groeiende uitdaging voor de praktijk is om het onderscheid te maken tussen pseudowetenschappelijke mededelingen en echt wetenschappelijk gefundeerde stellingen. In dezelfde lijn ligt het omgaan met de steeds toegenomen druk rond accreditering met het motief van kwaliteitsverbetering, maar die bij nader inzicht niet zelden een belangrijke connotatie heeft van profilering, machtsverwerving en soms zelfs verkleutering van de geneeskunde.

Er gebeurde regelmatig overleg met het kabinet DE BLOCK rond het ontbreken van een beroepsvertegenwoordiging in de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, terwijl de beroepsverenigingen van alle andere partners wel vertegenwoordigd zijn. De belofte om hier een mouw aan te passen zal door de val van de regering wellicht niet binnen deze legislatuur worden gerealiseerd. Desondanks zijn er vele adviezen gepasseerd die rechtstreekse impact hebben op het beroep van de specialist in de urgentiegeneeskunde en waar BeCEP enkel maar post hoc commentaar op kon leveren. Er is hoop dat hier verbetering in komt, eens er een nieuwe regering is gevormd.

Ook over de plaats van de urgentiegeneeskunde binnen het landschap van de laagvariabele zorg werd heel wat overleg gepleegd met diverse instanties om duidelijk te maken dat het werk van de urgentist niet start bij een diagnose, maar bij een klacht en bijgevolg niet binnen de rationale van laagvariabele zorg thuishoort. Hoewel iedereen deze rationale scheen te begrijpen, doet het KB van 2 december 2018 vermoeden dat dit toch niet echt het geval is. To be continued.

BeCEP heeft eveneens deelgenomen aan de interministeriële werkgroep om een advies te vormen over de toekomst van het spoedgevallenlandschap.

## 9 Besluit

2018 is het jaar van Maggie’s onvoltooide symfonie. De partituur is geschreven, geamendeerd, herschreven, maar niet gepubliceerd.

Enkel de ouverture – de ziekenhuisfinanciering voor de laagvariabele zorg – is uitgegeven. Een schuchtere ouverture, de nieuwe ziekenhuisfinanciering beperkt zich tot de artsenhonoraria. Een partituur met valse noten. Al jaren is er vraag naar een nieuwe nomenclatuur voor de gezondheidszorg gebaseerd op de realiteit van de verrichte prestaties. In het kader van de laagvariabele zorg neemt men de oude nomenclatuur en forfaitariseert ze. Het VBS heeft deelgenomen aan de werkzaamheden van de professoren PIRSON en LECLERCQ. Daarin schuilt een mogelijkheid om de nomenclatuur te herschrijven. Het werk van de professoren mag dan wel per specialisme zijn opgevat, een extrapolatie naar de volledige nomenclatuur behoorde tot de studiemogelijkheden. Een partituur schrijven zonder eerst de toonsleutel te bepalen is een huzarenstukje van het kabinet van minister DE BLOCK. Het resultaat: moeilijk te doorgronden calculaties om de honoraria tussen de zorgverstrekkers te verdelen

en de ereloonsupplementen te berekenen. Het ontbreken van software om de dubbele facturering uit te voeren, de totale verwarring over de herverdeling van de honoraria tussen de verschillende zorgverstrekkers zijn de noten van een zeer chaotische ouverture. De artsen spelen niet mee in deze partituur. De kinderartsen vorderen de nietigverklaring van de partituur voor het Grondwettelijk Hof en de Raad van State. Wellicht gevolgd door vaatchirurgen, cardiologen, anesthesisten, intensivisten... De sfeer in de concertzaal wordt explosief. Ook de ziekenhuisfederaties zijn op zoek naar een lezing van de partituur. 2019, het jaar van verkiezingen, een nieuwe regering, en een nieuwe verdeling?

In Vlaanderen is er een numerus fixus en in de Federatie Wallonië-Brussel een toelatingsexamen, met meer geselecteerde kandidaten dan RIZIV-nummers. Klinkt als een surrealistische symfonie!

De muziek over de kwaliteit van de geneeskundige praktijken is volledig herschreven. De barrières voor buitenlandse artsen, namelijk kennis van één van de drie landstalen en van het Belgische gezondheidssysteem (Selor had deze examens kunnen organiseren) zijn verdwenen. De deuren blijven wagenwijd open staan.

De Federale Raad voor de Kwaliteit, een gemeenschappelijk orgaan voor de verschillende beroepen in de gezondheidszorg, is uit beeld verdwenen. De kwaliteitscontrole wordt uitgevoerd door een controlecommissie die tot taak heeft het visum te handhaven of in te trekken. Het visum wordt niet langer uitgereikt door de provinciale raden maar door de FOD Volksgezondheid. Het praktijkvisum is niet langer een blanco cheque. Door middel van een portfolio moet worden aangetoond dat men over de competenties beschikt om een beroep in de gezondheidszorg uit te oefenen. Speelgoedsymfonie<sup>81</sup>?

In het noorden en zuiden, en recentelijk zelfs in Brussel, raken er ziekenhuisnetwerken georganiseerd, maar het tempo verschilt in de drie gewesten. Allegro moderato in Vlaanderen, lento in Brussel en largo in Wallonië. Het succes van de muziek hangt af van wat de deelstaten voor ogen hebben. Als je het tempo kent, zoek je naar de noten. Wallonië kent het probleem van het beheer van publieke en privé-instellingen en moet haar decreet aanpassen. Er zijn te veel statutaire benoemingen en te veel pensioenen om te betalen. Bovendien wil de componist oude partituren uit publieke, private of universitaire netwerken losjes kopiëren.

Wie zal de dirigent zijn, gesteund door een raad van bestuur met de hulp van experts die de muziek kennen? De harmonie tussen de onderdelen van het orkest, strijkers en blaasinstrumenten, is gebaseerd op consensus, waarbij de medische raad een meerderheid zal moeten zoeken om muziek te kunnen spelen. Maar tot op heden is de partituur nog niet goedgekeurd in de Kamer. Symfonie van de nieuwe wereld<sup>82</sup>?

Vandaag weet niemand welke partituur zal worden voltooid. 2019 wordt het jaar van de tinnitus. De muziek van de hervormingen klinkt constant op de achtergrond. Politieke onrust, politieke en communautaire discours dreigen voor een leegloop te zorgen in het orkest en ons gezondheidssysteem te hypothekeren. De bereidheid van burgers, artsen, ziekenhuisbeheerders om de nieuwe symfonie te schrijven zal de partituur redden. Hopelijk is het dezelfde in het noorden als in het zuiden als in het centrum!

Dr. Jean-Luc Demeere, 2 februari 2019

Werkten mee aan dit verslag: Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Aurélie François, Marc Hermans, Michel Lievens, Bernard Maillet, Baudouin Mansvelt, Michel Pletincx, Jan Stroobants en Fanny Vandamme.

---

<sup>81</sup> Compositie van Edmund Angerer.

<sup>82</sup> Compositie van Antonín Dvořák.