

VBS JAARVERSLAG 2015

Dr. Marc Moens

Secretaris-Generaal

Verandering in statu nascendi

Brussel
20.02.2016

Inhoud

1.	Activiteitenverslag	5
1.1.	Interne vergaderingen	5
1.2.	Publicaties.....	6
1.3.	De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia.....	6
1.3.1.	Zeldzame ziekten	7
1.3.2.	Radioprotectie	7
1.3.3.	Safety First anno 2015 - Symposium van de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie (BSAR)	8
1.3.4.	Jaarlijks symposium van de Beroepsvereniging Intensieve Zorgen.	9
1.4.	VBS-website	10
1.5.	Activiteiten van de AMSFr	10
1.6.	AVS – Artsenvereniging Vlaamse Specialisten.....	12
1.7.	Gezondheidsenquête – De Specialist – VBS	13
2.	VBS-vertegenwoordiging	14
2.1.	Binnenlandse vertegenwoordiging	14
2.1.1.	Akkoord tussen BVAS en VBS.....	14
2.1.2.	Medicanorm.....	16
2.1.3.	Mdeon	17
2.1.4.	Ontmoeting met Pharma.be	18
2.1.5.	Het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België (IFEB)	19
2.1.6.	Comité voor de evaluatie van de medische praktijken inzake geneesmiddelen en BCFI-CBIP	19
2.1.7.	Observatoire wallon de la Santé	20
2.1.8.	Slotseminarie 50 jaar RIZIV	20
2.1.9.	Lezing-college van het Collège Belgique (Académie royale des Sciences)	22
2.1.10.	Koninklijke academie voor geneeskunde van België (KAGB).....	22
2.2.	Internationale vertegenwoordiging – UEMS – CPME – FEMS en AEMH	23
2.2.1.	UEMS	23
2.2.2.	Gemeenschappelijke vergadering – FEMS- AEMH – EJD.....	26
2.2.3.	CPME	26
2.2.4.	WHO – EFMA	26
3.	Ziekenhuisfinanciering: hervormingsgolven aan de horizon	27
4.	Politiek	33
4.1.	Inleiding	33
4.2.	Consequenties 6 ^{de} staatshervorming.....	37
4.2.1.	FOD Volksgezondheid.....	37
4.2.2.	RIZIV.....	38
4.3.	Protocolakkoord Medische Beeldvorming: de saga gaat verder	39
4.3.1.	Wat voorafging	39

4.3.2.	En wat er gebeurde in 2015	39
4.4.	Euthanasie	41
5.	De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en huisartsen	43
6.	Artsenkadaster	44
7.	Akkoorden artsen-ziekenfondsen	45
7.1.	De mutualiteiten	45
7.2.	Opvolging akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2014 voor het jaar 2015 (BS 27.01.2015)	46
7.3.	Nationaal akkoord artsen- ziekenfondsen 22.12.2015 voor 2016-2017 (BS 27.01.2016)	49
7.3.1.	Inleiding	49
7.3.2.	Enkele cijfergegevens.....	50
7.3.3.	Een bananenschil: de minimumactiviteitsdrempel	52
7.3.4.	Administratiekosten: ziekenfondsen op ramkoers met regering Michel	53
7.3.5.	Vaststellingen i.v.m. accreditering	55
8.	Juridische procedures	57
8.1.	Inleiding	57
8.2.	Uitspraken.....	58
8.2.1.	Pensioenen,.....	58
8.2.2.	Zeldzame ziekten	58
8.2.3.	Nieuwe taken van de hoofdgeneesheer,	59
8.2.4.	Niet-conventionele praktijken,	59
8.3.	Nog te starten en lopende zaken	60
8.3.1.	Btw op esthetische ingrepen en behandelingen	60
8.3.2.	Desinfectie van endoscopisch materiaal	63
9.	Besluit	64

1. Activiteitenverslag

1.1. Interne vergaderingen

De vergadering van het uitvoerend bestuur van 5 januari 2015 begon met een donderslag bij heldere hemel. Op Dr. Jean-Luc DEMEERE rustte de moeilijke taak om het uitvoerend bestuur en het personeel op de hoogte te brengen van de te voorziene langdurige afwezigheid wegens gezondheidsredenen van Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal van het VBS. Bij de traditionele nieuwjaarsreceptie was van enige feestelijke stemming geen sprake. Een spontaan elan van solidariteit manifesteerde zich. De algemene vergadering was gepland op 7 februari 2015. Het vijftiendste jaarverslag van Dr. M. MOENS zou een collectief werkstuk worden. Hebben onder de continue waakzame en kritische pen van op afstand van Dr. M. MOENS actief meegewerkt aan de redactie ervan: de Drs. Bart DEHAES, Jean-Luc DEMEERE, Francis HELLER, Michel LIEVENS, de Heren Olivier LAMBRECHTS en Raf DENAYER en Mevr. Fanny VANDAMME.

In 2015 kwam het uitvoerend bestuur 26 maal samen. De vergaderingen vonden alternerend plaats op maandagmiddag en op dinsdag of donderdagavond volgens een op voorhand vastgelegde kalender. Op deze manier was het voor de nieuw verkozen leden van het uitvoerend bestuur, die allen nog actief in de praktijk staan, mogelijk om ook fysiek deel te nemen aan de activiteiten van het bestuur. Zoals voorheen werd van iedere vergadering een verslag gemaakt. Op die manier kon de secretaris-generaal de werkzaamheden van het bestuur verder nauwgezet opvolgen. Hij vulde ze ook aan met informatie die hij via andere elektronische kanalen ontving.

Het bestuurscomité kwam zesmaal bijeen in het Best Western Hotel, gelegen op de autosnelweg Brussel-Oostende, de vertrouwde stek voor de vergaderingen van het bestuurscomité VBS en van vele beroepsverenigingen, leden van het VBS. Het toelichten van de werkzaamheden van de Technisch Geneeskunde Raad, het Verzekeringscomité en de Medicomut, een vertrouwde taak voor Dr. MOENS werd tijdens zijn afwezigheid overgenomen door bestuurslid Dr. Bart DEHAES.

De denktank over de ziekenhuisfinanciering is tweemaal bijeengekomen, namelijk op 19 februari en 21 mei 2015. Het plan van aanpak voor de financiering van de ziekenhuizen voorgesteld door minister Maggie DE BLOCK en de Maha-studie¹ over 2014 werden er aan een kritische analyse onderworpen. Een stand van zaken van de gesprekken op het kabinet was een steeds weerkerend gespreksonderwerp bij de vergaderingen van het bestuurscomité.

De statuten van het VBS werden op 11 oktober 2014 gewijzigd om ze beter af te stemmen op de nieuwe staatsstructuur. Het bestuurscomité is voortaan samengesteld uit een Nederlandstalig en Franstalig stemgerechtigd lid van iedere beroepsvereniging. De beroepsverenigingen die nog niet vertegenwoordigd werden door leden van deze beide taalrollen waren dus verplicht om deel te nemen aan de VBS-verkiezingen ter gelegenheid van de algemene vergadering van 7 februari 2015. De Franstalige leden van het bestuurscomité vormen sindsdien de AMSFr². De Nederlandstalige leden vormen de AVS³. De algemene vergadering van het VBS werd voorafgegaan door het symposium zeldzame ziekten⁴.

¹ MAHA: Model for Automatic. Hospital Analyses. Belfius sector analyse van algemene ziekenhuizen.

² L'association des médecins spécialistes francophones du GBS. Cf. activiteiten verslag AMSFr punt

³ Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten. Cf. activiteiten verslag AVS punt

⁴ Cf. ook punt 8.2.2.

1.2. Publicaties

In mei 2015 verscheen het laatste nummer van De Geneesheer-Specialist, het blad voor de Nederlandstalige leden van de VBS-beroepsverenigingen. Niet dat het tijdschrift werd opgedoekt, want een maand later ging het blad onder een nieuwe, genderneutrale naam op de bus: De Arts-Specialist. Van De Arts-Specialist/Le Médecin Spécialiste werden er 7 papieren nummers en één speciaal nummer naar de leden verzonden.

E-specialist: van de elektronische nieuwsbrief van het VBS werden er, tussen 9 januari 2015 en 24 december 2015, 58 nummers naar de leden gemaild. Op 27 april werd, met een mailing over wijzigingen in een aanvraagformulier voor tegemoetkoming in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen naar de leden van de Beroepsvereniging Orthopedie de kaap van 500 e-specialists bereikt.

Naast de e-specialists, die onder VBS-vlag worden verstuurd en via de website publiek toegankelijk zijn, werden er ook diverse mailings verstuurd door de beroepsverenigingen zelf, bv. om algemene vergaderingen aan te kondigen.

Vergeleken met 'snailmail', de traditionele postbedeling, zijn elektronische mailings een snel en goedkoop communicatiemiddel. Ze zijn o.m. uitstekend geschikt om enquêtes te versturen. De responsgraad bij dergelijke online-surveys ligt bovendien aanzienlijk hoger dan bij enquêtes die via de gewone post worden verstuurd.

De beroepsverenigingen Anesthesie en Gynaecologie-Verloskunde verstuurd via het VBS een eigen enquête, de eerste over het pre- en postoperatieve gebeuren voor kritische en niet-kritische patiënten, en de tweede over de toekomst van het beroep, in het licht van de plannen van minister DE BLOCK om de vroedvrouwen meer in te schakelen in de eutocie.

Daarnaast verstuurt het VBS via e-specialist ook mailings over online-enquêtes als ze inhoudelijk relevant zijn voor de beroepsgroep van artsen-specialisten. Daarvan telden we er in 2015 drie: over 'Ziekenhuisbeleid en -financiering' (Artsenkrant/Journal du Médecin); over de invloed van het vergoedingssysteem medische ongevallen op de praktijkvoering van artsen (doctorandus in de Economie - UHasselt), en over multidisciplinaire urgentieteam (onderzoekers Karel de Grote Hogeschool).

Tot slot: het VBS verstuurt zijn elektronische mailings in principe enkel naar leden, en maakt daarbij gebruik van een bestand met e-mailadressen waarvan de eigenaars toestemming hebben gegeven om ze te gebruiken.

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

Symposia vormen een ideaal medium voor de beroepsverenigingen om hun activiteiten extra onder de aandacht brengen. Op deze manier worden de leden op een nuttige en aangename manier op de hoogte gebracht van de inspanningen van hun beroepsvereniging. Het is eveneens een uitgelezen moment om niet-leden te overtuigen van het belang van een sterke beroepsverdediging. Immers hoe meer artsen de beroepsverenigingen tellen hoe sterker zij staan om hun standpunten te verdedigen bij de bevoegde politici en bij de geëigende instanties. Het is dan ook niet ongewoon dat van deze gelegenheid gebruik gemaakt wordt om een vertegenwoordiger van de bevoegde ministers uit te nodigen om er het woord te voeren. Dit creëert een dynamisme tussen de beroepsvereniging en het beleid. Het VBS staat dan ook altijd paraat om samen met de beroepsverenigingen symposia te organiseren.

1.3.1. Zeldzame ziekten

Het symposium 'Zeldzame ziekten' van 7 februari 2015 was een respons op de KCE-studie⁵ die met zijn persbericht onder de titel: *"Zeldzame en complexe kankers: eindelijk erkende referentiecentra in België?"* grote aandacht kreeg in de Belgische media. Het was eveneens een manier om de activiteiten extra in de verf te zetten van de vele VBS-werkgroepen die waardevol werk hadden geleverd met een analyse van de verschillende zogenaamde zeldzame kankers⁶.

Er werden 220 effectieve deelnemers geregistreerd. Zowel journalisten van de medische als van de algemene pers waren aanwezig. De VRT was vertegenwoordigd door Dhr. Chris DE NIJS. Dankzij het symposium werd hen de mogelijkheid geboden om de andere kant van het verhaal te horen. Indien men Dhr. Raf MERTENS, directeur van het KCE, zou volgen, kunnen de niet-universitaire ziekenhuizen in de toekomst enkel nog basiszorg aanbieden. Alle zogenaamde zeldzame ziekten zouden nog uitsluitend kunnen behandeld worden in de universitaire centra.

Op het symposium werden sprekers van verschillende horizonten uitgenodigd om een zo breed mogelijk spectrum van het dossier te schetsen. Zo werd de statistische benadering van het begrip zeldzame ziekten toevertrouwd aan Dr. Liesbet VAN EYCKEN, directeur van de Stichting Kankerregister. Dr. Joseph WEERTS en Dr. Philippe VAN TRAPPEN namen de coördinatie op zich van respectievelijk de werkgroep pancreaskankers en zeldzame gynaecologische tumoren. Dr. Jean-Paul JORIS werd uitgenodigd om het standpunt van de medisch directeur toe te lichten. Het jaarverslag van Dr. Marc MOENS werd voorgesteld door Dr. Jean-Luc DEMEERE.

1.3.2. Radioprotectie

Na het megasymposium van 14 december 2013 dat ruim 600 deelnemers telde was het enthousiasme bij het VBS voor dit thema als gevolg van enkele organisatorische problemen een beetje bekoeld. In 2014 werd rond radioprotectie dus geen symposium georganiseerd. Omdat het VBS op korte tijd vijf symposia over radioprotectie had georganiseerd, bestond de verwachting onder de artsen-specialisten dat het VBS jaarlijks een dergelijke sessie als permanente vorming zou organiseren. In vergelijking met de vorige edities die konden rekenen op gemiddeld 450 aanwezige artsen, was de opkomst op 21 maart 2015 eerder bescheiden met "maar » 324 deelnemers. Het VBS-bestuur besliste om een beetje gas terug te nemen. Het merendeel van de artsen voor wie het gebruik van ioniserende stralingen niet tot hun corebusiness behoort hebben inmiddels de nodige uren permanente vorming gevolgd. De regelgeving verplicht de connexisten (en ook de radiologen) een permanente vorming van vier uren verspreid over tien 10 jaar te kunnen aantonen. Deze 10-jarige periode is voor het merendeel van de artsen in het kader van overgangsmaatregelen van start gegaan in 2001 met de invoering van het Koninklijk besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen⁷. Sinds 2001 moeten de artsen die in hun praktijk ioniserende stralingen gebruiken de geëigende specifieke opleiding hebben gevolgd. Dit omhelst een universitaire opleiding van 75 uur bestaande uit 45 uur theoretische vorming en 30 uur praktijkervaring en *"hierover met succes een kenniscontrole te hebben ondergaan"*⁸.

Het besluit van 2001 is geen statisch gegeven maar wordt, zoals alle reglementeringen, regelmatig

⁵ "Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker". KCE report 2019, 10.02.2014

⁶ De verslagen van de werkgroepen zeldzame kankers werden gebundeld in "De Geneesheer-specialist nr.8 van december 2014.

⁷ B.S. 30.08.2001

⁸ Art. 53.3.2. van het KB van 20.07.2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen.

geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd. Sinds 2015 zijn de verplichtingen omtrent permanente vorming in de radioprotectie die moeten kunnen worden aangetoond door de radiotherapeuten en de specialisten in de nucleaire geneeskunde fel verscherpt. Beide specialismen moeten jaarlijks een permanente vorming in de radioprotectie kunnen aantonen van drie uren⁹. Voor 2015 vormde dit geen probleem gezien het programma van de wetenschappelijke vereniging daarin voorzorg. De Drs. Bart DEHAES en Marc BROSENS maken deel uit van het uitvoerend bestuur van het VBS, en hebben hun medewerking verleend aan de organisatie van voorgaande sessies. Het lag dus voor de hand dat het VBS de uitdaging zou aangaan. Het VBS zal op 12 maart 2016 in samenwerking met het FANC¹⁰ de eerste sessie permanente vorming radioprotectie voor specialisten in de nucleaire geneeskunde en voor radiotherapeuten organiseren. De nodige contacten werden gelegd om te vermijden dat deze sessie radioprotectie in conflict zou komen met een activiteit georganiseerd door de wetenschappelijke verenigingen. Naast een gemeenschappelijke sessie voor beide disciplines, worden er twee parallelle sessies georganiseerd waarop disciplinespecifieke thema's worden belicht.

1.3.3. Safety First anno 2015- Symposium van de Belgische beroepsvereniging van artsenspecialisten in anesthesie en reanimatie (BSAR)

Het hoofdthema van het symposium van de anesthesisten op 31 januari in Brussel was de wijziging van de veiligheidsregels in de anesthesie die gezamenlijk door de wetenschappelijke vereniging (BVAR) en de beroepsvereniging (BSAR) werden gepubliceerd in 1989 en gewijzigd in 2001 en 2002.

De keuze viel op dit thema na de ziekenhuisinspectie door Zorginspectie Vlaanderen, dat haar rapport openbaar had gemaakt. In dat rapport werd aangegeven dat er in 2 % van de gevisiteerde operatiekamers geen anesthesist aanwezig was. Eén ziekenhuis op zeven zou in gebreke zijn. De publicatie van het rapport vormde de aanleiding tot een mediacampagne in de geschreven en audiovisuele pers waarbij het beroep in een slecht daglicht werd gesteld. In werkelijkheid machtigt de tekst van 2002 de anesthesist om de operatiekamer te verlaten op voorwaarde dat hij het toezicht toevertrouwt aan een opgeleid verpleegkundige (*skilled person*). De anesthesist moet in de buurt blijven en behoudt de volledige verantwoordelijkheid over de anesthesie (art 2.09). De Vlaamse inspectie heeft dat artikel aan een eerder artikel (art. 2.07) gekoppeld, waarin gestipuleerd wordt dat in geval van een urgentie met levensgevaar in een andere zaal (hartstilstand), de anesthesist de operatiekamer mag verlaten om er te gaan helpen. Alle gekheid op een stokje, in een ziekenhuis had een anesthesist, hoofd van het OK, zijn zaal verlaten om de inspecteurs te verwelkomen. Die stelden vast dat hij dat deed terwijl er geen hartstilstand was. De dienst werd gesanctioneerd.

De anesthesisten wilden aan het artikel 2.09 een nieuwe interpretatie geven, die overeenstemt met de klinische realiteit. Dr. René HEYLEN, anesthesist en jurist, en voorzitter van de BSAR, had een update voorbereid van de interpretatie van artikel 2.09. Om nog voor het symposium een zeer breed draagvlak te verkrijgen, werd de tekst binnen het Concilium Inter Anesthesiologen (CIA), dat de BVAR en de BSAR verenigt, voorgesteld, besproken en goedgekeurd. Tijdens het symposium werd de tekst unaniem goedgekeurd. Hij zal echter niet, zoals de vorige teksten, worden gepubliceerd in de *Acta Belgica Anaesthesiologica*, omdat de BVAR oordeelt dat het om een interpretatie gaat, en niet om een wijziging. Dat is koren op de molen van de Vlaamse Zorginspectie, die steeds kan argumenteren dat zij de tekst van Safety First op haar manier interpreteert. Gelukkig kunnen de contacten tussen de BSAR en de Vlaamse administratie de anesthesisten in het noorden van het land geruststellen. De administratie aanvaardt de interpretatie van de beroepsvereniging. Helaas werd de zaak in de Franstalige pers gecommunautariseerd¹¹. In een artikel wordt de bevinding dat er bij 2 % van de anesthesieën geen

⁹ Het betreft een interne beslissing van het FANC ; staat enkel vermeld op de FANC website.

¹⁰ FANC: Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle – AFNC: Agence fédérale de contrôle nucléaire

¹¹ « Le secteur de l'anesthésie doit se réformer pour la sécurité du patient - Polémique : des pratiques illégales en Flandre ». Le Soir, 20.02.2015.

anesthesist aanwezig is toegelicht. Er werd boudweg gesteld dat er in Vlaanderen simultane anesthesieën plaatsvinden, d.w.z. één anesthesist voor meerdere patiënten.

Op het symposium gaf anesthesist en jurist, Dr. Lieven WOSTYN, een heldere uitleg over het belang van Safety First en het gebruik ervan in rechterlijke uitspraken. Prof. J.T.A. KNAPE benadrukte de rol van de verpleegkundige (*skilled person*) die de anesthesist bij het toezicht op, en de uitvoering van de anesthesie bijstaat. Dr. Jan MULIER had een persbericht opgesteld naar aanleiding van de publicatie van de audit van de operatiekamers door de Vlaamse inspectie, waarin hij een niet erg vleiende nieuwsuitzending van VTM citeerde, maar hij bracht vooral verslag uit over de resultaten van de audit. Zijn analyse klonk diametraal anders dan de sensatie- (of schandaal-)pers. Dr. Eric DEFLANDRE verdedigde het model van perioperatieve zorg waarin de anesthesist verantwoordelijk is voor de preoperatieve consultatie, de anesthesie en het postoperatieve gedeelte (met uitzondering van intensieve zorg) tot aan het ontslag van de patiënt. Dr. Dirk HIMPE schetste op duidelijke en beknopte wijze de toekomst van de Medicomut en het overlegmodel.

De namiddagsessie was vooral gewijd aan de door de minister van Volksgezondheid aangekondigde ziekenhuishervorming. Dr. Jean-Luc DEMEERE vatte studie 229 van het KCE samen¹². De heer Peter DEGADT, CEO van Zorgnet Vlaanderen¹³, zette de visie van Zorgnet Vlaanderen uiteen. Meester Filip DEWALLENS, tot slot, sprak over het juridische model van medebestuur in de ziekenhuizen en de rol van de Medische Raad.

Het symposium was een succes. Het heeft geholpen om de opdracht en de functie van de anesthesist te definiëren. Na het symposium heeft Dr. Jean-Luc DEMEERE, die bijna 20 jaar verantwoordelijk is geweest voor de organisatie van het symposium, de fakkel doorgegeven. In 2016 zal het symposium rusten op de schouders van Dr. René HEYLEN.

1.3.4. Jaarlijks symposium van de Beroepsvereniging Intensieve Zorgen.

De jaarlijkse algemene vergadering van de beroepsvereniging intensieve zorgen vond plaats 26 februari 2015. Traditiegetrouw wordt de bijeenkomst gekoppeld aan een wetenschappelijk symposium. Enkele gastsprekers behandelden onderwerpen die nauw samenhangen met de werkomstandigheden van de intensivisten.

In 2015 werd een toelichting gegeven over de budgetoverschrijding in de reanimatienomenclatuur (artikel 13). Als tweede topic werden manieren voorgesteld om de kwaliteit van de zorg binnen de functie intensieve zorgen te documenteren.

De bijeenkomst werd bijgewoond door meer dan 50 collega's intensivisten. De presentatie door een aantal experts uit domeinen binnen en buiten de intensieve zorgen en de daaropvolgende discussie vormen een ideale gelegenheid om bij de leden van de beroepsvereniging te polsen wat de verwachtingen zijn en op welke punten de beroepsvereniging intensieve zorgen initiatieven dient te nemen bij de bevoegde instanties.

Deze jaarlijkse bijeenkomst in februari vormt ook een trigger waarop nieuwe collega's besluiten lid te worden van deze beroepsvereniging.

¹² KCE Reports 229A. "Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen. Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering". 26.09.2014

¹³ Zorgnet Vlaanderen en Icuroweb hebben op 5 mei 2015 een fusieprotocol ondertekend. Vanaf die datum werken beide teams op geïntegreerde manier samen. De fusie zou tegen 31.12.2017 volledig afgerond zijn.

1.4. VBS-website

De website van het VBS

De website van het VBS, die op 3 maart 2014 werd gelanceerd, wordt zeer regelmatig bijgewerkt door het VBS-team. Behalve de jaarverslagen en de archieven van ons tijdschrift, vindt de bezoeker er informatie die actueel wordt gehouden door de VBS-medewerkers, die zijn opgeleid om de aankondigingen van symposia, nomenclatuurwijzigingen, tarieven, en alle andere belangrijke informatie voor de uitoefening van de specialistische geneeskunde bij te werken.

Het VBS-secretariaat zet ook de formulieren voor online-inschrijving voor de diverse door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia op de site. Online inschrijven voor een symposium stelt ons enerzijds in staat om te besparen op portkosten, inkt en papier, en vergemakkelijkt anderzijds het administratieve werk van het secretariaat om de inschrijvingen te beheren.

Het komende jaar zal het VBS tools introduceren voor een betere interactie met de bezoekers van onze website, in het bijzonder met de leden van het VBS.

Enkele statistieken

Het secretariaat, dat autonoom de website beheert, beschikt over statistieken van bezoeken en activiteiten op onze site. Wat de bezoekers van de website van het VBS betreft: in de loop van 2015 werd de website van het VBS, op basis van de tendensen verstrekt door Google Analytics, bezocht door 19.756 verschillende bezoekers, die in het totaal 100.793 pagina's van de site bezochten. Het bezoek aan onze website vertoont dus een mooie groei t.o.v. het voorgaande jaar: op jaarbasis is het aantal bezoekers met 20 % gestegen, terwijl het aantal bekeken pagina's met 13 % toenam.

Wat de verspreiding van communicatie betreft – ongeacht of het gaat om de e-specialist, het tijdschrift of andere berichtgeving ter attentie van alle leden of de leden van een specifieke beroepsvereniging in het bijzonder – verstuurd het VBS 150.439 e-mails. Deze mailings worden gemiddeld door 38,3 % van de geadresseerden gelezen. Volgens een wereldwijde studie worden e-mails afkomstig van beroepsverenigingen gemiddeld door 22,8 % van de bestemmingen gelezen. Dat bevestigt de relevantie van de informatie die het VBS via e-mail naar zijn leden verstuurt.

De VBS-website, een communicatie- en beheersinstrument voor de beroepsverenigingen van artsen-specialisten

Dankzij de website van het VBS en de mailingtools waarover we beschikken, kunnen we zeer gericht boodschappen versturen om de evenementen van de beroepsverenigingen te promoten.

Het VBS kan ook online-enquêtes opstellen en versturen voor de beroepsverenigingen.

1.5. Activiteiten van de AMSFr

De AMSFr is 13 keer samengekomen sinds de algemene vergadering van het VBS op 07.02.2015.

Op de eerste vergadering van het bestuurscomité na de algemene vergadering werden Prof. Francis HELLER tot voorzitter en Dr. Michel LIEVENS tot secretaris verkozen voor een termijn van vier jaar. Omdat ze zeer recent werd opgericht, eind oktober 2014, heeft de vereniging zich het hele jaar door bezig gehouden met het contacteren van de regelgevende instanties, bevoegd voor gezondheid en opleiding van de artsen in de Federatie Wallonië-Brussel, met de bedoeling zich bij deze instanties bekend te maken en door hen te worden uitgenodigd om hen advies te geven, of beter nog, deel te nemen aan de besluitvorming over de richting die het gemeenschapsbeleid inzake gezondheidszorg moet uitgaan.

Zo had de AMSFr op 10 maart 2015 een ontmoeting op het kabinet van Maxime PRÉVOT, Waals minister van Openbare werken, Gezondheid, Sociale actie en Patrimonium. Onderwerpen die werden besproken waren de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (met de impact ervan op het aanbod van specialistische zorg en de samenwerking tussen de instellingen), de actieve deelname van artsen-specialisten bij de overheveling van zorg naar de ambulante sector, en de specifieke rol van de universitaire ziekenhuizen.

Op 19 juni 2015 ontmoette de AMSFr de kabinetschef van Jean-Claude MARCOURT, minister van o.a. Hoger onderwijs, met inbegrip van de geneeskunde. De AMSFr herinnerde aan haar grote betrokkenheid bij de opleiding van artsen-specialisten in niet-academische ziekenhuizen (in de erkenningscommissies) en haar zorg voor een objectieve regulering van de quota van specialisten in de Federatie Wallonië-Brussel. Ze herhaalde ook haar standpunt over de manier waarop de gemeenschap de federaal opgelegde numerus clausus in de praktijk brengt.

Op 6 oktober 2015 had de AMSFr in Charleroi een ontmoeting met MR-voorzitter Olivier CHASTEL. Tijdens het gesprek, dat in een zeer positieve sfeer verliep, kwamen de diverse onderwerpen die de AMSFr na aan het hart liggen aan bod, namelijk de numerus clausus, de subquota voor de medische specialismen, de niet-academische opleiding van kandidaat-specialisten, de evolutie van het ziekenhuislandschap en het zorgaanbod als gevolg van de lopende hervorming, de plaats van de specialistische geneeskunde in de ambulante sector, het respect voor de vrijheid van patiënten om hun arts te kiezen enz..

Op advies van Olivier CHASTEL had een delegatie van de AMSFr op 22 oktober 2015 een ontmoeting met Jean-Noël GODIN (MR), expert in medische aangelegenheden en verbonden aan het kabinet van federaal premier Charles MICHEL. De AMSFr lichtte haar standpunten over hot topics toe: numerus clausus, subquota van specialisten, echelonnering van de zorg, verantwoordelijkheid van de opeenvolgende verstrekkers in de patiëntenzorg buiten het ziekenhuis, te implementeren kwaliteitscriteria in de ziekenhuizen, hervorming van KB nr. 78 inzake de paramedische beroepen met de voorgenomen verschuiving van medische taken aan paramedici, relaties tussen academische en niet-academische ziekenhuizen, samenwerkingsinitiatieven tussen ziekenhuizen. Door een zeer interactieve discussie bleek de grote kennis van Dhr. GODIN over al deze thema's. Hij nodigde de AMSFr-delegatie uit om concrete voorstellen te doen voor wettelijke maatregelen die de grote toestroom van buitenlandse artsen zouden kunnen verminderen.

Er werd schriftelijk contact gelegd met de Brusselse regering, meer bepaald met Didier GOSUIN, Brussels minister van Economie, Tewerkstelling, Beroepsopleiding, Gezondheid, Begroting en Openbaar ambt. Een onderhoud met Nathalie NOËL, adjunct-directeur van zijn kabinet, moet binnenkort plaatsvinden. Senator en confrater Professor Jacques BROTCHE zal ook worden gecontacteerd om tijdens een (nog vast te leggen) vergadering de standpunten van de AMSFr over actuele dossiers m.b.t. de organisatie en de praktijk van de gezondheidszorg voor te stellen.

Hoewel de minister-president van de Franse Gemeenschap, Rudy DEMOTTE, niet gereageerd heeft op de brief die de AMSFr aan hem richtte, heeft hij het VBS, en dus meer in het bijzonder de Franstalige vleugel, uitgenodigd om in de loop van maart 2016 deel te nemen aan een vergadering over de subquota voor de medische specialismen. Daarom heeft de AMSFr de beroepsverenigingen opgeroepen om aan het VBS-secretariaat hun gedachten over het (onvolmaakte) kadaster van hun specialisme mee te delen, en vooral hun inschatting van de behoefte aan specialisten rekening houdend met de leeftijds piramide en het aantal specialisten in opleiding. Op basis van die informatie, die specifiek is voor elk specialisme, zal de AMSFr een synthesedocument opstellen waarin concrete cijfers worden voorgesteld voor de subquota voor de medische specialismen in de komende jaren.

De AMSFr is begaan met het thema van kwaliteit in het ziekenhuis. Wie zal de kwaliteitscriteria definiëren waaraan de ziekenhuizen zullen moeten voldoen? Hoe en binnen welke termijn? Ze heeft zich dus de vraag gesteld of het opportuun is om haar kandidatuur te stellen om te zetelen in PAQS¹⁴, een vzw die in Wallonië door de ziekenhuizen en ziekenhuisverenigingen werd opgericht. Geen enkele artsenvereniging maakt er op dit moment deel van uit. Na contact te hebben gehad met de voorzitter van de vzw, heeft de AMSFr besloten om genoeg te nemen met een rol als waarnemer, waardoor ze op de hoogte kan blijven van de activiteiten van PAQS en uitgenodigd wordt op de seminars die deze vereniging organiseert.

Zo organiseerde PAQS op 12 oktober 2015 een denkdag met als thema “Welke (kwaliteits-) indicatoren voor welke doelstellingen?”. Gedurende de dag werden Belgische en buitenlandse ervaringen met het gebruik van kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen gepresenteerd. Tal van politieke vertegenwoordigers van de gefedereerde entiteiten beklommen het spreekgestoelte om er hun visie op het thema uiteen te zetten (R. DEMOTTE, D. GOSUIN, M. PRÉVOT). Hun aanwezigheid getuigt van het krediet dat de vzw bij hen geniet. Bij de Federatie Wallonië-Brussel nam de AMSFr akte van de oprichting van de Agence wallonne de la Santé, een ION¹⁵ waarin alle stakeholders op het vlak van gezondheid een zitje hebben, behalve de artsen (-verenigingen), zoals minister PRÉVOT moest erkennen.

De AMSFr heeft ook position papers geschreven (in lijn met die van het VBS) over de numerus clausus en de rol van de universitaire ziekenhuizen.

In het licht van de vele dossiers die moeten worden behandeld, waarvan de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet het minst complexe is, heeft het bestuurscomité contact opgenomen met een aantal bij het VBS aangesloten artsen-specialisten, met name in de momenteel ondervertegenwoordigde regio West-Henegouwen, teneinde de actieve staf van de AMSFr te versterken. Het belangrijke werk dat nodig is om de AMSFr in staat te stellen om accuraat tussen te komen in de dossiers waarover ze zou willen geraadpleegd worden door de overheid kan niet worden gedragen door een te beperkt aantal nog actieve leden.

Op de vergadering van het bestuurscomité van 7 december 2015 werd het bestuurscomité op de hoogte gebracht van de vraag van Prof. Francis HELLER om te worden ontheven van zijn functie als voorzitter van de AMSFr. Niettemin zal hij die functie blijven bekleden tot aan de aanstelling van zijn opvolger tijdens de vergadering van het bestuurscomité van 10 maart 2016. Tijdens de vergadering van 13 januari 2016 heeft Dr. Baudouin MANSVELT, na rijp beraad en gesterkt door de wetenschap dat de verantwoordelijkheid over de taken binnen het bestuurscomité gedeeld zou worden, besloten om zijn kandidatuur in te dienen voor het voorzitterschap, ter vervanging van Prof. HELLER..

1.6. AVS – Artsenvereniging Vlaamse Specialisten.

Ter gelegenheid van de vergadering van het bestuurscomité van 12 maart 2015 werd door de Nederlandstalige leden van het bestuurscomité het eerste AVS-bestuur verkozen.

Dr. Bruno VAN HERENDAEL: voorzitter

Dr. Yo BAETEN: ondervoorzitter

Dr. Bart DEHAES: secretaris

Dr. Marc BROSENS: raadgever

¹⁴ Plateforme Amélioration continue de la Qualité des soins Sécurité des patients

¹⁵ Instelling van openbaar nut

De Nederlandstalige leden van het VBS-bestuurscomité hebben, sinds de statutenwijziging van 11 oktober 2014, het VBS vertegenwoordigd in de AVS en er hun werk van de voorbije jaren verder gezet in een misschien wat meer formele structuur.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft in opdracht van de Vlaamse overheid, het Vitalink project ontwikkeld als een platform voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens zoals medicatieschema's, sumehr's¹⁶ en vaccinatiegegevens opdat de zorgverleners beter zouden kunnen samenwerken ten bate van de patiënt.

Op 27 juli 2015 was er een eerste contact met Mevr. Katrien VAN GUCHT, iMinds Health, projectmanager Interoperabiliteit en Vitalink. Vitalink is tot op heden exclusief gericht op de huisartsen. Multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende zorgverleners wordt steeds belangrijker. Voor betere en efficiëntere zorg moeten de muren tussen huisartsen, specialisten, thuisverplegers, mantelzorgers en ziekenhuizen verdwijnen. Het Vitalink project zou dus ook nuttig kunnen worden verder ontwikkeld voor de extramuraal werkende specialisten. Het bleek echter heel moeilijk om een overzicht te krijgen van de door deze artsen-specialisten gebruikte softwarepakketten. In de voorbije maanden werd in overleg met Vitalink een vragenlijst uitgewerkt omtrent de gebruikte software pakketten. De enquête werd verstuurd op 8 februari 2016.

Vitalink legde ook de nodige contacten met de ziekenhuiskoepels om eventuele samenwerkingsmogelijkheden nader te onderzoeken. De intramuraal werkende artsen gebruiken immers de software die hen ter beschikking wordt gesteld door het ziekenhuis.

Er dient echter ook gewezen worden op de limieten van het systeem. Het Vitalink project is een zuiver Vlaams project. De Vlaamse patiënt is ook een mobiele patiënt die mogelijks ook over de taalgrens zorgen krijgt. Het zou ongetwijfeld nuttig zijn voor de Waalse of Brusselse arts of apotheker om toegang te kunnen krijgen tot dit systeem.

Jaren geleden, in 2007, werd een Vlaams initiatief van structureel overleg met de artsenorganisaties opgestart door voormalig Vlaams minister van Volksgezondheid, Steven VAN ACKERE¹⁷, en verdergezet door zijn opvolgers. Na de geannuleerde vergadering van 22.05.2014 ingevolge het onverwachte overlijden van CD&V-kopstuk Jean-Luc DEHAENE¹⁸ werden door minister Jo VANDEURZEN geen nieuwe vergaderingen meer belegd. Deze ontmoetingsmomenten vormden nochtans een ideale gelegenheid om ideeën uit te wisselen.

1.7. Gezondheidsenquête – De Specialist – VBS

Het VBS heeft begin 2015 samen met "De Specialist" een gezondheidsenquête uitgevoerd onder de artsen specialisten. Het VBS kreeg op voorhand inzage in de vragen die zouden worden gesteld en heeft enkele wijzigingen voorgesteld. De enquête werd verspreid via "De Specialist". Het VBS heeft de enquête rondgestuurd onder zijn leden via e-specialist nr. 486 van 6 januari 2015. Een verwijzing naar deze enquête werd eveneens opgenomen in de papieren versie van het VBS-tijdschrift De Arts-Specialist nr. 1 van januari 2015. De enquête werd afgesloten eind februari 2015. Er werden 882 antwoorden geregistreerd. Hoe groter het aantal deelnemers, hoe groter de objectiviteit van de resultaten. Op 3 maart 2015 bespraken Dr. J.-L. DEMEERE en mevr. Fanny VANDAMME de resultaten van de enquête

¹⁶ Sumehr of Summarized Electronic Health Record is een Kmehr-bericht, gebruikt voor de uitwisseling van medische informatie.

¹⁷ Vlaams Minister van Volksgezondheid van 2007 tot 2008

¹⁸ 15.05.2014

met de verantwoordelijke journalisten van “De Specialist”, Vincent CLAES en Pascal SELLESLAGH. De enquête werd gepubliceerd in “De Specialist” van 24.03.2015¹⁹.

De meest opvallende cijfers in de antwoorden op de gestelde vragen waren:

- 89 % is van oordeel dat de patiënten te vaak een beroep doen op de spoedgevallendiensten.
- 88 % vindt dat een hervorming van de ziekenhuisfinanciering noodzakelijk is.
- 82 % is te vinden voor een herwaardering van de intellectuele acte
- 61 % is voorstander van zuivere honoraria zonder afdrachten aan het beheer. 8 op de 10 artsen verbinden hieraan evenwel een voorwaarde van medebeheer. De Nederlandstalige artsen zijn daar strikter in dan hun Franstalige collega's, 82 % tegen 74 %. Mannen tonen zich meer voorstander van medebeheer dan vrouwen (93% tegen 69 %). Deze percentages weerspiegelen zich ook in de samenstelling van de medische raden, die nog steeds meer mannelijke collega's tellen. Het resultaat is eveneens leeftijdsgebonden. De jongere collega's zijn minder gehecht aan het medebeheer dan hun oudere collega's.
- 64 % van de specialisten voelt zich niet betrokken bij het ziekenhuismanagement. De Nederlandstaligen staan er wel dichterbij dan de Franstaligen (25 % tegen 17 %) en mannen meer dan vrouwen (25 % tegen 16 %). De artsen wensen echter wel meer betrokken te worden bij het ziekenhuismanagement. Slechts een kleine minderheid (12 %) ziet het nut daarvan niet in.
- 70 % van de specialisten wil de huidige supplementenregeling behouden voor de opnames in een eenpersoonskamer tijdens de klassieke hospitalisatie. Slechts 44 % is voorstander van het behoud van het huidige systeem van ereloon-supplementen voor twee- en meerpersoonskamers in daghospitalisatie²⁰.
- 64 % van de specialisten wenst dat de groeinorm op 3 % blijft behouden. Ruim 1/3 van de specialisten gaat ermee akkoord dat de groeinorm wordt vastgelegd op 1,5 %.
- 72 % van de specialisten willen af van de “Wet Colla” over de erkenning van de niet-conventionele geneeswijzen²¹, Nederlandstaligen meer (76 %) dan Franstaligen (64%).

Minister Maggie DE BLOCK toonde zich opgetogen met de resultaten, maar nuanceerde wel bepaalde weerstanden tegen haar hervormingsplannen in de financiering van de ziekenhuizen. Ze kondigde ook aan dat ze de “Wet Colla” zou evalueren. Alleen alternatieve geneeswijzen kunnen worden erkend voor indicaties met wetenschappelijke evidentie²².

2. VBS-vertegenwoordiging

2.1. Binnenlandse vertegenwoordiging

2.1.1. Akkoord tussen BVAS en VBS

Beroepsverenigingen en vakbonden delen vaak dezelfde waarden en hebben gemeenschappelijke doelstellingen. Deze doelstellingen zijn niet in de eerste plaats van financiële aard: het gaat om waarden. Het beroep van arts is heel bijzonder en dit beroep vereenzelvigen met geldgewin, zoals dat al te vaak in de pers en in sommige uitspraken wordt gedaan, ontdoet de geneeskunde van al haar waarde en

¹⁹ “9 op 10 voor hervorming ziekenhuisfinanciering”. De Specialist, 24.03.2015.

²⁰ Deze supplementen zijn ondertussen sinds 27.08.2015 bij wet verboden

²¹ Wet van 29.04.1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen (BS 24.06.1999).

²² “De Block wil artsen meer betrekken bij ziekenhuismanagement”. De Specialist, 01.03.2015.

humanisme. Het is onze zorg om zieke mensen te genezen en te helpen, en het VBS adviseert iedereen die daar aan twijfelt om een stage te lopen in de palliatieve zorg! Beleidsmakers en financiers willen aan de artsen waarden en doelstellingen opdringen die anders liggen dan die van de artsen: efficiëntie en rentabiliteit. Deze groepen hebben de middelen om interne of externe studie bureaus, reclamecampagnes, lobbying op ministeriële kabinetten, de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, of zelfs op de hoofdkwartieren van de politieke partijen en de ziekenfondsen te bekostigen. In schril contrast met die financiële zwaargewichten, spenderen de artsen, vaak op vrijwillige basis en soms zonder andere geldelijke steun dan de ledenbijdrage van de artsen van hun organisatie of syndicaat, hun tijd om inzicht te krijgen in dossiers die bol staan van juridisch en administratief jargon. Deze artsen blijven opkomen voor hun waarden en doelen ten dienste van de volksgezondheid, vaak met weinig of geen middelen en zonder studie bureau ...

Voor de specialistische geneeskunde bestaan er artsenorganisaties met name het VBS, de BVAS en het Kartel. Elke organisatie beschikt over een eigen jurist, administratief personeel en database. Zonder samenwerking verliezen de artsen echter opportuniteiten. Door samen te werken kunnen organisaties makkelijker hun doelen bereiken. Het is in die geest dat de BVAS en het VBS, die de grote meerderheid van de artsen-specialisten vertegenwoordigen, een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten.

Het eerste, fundamentele, principe is dat elke organisatie haar identiteit behoudt. Het VBS is een verbond van beroepsverenigingen van artsen-specialisten. De vzw BVAS is een syndicaat van huisartsen en artsen-specialisten.

De samenwerkingsovereenkomst behelst de feitelijke fusie van de monogespecialiseerde commissies van de BVAS en de overeenkomstige beroepsverenigingen van artsen-specialisten. Het gaat momenteel om drie specialismen. De beroepsverenigingen zullen, zoals dat vaak al het geval was, blijven werken op een gerichte manier, en zullen als referentiepunt en studie bureau fungeren voor de dossiers die met hun specialisme te maken hebben. Deze dossiers kunnen vervolgens worden verdedigd bij, bijvoorbeeld, het RIZIV, waar de representatieve organisaties, bestaande uit huisartsen en specialisten, een zetel hebben. Het RIZIV beschouwt het VBS niet als een "syndicaat". De door het RIZIV gehanteerde vertegenwoordigingsregels gelden niet bij de FOD Volksgezondheid, dat zich tot de artsenorganisaties, en dus tot zowel het VBS als de BVAS, richt. Een tweede onderdeel van de overeenkomst heeft betrekking op de Hoge Raad van Huisartsen en Artsen-Specialisten, waar de vertegenwoordigers van de artsen, zoals voorheen, worden benoemd op basis van een door beide organisaties gemeenschappelijk samengestelde lijst. Het gentlemen's agreement dat in 1998 werd gesloten door VBS-voorzitter Dr. Jacques MERCKEN en zijn BVAS-collega Louis BECKERS werd nooit ondertekend, maar werd wel degelijk toegepast. Hetzelfde geldt voor de Erkenningscommissies van artsen-specialisten. Een nieuwigheid daar is de zesde staatsvorming, die de bevoegdheid over de erkenningscommissies aan de gemeenschappen gaf. De procedures op dat niveau zijn nog niet goed uitgewerkt.

De belangrijkste samenwerking situeert zich in het analyseren en voorbereiden van dossiers. Vijf syndicale kamers en het VBS, en een even groot aantal juristen werken afzonderlijk of soms samen aan de juridische analyse van de diverse teksten en reglementeringen. Een econoom analyseert de problemen vanuit een ander oogpunt dan juristen. De vertalers moeten niet alleen de teksten vertalen, maar er ook de nuances in aanbrengen die eigen zijn aan een taal. Het administratieve personeel houdt zich o.m. bezig met het opzoeken van belangrijke teksten en maken er een synthese van voor de artsencomités. De artsen die erin zetelen ontbreekt het aan tijd, en soms ook aan kennis om deze honderden en duizenden pagina's, geschreven in een juridisch-administratieve taal, te doorgronden. De teksten omvatten het hele areaal van ziekenhuisbeheer, P4P²³ en kwaliteitsborging. De bundeling van middelen zal ervoor zorgen dat de verkozen artsen van onze respectieve organisaties de artsen-specialisten beter kunnen ondersteunen en verdedigen. Last but not least: de geneeskunde is

²³ Pay for performance

geïnternationaliseerd. We moeten aanwezig zijn in tal van internationale en Europese organisaties. Ook daar is de bestaande samenwerking versterkt door de deelname van onze penningmeester, Dr. Bernard MAILLET, als gemeenschappelijk afgevaardigde voor het VBS en de BVAS.

Een laatste onderdeel is communicatie. Geschreven pers en audiovisuele media zijn partners geworden in het gezondheidsdebat. Kunnen communiceren is een noodzaak, of zelfs een prioriteit geworden. Als communicatieprofessionals ontleden journalisten individuele statements. Als ze het hebben over de punten van overeenkomst, belichten ze vaak de verschillen. Deze discussies dwalen soms af van de essentie en vestigen de aandacht van de lezer of luisteraar op de details. Laten we een voorbeeld uit de realiteit nemen: als 2 % van de Vlaamse anesthesisten niet in hun operatiekamer waren tijdens de audits van Zorginspectie Vlaanderen, vergeet de pers de overige 98 % en bloklettert ze dat de anesthesie niet veilig is in België. Objectief gesteld is het cijfer van 2 % onjuist, omdat de anesthesist de operatiekamer moet kunnen verlaten als hij het toezicht aan een bevoegd persoon toevertrouwt die uitsluitend met die taak belast is, wat zwart op wit geschreven staat in de veiligheidsprocedures voor anesthesie. In de media krijgt dit echter een sensationele draai, waardoor de patiënt zich onnodig zorgen maakt. Ieder zijn deontologie en verantwoordelijkheid. De BVAS en het VBS zullen de violen gelijkstemmen om beter te communiceren, zonder hun identiteit op te geven.

Een prioriteit is de betrokkenheid van de artsen-specialisten bij de beroepsverdediging. Als de artsen hun beroep niet definiëren, zullen anderen het voor hen doen, en als de artsen hun beroep niet valoriseren, zullen niet-artsen de regels van de praktijk dicteren. Als de artsen niet opkomen voor een correcte vergoeding, zullen anderen bezuinigen door hen een billijk inkomen te ontzeggen. Onze organisaties hebben hun eigen plaats, maar werken samen. Erbij aansluiten is de verdediging van de specialistische geneeskunde mogelijk maken. We hebben onlangs gezien wat het effect is van een wetenschappelijke organisatie van huisartsen die zich ontpopt tot een syndicaat met specialisten (waarvan het exacte aantal onbekend blijft). De AAMD²⁴ heeft het syndicale evenwicht tussen de huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde volledig omvergeworpen. De overeenkomst tussen VBS en BVAS, ondertekend door respectievelijk Dr. Jean-Luc DEMEERE en Dr. Jacques DE TOEUF, zet aan om toe te treden tot de beroepsvereniging van artsen-specialisten en het syndicaat om een betere toekomst te verzekeren voor onze patiënten en voor de artsen.

2.1.2. Medicanorm

De titel in het jaarverslag 2013 met betrekking tot het Medicanorm-project was niet hoopgevend: *“Luidt 2014 de zwanenzang in van Medicanorm?”*. Het onderwerp kwam zelfs niet meer aan bod in het jaarverslag 2014. Het Medicanorm project waaraan het VBS sinds 2010 actief heeft meegewerkt heeft tot doel de artsenbezoekers vertrouwd te maken met een aantal thema's zoals ziekenhuismanagement, de structuren van de Belgische sociale zekerheid, Evidence based medicine (EMB), farmacovigilantie, enz. .

Niettegenstaande de tegenvallende opkomst op de georganiseerde opleidingsessies is het Steering Committee van Medicanorm op regelmatige tijdstippen blijven bijeenkomen ten einde te reflecteren over de toekomst van het project en om het te doen evolueren in functie van de noden op het terrein. Het VBS wordt op deze vergadering vertegenwoordigd door zijn voorzitter, Dr. J.-L. DEMEERE, of, indien hij is verhinderd, door Mevr. Fanny VANDAMME.

Op 27 juli 2015 sloot minister van Sociale zaken en Volksgezondheid Maggie DE BLOCK een *‘Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische sector’*²⁵. Het hoofdstuk over de medische

²⁴ AADM: Alliantie Artsenbelang-Domus Medica / l'Alliance Avenir des Médecins

²⁵ Persbericht kabinet De Block, 27 juli 2015: *“Maggie De Block en farmasector sluiten uniek toekomstpact”*.

informatie²⁶ die een sleutelrol spelen bij het verspreiden van informatie over geneesmiddelen bij gezondheidswerkers handelt onder meer over de noodzaak dat deze medische informateurs kunnen genieten van een adequate opleiding.

Het leek een passage op maat geschreven voor Medicanorm. Het Steering Committee heeft dan ook niet gearzeld om contact op te nemen met het kabinet van minister DE BLOCK. Op 3 februari 2016 werd een delegatie van Medicanorm ontvangen door Dhr. Brieuc VAN DAMME, kabinetsmedewerker van Maggie DE BLOCK. De delegatie bestond uit Mevr. Michele PAQUE (namens Quintiles dat instaat voor de praktische organisaties van de sessies), Dr. François SUKAY (namens het Intermutualistisch College) en Mevr. Fanny VANDAMME (namens het VBS). Medicanorm werd uitgenodigd haar werkwijze en verdere projecten bondig schriftelijk toe te lichten. De toekomst van Medicanorm is dus zeker niet uitgespeeld.

2.1.3. Mdeon

De algemene vergadering van Mdeon vond plaats op 08.12.2015 in Diegem. Het VBS werd er vertegenwoordigd door Drs. Bernard MAILLET en Jean-Luc DEMEERE. De algemene vergadering heeft alle administratieve taken die op haar rusten vervuld: activiteitenverslag, aanvaarding van een nieuw lid – de *Nationale Vereniging van de Groothandelaars-verdelers in farmaceutische specialiteiten* (NVGV) –, kwijting van de bestuurders, en voorafgaande goedkeuring van de rekeningen.

Deze administratieve vergadering werd gevolgd door het Forum van Mdeon over: “Het einde van de directe sponsoring: voor wie, waarom en impact voor Mdeon”. Mdeon-directeur Stéphanie BRILLON en Richard VANDENBROECK van UNAMEC²⁷ legden uit dat de individuele sponsoring van artsen zou worden vervangen door een “wetenschappelijke” sponsoring van zorginstellingen, ziekenhuisdiensten en onderzoekseenheden. Kort gezegd, een sponsoring die niet meer individueel op de voorschrijvende arts is gericht, maar op permanente medische opleiding (CME²⁸), research en zorginstellingen. Deze beslissing is een beslissing op Europees niveau en Dhr. VANDENBROECK beklemtoonde dat ze vlak voordien was genomen door Eucomed, de vereniging die de Europese medische technologieën vertegenwoordigt.

Waarom wil de industrie af van de individuele sponsoring? Individuele sponsoring wordt beschouwd als onethisch en als een mercantiele demarche waarbij een firma het gedrag van de voorschrijvende arts probeert te beïnvloeden. De nieuwe demarche past in een institutionele logica en een logica van permanente medische opleiding. Het is niet meer de arts die meester is over zijn geneesmiddelenvoorschrift, maar het ziekenhuis, dat in het kader van het Koninklijk besluit van 4 maart 1991 met het medisch-farmaceutisch comité beschikt over een therapeutisch formularium waarin de geneesmiddelen zijn opgenomen die in het ziekenhuis worden gebruikt²⁹. De apotheker bekleedt er een dominante rol in. Zo worden de keuzes van geneesmiddelen gerechtvaardigd door de therapeutische bijdrage en de financiering van de geforfaitariseerde ziekenhuisgeneesmiddelen. Hetzelfde geldt voor het medisch materiaal: de ziekenhuisdirecties en de aankoopdiensten schrijven aanbestedingen uit conform een lastenboek. Het is voor de industrie in feite interessanter om de beslissers te sponsoren dan de voorschrijvende artsen.

²⁶ Punt 3.6.2.: “Medische informateurs spelen een sleutelrol bij het verspreiden van informatie over geneesmiddelen bij gezondheidswerkers. Medische informateurs dienen door de onderneming waar zij in dienst zijn adequaat opgeleid te worden en moeten over voldoende gezondheids-economische en medisch-farmaceutische kennis beschikken om over de geneesmiddelen die zij vertegenwoordigen nauwkeurige en zo volledig mogelijke inlichtingen te verschaffen.

In overleg met de farmaceutische sector zal er daarom een methode ontwikkeld worden om de kwaliteitscontrole op de verschaft informatie verder te optimaliseren; de interne responsabilisering binnen de bedrijven wordt verder uitgebouwd, bijvoorbeeld naar analogie met reeds bestaande mechanismes voor farmacovigilantie.”

²⁷ Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën

²⁸ Continuïng medical education

²⁹ Hoofdstuk V: Overlegorganen voor geneesmiddelen en medisch materiaal. Afdeling 1. Het medisch farmaceutisch comité. Koninklijk besluit van 04.03.1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend (BS 23.03.1991).

In dat verband is het voor het VBS trouwens veelzeggend dat er voor de medisch vertegenwoordigers een opleiding bestaat op nationaal niveau, Medicanorm (zie punt 2.1.1.), dat een organisatie is met vertegenwoordigers van de huisartsen (Domus Medica en SSMG), de specialisten (VBS), het Intermutualistisch Agentschap en ten slotte CEBAM³⁰ voor evidence based medicine, terwijl er in Vlaanderen een opleiding bestaat met UNAMEC en de ziekenhuisfederatie Zorgnet-Icuro. Voor zover wij weten zijn de artsen daar niet in vertegenwoordigd. Wie zijn de beslissers? De artsen of de ziekenhuisdirecties?

De medisch directeur van Janssen Pharmaceutica en zijn collega van marketing hebben ons erop gewezen dat de individuele sponsoring van congressen kan worden vervangen door een CME die tal van artsen samenbrengt in een auditorium. Dankzij satellietcommunicatie wordt het internationale congres, dat in het buitenland plaatsvindt, op een scherm geprojecteerd. Op die manier kunnen veel meer artsen worden bijgeschoold en hoeft het farmaceutische bedrijf niet de deelnamekosten van een beperkte selectie van artsen te betalen. Voor de artsen-specialisten in opleiding vragen de directeurs aan de universitaire diensthoofden om de assistenten aan te duiden die aan een congres in het buitenland mogen deelnemen. Jammer genoeg waren de directeurs er niet van op de hoogte dat minstens 33 % van de opleiding moet worden doorgebracht in een niet-universitair ziekenhuis, net zoals ze niet van het bestaan van stagemeeesters in een niet-academisch milieu afwisten³¹.

De sponsoring van artsen roept twee vragen op. De eerste is waarom farmaceutische firma's en firma's van medisch materiaal het nodig achten om congressen, diners, vergaderingen en potentiële kopers te sponsoren. Draait het echt om CME, of om marketing? Dient wetenschap hier als voorwendsel voor handelspraktijken? De tweede vraag gaat over de veranderende mentaliteit. De geneeskunde wordt – of is al – een commerciële praktijk die gehoorzaamt aan de wetten van de markt, maar waarin de patiënt en de arts zich plooiën naar het financiële dictaat van de commerciële bedrijven, en waarin de ziekenhuisdirecties en de ziekenhuisapothekers de ware beslissers zijn geworden. Therapeutische vrijheid wordt onderworpen aan de wetten van de markt en aan beslissingen genomen door niet-artsen. Als Mdeon zich garant stelt voor deze ethiek, kunnen we vragen stellen bij de huidige overdracht van beslissingsmacht van de arts naar de ziekenhuisdirecteurs, universitaire diensthoofden en stagemeeesters, die eigenmachtig beslissen over wie er van sponsoring kan genieten.

2.1.4. Ontmoeting met Pharma.be

Op 16 juni 2015 vroeg mevrouw Mieke GOOSSENS, samen met haar collega-juriste, Charlotte WEYNE, om een ontmoeting te kunnen hebben met een delegatie van het VBS. Mevrouw Fanny VANDAMME, Prof. Francis HELLER en Dr. Jean-Luc DEMEERE ontvingen hen in de lokalen van het VBS. Pharma.be zou in de toekomst RIZIV-geaccrediteerde symposia willen organiseren om de artsen te informeren over nieuwe geneesmiddelen of het “goede gebruik” van geneesmiddelen. Dat impliceert dat de door hun onderzoekers verrichte research en de klinische studies uitgevoerd door artsen-specialisten niet meer zouden gepresenteerd worden door de onderzoekers of door de clinici, maar door een arts van de farmaceutische firma. Pharma.be verdedigt dit plan door het wetenschappelijk karakter van de presentaties te onderstrepen, waarbij derden, die de studies hebben gepubliceerd of die klinisch werk hebben verricht, niet de mogelijkheid krijgen om er persoonlijke indrukken of commentaren aan toe te voegen die zouden kunnen afwijken van de zuiver wetenschappelijke realiteit. Het initiatief heeft sommige firma's ertoe aangezet om artsen aan te werven die wereldwijd andere artsen moeten kunnen informeren over de grondslagen van de gevalideerde wetenschappelijke studies. Een van de vragen die het VBS opwierp, was wat de commerciële waarde is van een dergelijke demarche. Het is immers

³⁰ Centre for Evidence Based Medicine

³¹ Art. 10 van het ministerieel besluit van 23.04.2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (BS 27.05.2014).

merkwaardig dat de wetenschappelijke objectiviteit van de artsen van de farmaceutische industrie van een dusdanig hoog niveau is dat ze vinden dat de resultaten en de reviews in de literatuur niet kunnen gepresenteerd worden door de auteurs van de studies zelf, of door andere sprekers, maar wel door de artsen van de firma's, die het artsenkorps in alle neutraliteit moeten voorlichten.

Mevrouw GOOSSENS deelde ons mee dat Pharma.be en verwante organisaties de individuele sponsoring van artsen op Europees niveau proberen af te schaffen. Met het oog op transparantie informeert de farmaceutische industrie het publiek (en de patiënten) over sponsoring op een congres of op vergaderingen. De naam van de artsen en het bedrag van de sponsoring zullen worden bekendgemaakt. Opmerkelijk is dat, op vraag van de privacycommissie, de arts zijn akkoord moet geven voor de publicatie van zijn naam, maar daar hebben de firma's een oplossing voor gevonden. De clausules van de contracten van sommige bedrijven stipuleren dat de arts zijn goedkeuring geeft dat het bedrag van de sponsoring en de naam van de arts worden gepubliceerd. In de toekomst wil Pharma.be de individuele sponsoring van artsen stopzetten en, in samenwerking met Mdeon, overgaan tot het sponsoren van instellingen, diensten, onderzoekseenheden en diensten van professoren, die verantwoordelijk zijn voor de opleiding van de toekomstige artsen-specialisten. Het VBS heeft op het commerciële karakter van die wetenschappelijke sponsoring gewezen. Het zijn voortaan dus niet langer de voorschrijvers die een interessante markt vormen, maar wel de ziekenhuisdirecteurs, ziekenhuisapothekers en opleiders van jonge artsen.

Een vraag die daarbij rijst is die van de medische vertegenwoordiging. Wie moeten de medisch afgevaardigden bezoeken? De ziekenhuisarts moet de geneesmiddelen van het farmaceutisch formulair voorschrijven. De ziekenhuisapotheker en de hoofdarts of medisch directeur zijn dan een stuk interessanter. Bovendien kan men voortaan het ziekenhuis sponsoren, dat op zijn beurt de wetenschappelijke sponsoring verdeelt onder apothekers, directeurs en vrienden! De extramurale specialist en de huisarts zijn nog klanten van de firma's. Het bezoek van de medisch afgevaardigde zal nog enkel de wetenschappelijke informatie opleveren die niet meer kan gesponsord worden.

Voor Pharma.be is transparantie de eerste prioriteit. Kan men echter nog spreken van transparantie wanneer sponsoring gericht is aan een de directie van een ziekenhuis of instelling, zonder de eindbestemming van de sponsoring te kennen? Laat er geen misverstand over verstaan. De farmaceutische industrie is op zoek naar winst. Alle steun, alle sponsoring maakt deel uit van een commerciële strategie. Zelfs de filantropische steun is een vorm van reclame. Wat het initiatief van Pharma.be ons leert, is dat individuele sponsoring minder interessant is dan institutionele sponsoring.

2.1.5. Het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België (IFEB)

Prof. Francis HELLER vertegenwoordigt het VBS in het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België (IFEB). Na enkele moeilijke jaren, wegens de niet-verlenging van een aantal overeenkomsten met het RIZIV werkt het instituut momenteel, op vraag van de FOD Volksgezondheid, aan de opbouw van een monitoringsysteem voor psychotrope stoffen (inventaris van de bestaande data, indicatoren enz.).

2.1.6. Comité voor de evaluatie van de medische praktijken inzake geneesmiddelen en BCFI-CBIP

In het Comité voor de evaluatie van de medische praktijken inzake geneesmiddelen van het RIZIV nam Prof. HELLER deel aan de voorbereiding van de consensusvergaderingen en aan de oprichting en werking van het Medisch-Farmaceutisch Overleg, dat als doel heeft de zorg aan de patiënt te verbeteren door het coördineren van de rol van artsen en apothekers op het vlak van rationeel voorschrijven, rationeel afleveren en veilig gebruiken van geneesmiddelen. Deze samenwerking steunt op lokale vergaderingen tijdens dewelke de aanwezige artsen en apothekers deelnemen aan gesprekken over

bepaalde thema's. De discussie gaat over de problemen waarmee men in de praktijk geconfronteerd wordt, de mogelijke oplossingen en de aanbevelingen om de voorgestelde oplossingen toe te passen.

Prof. Francis HELLER wordt steeds gevraagd om als expert deel te nemen aan de redactie van het hoofdstuk over de hypolipemiërende geneesmiddelen voor het Gecommentarieerd Geneesmiddelen Repertorium van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI).

2.1.7. Observatoire wallon de la Santé

In het Observatoire wallon de la Santé blijven Prof. Francis HELLER en Dr. Sabri EL BANNA (plaatsvervanger) deelnemen aan de werkzaamheden van de wetenschappelijke raad. Het werk bestaat momenteel uit de verdere bijwerking van de boordtabel van de gezondheid, editie 2015 (december 2015) en het selecteren van de klassieke gezondheidsindicatoren.

2.1.8. Slotseminarie 50 jaar RIZIV

Op maandag 27 april 2015 nam Dr. Michel LIEVENS, in naam van het uitvoerend bestuur van het VBS, deel aan het slotseminarie voor 50 jaar RIZIV, dat als thema had: "Maatschappelijke dialoog over prioritaire thema's voor een betaalbaar, toegankelijk en kwaliteitsvol gezondheidszorgsysteem".

De organisatoren hadden gekozen voor een kwalitatieve en participatieve benadering. 10 rondetafelgesprekken brachten 400 burgers op de been, die hun reflecties over 5 belangrijke topics formuleerden, met name solidariteit, terugbetaling van medische kosten, participatie aan het beleid, informatie over gezondheid en ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Dit is het verslag met de resultaten van de discussies. Ze geven niet noodzakelijk de mening van het VBS weer en binden dus het VBS niet.

1. Het gezondheidssysteem wordt over het algemeen positief beoordeeld door de burgers. Toch werden er enkele hiaten geïdentificeerd: slechte bereikbaarheid voor kansarme bevolkingsgroepen; hoge kosten voor chronisch zieken; alternatieve geneeskunde ondergewaardeerd; weinig toegankelijke psychische geneeskunde.
2. Solidariteit moet het fundament van het systeem blijven. Ze is niet erg goed georganiseerd voor twee bevolkingscategorieën: de armsten en de ouderen. Niet alle burgers dragen voldoende bij volgens hun mogelijkheden. De solidariteit wordt zwaar op de proef gesteld door besnoeiingen in het gezondheidszorgbudget, de toegenomen behoeften ten gevolge van de vergrijzing, het toenemende individualisme in onze samenleving.
3. De participatie van de burger in de werking en de evolutie van de zorg in België wordt als ronduit marginaal bestempeld.
4. De financiering van de zorg lijkt toereikend voor de burgers. Maar de toegekende middelen worden onoordeelkundig gebruikt: het systeem is inefficiënt, gefragmenteerd, bureaucratisch. De vergoeding per act leidt tot overconsumptie; en aan de kant van de patiënten leidt medisch shoppen ook tot onnodige uitgaven. Als de overheid uitsluitend in budgettaire termen (m.a.w. in termen van besparing) blijft denken, vrezen de burgers voor een toename van de ongelijkheid en commercialisering van de zorg. En waarom zijn er nog niet-geconventioneerde artsen (oorzaak van grote verschillen in de honoraria)?
5. Het stelsel van arbeidsongeschiktheid wordt als billijk beschouwd. Men mag de sociale fraude niet overdrijven. Maar er bestaat een reëel probleem van stigmatisering van mensen die ervan genieten (vooral de psychisch zieken), dat niet gemakkelijk op te lossen is.

Er werden drie aandachtsgebieden voor ons systeem geïdentificeerd: inefficiëntie wegwerken, de stimulansen tot overconsumptie, geen flexibele invulling geven aan solidariteit; aanzetten tot preventie en er meer middelen voor uittrekken; vermensen van zorg: de patiënt erbij betrekken, de voorkeur geven aan levenskwaliteit boven leven tegen elke prijs.

De dag ging verder met twee reflectierondes van elk een uur, waarbij vijf thema's aan bod kwamen: preventie, participatie, humanisering, efficiëntie, arbeidsongeschiktheid.

A. Preventie

Preventie is nauw verbonden met opvoeding en scholing. Ze moet van passief naar actief evolueren: de burger moet betrokken worden bij een primaire preventie die invloed heeft op zijn levensstijl, het milieu waarin hij zich beweegt, zijn manier om zich te verplaatsen (liever fiets dan auto) enz. Welke rol moet het RIZIV daarin spelen? De professionals die zich met preventie bezighouden, zouden moeten worden gehonoreerd voor hun prestaties (waarom niet door de federale overheid?). Bij wijze van voorbeeld wordt een grote variabiliteit aangetroffen in de vraag naar "preventieve" tandzorg. Er zou een nieuw "Instituut voor de gezondheid" kunnen worden opgericht, dat zich bezighoudt met de promotie en de organisatie van de preventie, en dat zou zijn samengesteld uit tal van actoren (verstrekkers en andere). Ook acties om preventieve zorg te promoten op lokaal niveau (wijkzorg) kunnen worden overwogen.

B. Humanisering

De patiënt moet gemakkelijk toegang kunnen krijgen tot zijn ziekenhuisdossier. De arts moet systematisch blijf geven van empathie tegenover zijn patiënt, door voldoende tijd uit te trekken om naar hem te luisteren (dat is niet altijd het geval, ofwel omdat de arts niet meer tijd wil, ofwel niet meer tijd kan uittrekken). Onder meer de sociale dimensie van de patiënt moet worden geanalyseerd; zijn "levenskwaliteit" hangt samen met de mate van zijn sociaal isolement. Soms moeten er therapeutisch keuzes worden gemaakt op basis van dat criterium. De zelfredzaamheid van de patiënt moet ook worden beoordeeld vooraleer hij aan het einde van zijn hospitalisatie met ontslag gaat.

Waarom zou de patiënt geen medisch dossier hebben dat hij zelf opstelt en bewaart? Vele patiënten nemen antidepressiva: psychologisch advies en professionele follow-up zijn beslist niet overbodig. De artsen ontkomen zelf ook niet aan de stress van het beroepsleven: we moeten bezorgd zijn over het grote aantal artsen met een burn-out.

C. Arbeidsongeschiktheid

We moeten de vicieuze cirkel doorbreken die leidt van arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit. We stellen immers vast dat er na zes maanden arbeidsongeschiktheid psychische problemen opduiken. Daarom moet er werk worden gemaakt van actieve herintegratie. Bovendien zou de werkgever moeten worden geresponsabiliseerd om het initiatief te nemen tot een "preventieve" reklassering, om zo dergelijke problemen te voorkomen en te laten zien dat hij niet profiteert van de arbeidsonderbreking om op het personeel te besparen, aangezien de arbeidsongeschikte werknemer ten laste is van het ziekenfonds. Daarnaast moet ook de dialoog tussen de arbeidsarts, de controlearts en de huisarts van de getroffen werknemer (en de werkgever en de vakbonden) worden aangemoedigd.

D. Efficiëntie

De organisatie van de zorg is zeer gecompartmenteerd geworden door de steeds verder doorgedreven techniciteit van de geneeskunde, en is daardoor momenteel geconcentreerd op de arts. De patiënt, en vooral de chronische patiënt, moet opnieuw zijn plaats in het middelpunt van de zorg krijgen. Er zijn geen incentives voor de kwaliteit van de verstrekkingen door de artsen. Er moeten gezondheidsdoelstellingen worden opgesteld, die in guidelines moeten worden omgezet en op

middellange termijn moeten worden geëvalueerd. Bovendien moeten de resultaten van de zorg in de ziekenhuizen in alle transparantie worden geregistreerd en bekendgemaakt.

De financiering van de zorg moet gebaseerd zijn op de patiënt en de totale zorg omvatten, en zowel de ambulante als de ziekenhuisverstrekkingen dekken. Dit is prioritair voor de chronische pathologieën. Er kunnen snel pilootprojecten op poten worden gezet. We mogen niet vergeten dat 25 % van de gezondheidskosten door de patiënten zelf worden betaald. En 5 % van de Belgen verbruiken 60 % van de zorguitgaven. Gezondheid als een consumptiegoed beschouwen is zeker niet de juiste visie. Onnodige handelingen en herhalingen van handelingen moeten worden opgespoord, door aan te zetten tot een betere samenwerking tussen de verschillende actoren. Verder moet er een planning worden gemaakt van de menselijke en niet-menselijke middelen die voor de gezondheid worden ingezet: geen schaarste, geen overaanbod; dat laatste leidt onvermijdelijk tot overconsumptie. De economische efficiëntie van bepaalde behandelingen (nieuwe, dure medicatie) moet kritisch worden geanalyseerd.

E. Participatie van de burger in de evolutie van de zorg

Er bestaan momenteel binnen het RIZIV beslissingsorganen die bestuderen welke aanpassingen er moeten worden aangebracht aan onze gezondheidszorg. Ze functioneren zonder werkelijke participatie van de gezonde bevolking en met de indirecte en onvolmaakte participatie van de patiënten via de ziekenfondsen. Ondanks die vaststelling denkt de meerderheid van de deelnemers niet dat het een goed idee zou zijn om de instanties van het RIZIV open te stellen voor rechtstreekse afgevaardigden van die twee bevolkingsgroepen. Het is immers niet ondenkbaar dat ze verschillende opvattingen hebben over bepaalde onderwerpen. Waar de ziekenfondsen als vertegenwoordigers van de patiënten kunnen worden beschouwd, kunnen ook de artsen doorgaan als hun vertegenwoordigers. Kortom, we mogen niet gaan “overstructureren” en moeten ons hoeden voor elke vorm van populisme die een te verregaande inspraak van de bevolking bij beslissingen zou kunnen meebrengen.

Nochtans vindt de bevolking zich over het algemeen slecht geïnformeerd over de werking van het gezondheidszorgsysteem. Daarvoor moeten de ziekenfondsen de hand in eigen boezem steken. Zij zitten aan de bron van de informatie. Er is onmiskenbaar een communicatieprobleem met hun leden. Gelukkig kan de ontwikkeling van nieuwe vormen van toegang tot informatie een uitkomst bieden voor de steeds toenemende behoefte van de bevolking om te worden geïnformeerd en actief inspraak te krijgen in haar eigen zorg, maar ook om deel te nemen aan de maatschappelijke debatten over de richting die die zorg moet uitgaan.

2.1.9. Lezing-college van het Collège Belgique (Académie royale des Sciences)

Op donderdag 24 september 2015 vertegenwoordigde Dr. Michel LIEVENS het VBS op een seminar van het Collège Belgique (Académie royale des Sciences) over “De saga van de numerus clausus in België. Terugkeer naar de fundamentele van de praktijk, het onderzoek en het onderwijs van de geneeskunde” door Dr. Jean CREPLET.

De spreker gaf er een historisch overzicht van de chaotische en dramatische regelingen die in de Franse Gemeenschap werden ingevoerd, versus de standvastigheid en efficiëntie van de regels uitgevaardigd in de Vlaamse Gemeenschap.

2.1.10. Koninklijke academie voor geneeskunde van België (KAGB)³²

In het verlengde van de internationale vertegenwoordiging, heeft Dr. Yo BAETEN namens het VBS deelgenomen aan de bijeenkomst over “Exchange of views on health policy” georganiseerd door de KAGB. Tijdens deze bijeenkomst voerden de Litouwse EU-commissaris voor Gezondheid en

³² Zaterdag 24.10.2015. Koninklijke academie voor geneeskunde van België (KAGB), Hertogsstraat 1, 1000 Brussel

Voedselveiligheid Vytenis ANDRIUKAITIS en de Belgische minister van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK het woord.

De Heer Vytenis ANDRIUKAITIS legde de nadruk op een politiek van de 4 P's: **P**romotion (sport, voeding, activiteit), **P**revention (alcohol, tabak), **P**rotection (veiligheidsgordels) en **P**articipation. Hij wil vooral de strijd aangaan tegen tabak (in België 25-30% rokers), alcohol (hoogste consumptie in Litouwen) en obesitas. Binnen de EU wenst hij een forum op te richten om het uitwisselen van ervaringen rond de organisatie van gezondheidszorg te verbeteren en zodoende efficiënter te worden. Hij promoot een Europees netwerk voor gespecialiseerde geneeskunde, evenals een eHealth-systeem op internationaal niveau. Logischerwijze wordt er veel aandacht geschonken aan "care and cure". Hij onderstreept echter het belang van preventie en promotie. Tijdens de discussie werd er vooral gewezen op de zeer logge structuur van Europa, het gebrek aan de mentale gezondheidszorg in de vooropgestelde doelen en de noodzaak aan regulisering van app's en eHealth toepassingen.

Minister DE BLOCK lichtte haar ideeën over de organisatie van de gezondheidszorg in België toe. Hierbij staat de patiënt centraal en heeft elke burger recht op een goede en betaalbare zorg. De zorg moet duurzaam zijn en gebaseerd op Evidence Based Medicine. Het meten van de kwaliteit moet op internationaal niveau (health system performance assessment system) uitgewerkt worden.

Het is belangrijk dat de nodige lessen worden getrokken uit de fouten in andere landen bij het uitwerken van een 'pay for performance' financiering. Zij onderlijnde het belang van de perceptie van de patiënt en het belang van 'value based care'. De participatie van de patiënt is noodzakelijk in de therapeutische keuzes. Zij bevestigde er de noodzaak om het KB 78 van 10 november 1967 betreffende het uitoefenen van gezondheidszorgberoepen³³ te herzien, mede in het kader van de gesprekken omtrent de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

2.2. Internationale vertegenwoordiging – UEMS³⁴ – CPME³⁵ – FEMS³⁶ en AEMH³⁷

De voorbije jaren is duidelijk gebleken dat beslissingen die op Europees niveau genomen worden grote invloed hebben op de nationale wetgeving. Daarom is het ook belangrijk dat het VBS actief deelneemt aan de activiteiten van de Europese artsorganisaties, om via een actieve lobbying onze stempel te kunnen drukken op die supranationale beslissingen. Dr. Bernard MAILLET, anatoom-patholoog en VBS-penningmeester, neemt de taak op zich om het VBS te vertegenwoordigen bij de Europese en internationale artsorganisaties. Pro memorie: het VBS is de lidorganisatie van de UEMS en de FEMS en is onrechtstreeks vertegenwoordigd in CPME, AEMH, EFMA³⁸ en WMA³⁹ via de BVAS-ABSyM met wie daaromtrent een samenwerkingsakkoord werd afgesloten.

2.2.1. UEMS

De nationale lidorganisaties van de UEMS worden aangemoedigd om jaarlijks hun vertegenwoordigers binnen de UEMS-secties op de hoogte te houden van de beslissingen van de **management council** van het voorbije jaar. Het VBS heeft deze vergadering georganiseerd op 5 maart 2015. Het was meteen de allereerste vergadering die georganiseerd werd in het Domus Medica Europea (DME). UEMS verhuisde

³³ Inmiddels gecoördineerd door het KB van 10.05.2015 houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS 18.06.2015).

³⁴ UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists

³⁵ CPME: Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors

³⁶ FEMS: Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors

³⁷ AEMH: Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Hospital Physicians

³⁸ EFMA: European Forum of Medical Associations

³⁹ WMA: World Medical Association

immers pas op 28 februari 2015 van zijn vertrouwde kantoren in het VBS huis naar de Europese wijk⁴⁰. Na de heisa van de voorbije jaren rond de verbouwwerken van de Domus Medica Europea, heeft de gelegenheid om de nieuwe lokalen met eigen ogen te aanschouwen er ongetwijfeld toe bijgedragen dat de opkomst voor de management council beduidend hoger lag dan de voorbije jaren. De vergadering werd geleid door Dr. Bernard MAILLET en Dr. Jean-Paul JORIS, die door het VBS bestuurscomité op 16 januari 2014 werden aangesteld als de vertegenwoordigers van het VBS in de management council van de UEMS. Na de vergadering werd een geleid bezoek georganiseerd in de nieuwe lokalen. De evaluatie klonk niet onverdeeld positief. De functionaliteit van het gebouw werd door sommigen in vraag gesteld, vooral in het licht van de belangrijke financiële middelen die nodig waren om de renovatiewerken te realiseren. Het niveauverschil op eenzelfde plateau werd als hinderlijk ervaren, omdat dat de lokalen moeilijk toegankelijk maakt voor minder mobiele personen. Dat werd voor een organisatie die artsen vertegenwoordigt als betreurenswaardig beoordeeld.

De UEMS kocht de te renoveren kantoorgebouwen aan in 2011. De oorspronkelijke verbouwwerken werden verworpen door de stad Brussel, waardoor de renovatiewerken met veel vertraging van start gingen. Bovendien had de verantwoordelijke architect serieuze inschattingfouten gemaakt over de omvang van de werken. Het oorspronkelijke budget was ruim onvoldoende. De uiteindelijke werken hebben dubbel zoveel gekost als initieel begroot. Deze budgetoverschrijding heeft geleid tot de huidige financiële problemen van de UEMS.

Met het Domus Medica Europea-project had de UEMS de bedoeling om alle belangrijke Europese artsenorganisaties onder één dak te huisvesten. Hoewel aanvankelijk de andere Europese artsenorganisaties interesse toonden, lijkt dat opzet niet te lukken. Hoewel de internationale en Europese artsenorganisaties uitgenodigd worden om deel te nemen aan de management council en om er het woord te voeren, is het vrijwel zeker dat de CPME nooit zijn intrek zal nemen in het Domus Medica Europea. Psychologisch ligt dat blijkbaar moeilijk, omdat de CPME het huren als een zekere vorm van ondergeschiktheid ervaart. Ondertussen heeft de UEMS beslist uit te kijken naar andere huurders. Door de locatie van het gebouw in het hartje van de Europese wijk komen andere niet-medische huurders aankloppen. De secties van de UEMS worden aangemoedigd om hun vergaderingen te organiseren in de vergaderzalen van het DME.

De **council** van de UEMS kwam tweemaal bijeen. De lentevergadering vond plaats in Brussel op 10 en 11 april 2015. De financiële problemen van de UEMS vormden een belangrijk gespreksonderwerp dat een groot deel van de vergadertijd opeiste. De bijeenkomst werd zoals gewoonlijk georganiseerd in het Centrum voor Internationale Verenigingen⁴¹. De vergaderzalen in het Domus Medica Europea zijn beperkt tot maximaal 50 deelnemers. De Council telt doorgaans een kleine 100 aanwezigen.

Tijdens de management council werden een aantal denksporen onderzocht om de financiële situatie van de UEMS te verbeteren:

- de betaling van de evaluatoren van de EACCME-activiteiten zou worden uitgesteld tot een latere datum. De UEMS zou dan wel de verbintenis aangaan om alle achterstallen zodra mogelijk te betalen.
- er zou worden gevraagd aan de secties om een deel van hun financiële middelen ter beschikking te stellen van de UEMS tegen een vergoeding van 2 % op jaarbasis, in contrast met de 0,2 % die de banken vandaag op hun spaarrekening geven.
- de lidorganisaties werden gevraagd om hun bijdrage voor 2016 vervroegd te betalen. Het VBS heeft gehoor gegeven aan deze oproep.
- er werd overwogen om de ledenbijdrage, die de voorbije 15 jaar ongewijzigd bleef, te verhogen.

⁴⁰ Domus Medica Europea, Nijverheidsstraat 24, 1040 Brussel

⁴¹ Maison des Associations Internationales; Centrum voor Internationale Verenigingen; International Associations Centre, Washingtonstraat 40, 1050 Brussel

Dit voorstel werd heel kritisch onthaald door de lidorganisaties. Een verhoging van de ledenbijdrage is enkel aanvaardbaar indien dit ingegeven is door een verbetering van de UEMS-dienstverlening, niet om de schulden ten gevolge van de renovatie weg te werken.

Tijdens de herfstvergadering in Warschau op 16 en 17 oktober 2015 werden de leden van de management council herkozen. Het VBS had de kandidaturen ingediend van Dr. Bernard MAILLET voor de functie van penningmeester en van Dr. Marc HERMANS, psychiater, voor de functie van ondervoorzitter. Beiden werden met glans verkozen in deze functies. Dr. Romuald KRAJEWSKI, neurochirurg, werd herkozen als voorzitter. Dr. Edwin BORMAN, anesthesist, had zich gezien zijn zeer drukke functie als medisch directeur van de Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust niet meer verkiesbaar gesteld voor het mandaat van secretaris-generaal. Hij werd opgevolgd door Dr. Vassilios PAPALOIS, chirurg, ondervoorzitter van de UEMS sinds oktober 2014.

Als een rode draad tijdens de discussies van de verschillende “groupings” werd het accent gelegd op het fundamentele werk dat verricht wordt door de UEMS-secties. De secties wensen dat hun werk erkend wordt en vragen meer inspraak in de beslissingen van de management council van de UEMS. Het bureau van de UEMS zal deze mogelijkheid op statutair vlak onderzoeken en de nodige contacten leggen met de nationale lidorganisaties en de voorzitters van de secties en boards.

Tijdens de herfstvergadering van de management council werden de opleidingscriteria voor de volgende specialismen aanvaard: pediatrie, orthopedie, traumachirurgie, angiologie, borstchirurgie, neurochirurgie en manuele geneeskunde

De vergadering van de Advisory Council for EACCME⁴² gepland op 28 november 2015 in Brussel werd afgelast ten gevolge van de terreurdreiging na de bloedige aanslagen in Parijs van 13 november 2015. De plechtige ondertekening van de overeenkomst tussen de EACCME en de Belgische accrediteringsstuurgroep diende bijgevolg uitgesteld te worden. De vergadering werd verschoven naar 9 januari 2016 en vond plaats in Brussel.

De **herfstvergadering van CESMA** vond plaats in het DME op 11 en 12 december 2015. CESMA is de UEMS-structuur die tracht de Europese specialistenexamens te harmoniseren en hierdoor hun erkenning door de nationale autoriteiten te bevorderen. Deze examens kennen een groeiend succes. Sommige landen of specialismen organiseren niet langer zelf deze examens maar verplichten de deelname aan deze Europese examens. Jammer genoeg werden ook de eerste gevallen van vervalsing van de uitgereikte certificaten genoteerd. Om schrijftvervalsing tegen te gaan wordt gewerkt aan het opmaken van een databank van de afgeleverde certificaten.

De praktische organisatie van deze examens werd aan een kritische discussie onderworpen. Zowel het schriftelijk als het mondelinge deel van het examen wordt volledig in het Engels gevoerd zodat de kandidaten van de Angelsaksische landen ongetwijfeld een zeker voordeel genieten. Sommige landen of specialismen die de deelname aan deze examens verplichten eisen evenwel dat het examen kan afgelegd worden in de nationale taal. Om de neutraliteit van de examinatoren te garanderen wordt hen in deze gevallen een tolk ter beschikking gesteld. Deze gang van zaken zal ongetwijfeld nog flink wat stof doen opwaaien en voer voor diepgaande discussies opleveren.

De sessie op 11 december 2015 was gewijd aan een training van de examinatoren.

⁴² European Accreditation Council for Continuing Medical Education

2.2.2. Gemeenschappelijke vergadering – FEMS- AEMH – EJD⁴³

Van 7 tot 9 mei 2015 werd in Wenen een gemeenschappelijke vergadering gehouden van FEMS, AEMH en EJD.

De bijeenkomst ging van start met een conferentie over “Clinical Leadership”. Het betreft hier niet alleen de leidinggevende functies binnen de gezondheidszorg in het algemeen maar ook binnen het ziekenhuis en haar verschillende diensten.

De evaluatie van de Europese Working Time Directive (EWTD) was traditiegetrouw een vinnig gespreksonderwerp. Op het terrein stelt men immers een grote discrepantie vast tussen de theorie en praktijk. De Oostenrijkse delegatie deelde mee dat het opt-out systeem er geleidelijk wordt afgebouwd en dat het in 2021 volledig moet verdwenen zijn. Tijdens de discussies bleek dat de grote meerderheid van de deelnemers er de voorkeur aan geeft om de EWTD ongewijzigd verder te zetten.

De administratieve sessie van de FEMS vond plaats op 7 mei 2015. Ze verliep minder vlot dan in het verleden. Dr. Enrico REGINATO, de huidige voorzitter, beschikt nog niet over de ervaring en organisatorische talenten van de gewezen voorzitter, Dr. Claude WETZEL. Ook de taal vormde een zekere barrière. Het ontwerp van statutenwijziging werd ter discussie voorgelegd. Deze statutenwijziging heeft voornamelijk betrekking op het gewogen stemrecht dat aan de verschillende lidorganisaties worden toegekend.

2.2.3. CPME

Zoals de traditie binnen de CPME het wil vond de algemene vergadering die moet leiden tot de verkiezing van het nieuwe bestuur plaats in het land van de regerende en dus aftredende IJslandse voorzitter, Dr. Katrin FJELDSTED, huisarts. De vergadering vond plaats op 22 en 23 mei 2015 in Reykjavik. Ook binnen drie jaar zal de vergadering plaatsvinden in een niet-EU land. De nieuw verkozen Dr. Jacques DE HALLER, huisarts, woont en werkt immers in Zwitserland.

Eerder onverwacht werd Dr. Bernard MAILLET verkozen tot ondervoorzitter van de CPME. De CPME zit immers niet altijd op dezelfde golflengte als de UEMS, organisatie waar Bernard MAILLET gedurende 9 jaar de functie van secretaris-generaal uitoefende en sinds 1 januari 2016 tot penningmeester werd verkozen. Als CPME ondervoorzitter wil hij zich inzetten voor een verbetering van de relaties tussen de CPME en de UEMS. Hij hoopt op termijn een constructieve samenwerking te kunnen bewerkstelligen om efficiënter gemeenschappelijke doelstellingen te kunnen realiseren.

Tijdens de herfstvergadering van de CPME van 30-31 oktober 2015 in Brussel was het Transatlantic Trade and Investment Project (TTIP) het centrale gespreksthem. De TTIP is de opvolger van de GATT overeenkomst⁴⁴. De Europese Medische Organisaties vrezen voornamelijk, meer nog dan onder de GATT, dat Amerika de privatisering van de gezondheidszorg aan Europa wil opdringen.

2.2.4. WHO⁴⁵ – EFMA

Van 16 tot 18 april 2015 vond in Oslo de jaarlijkse vergadering plaats van de World Health Organisation. Onze VBS penningmeester Dr. Bernard MAILLET was er namens de BVAS aanwezig.

⁴³ European junior doctors

⁴⁴ Het General Agreement on Tariffs and Trade (Algemene Overeenkomst over Tarieven en Handel) werd in 1947 in Genève ondertekend door 23 landen en is voorloper van de in 1995 opgerichte World Trade Organization (WTO) (Wereldhandelsorganisatie).

⁴⁵ World Health Organisation

Een week later op 23 en 24 april 2015 kwam het European Forum of Medical Associations (EFMA) bijeen in Tbilisi (Georgië). Het EFMA is een structuur die mede opgericht werd door de WHO om de Oost-Europese landen voor te bereiden op de toetreding tot de Europese Unie. Gezien het niet evident is dat ex-Sovjetlanden snel zullen toetreden tot de Europese Unie is het EFMA een beetje op een zijspoor beland. Ook daar was Dr. Bernard MAILLET aanwezig namens de BVAS.

Over beide vergaderingen bracht hij bondig verslag uit tijdens het uitvoerend comité.

3. Ziekenhuisfinanciering: hervormingsgolven aan de horizon

De Belgische economie in 2015: naar een uitweg uit de crisis?

In de loop van 2015 heeft de Belgische economie zich een beetje hersteld, met dank vooral aan de sterke prijsdaling van de olieproducten. Dankzij de lage inflatie is België ontsnapt aan een sterke toename van de loonkosten, zelfs met toepassing van de indexsprong. De daling van de olieprijsen is ook een goede zaak voor de ziekenhuizen, die hoge energiekosten hebben, vooral voor de verwarming van hun gebouwen. Maar betekent dat dat we uit de crisis aan het geraken zijn?

De economen van de Europese Commissie voorspellen een duurzame terugkeer naar economische groei, ook al blijft het een vrij zwakke groei. Daarmee tonen de experts van de Europese Unie zich optimistischer over het lot van de Belgische economie, die in 2016 een bescheiden groei zou vertonen (1,3 %) evenals in 2017 (1,7%)⁴⁶. De inflatie blijft onder controle, terwijl de indexering van de sociale uitkeringen en de ambtenarenlonen pas voor eind 2016 voorzien is, waardoor het openbaar tekort op een stabiel peil kan blijven. De ondernemingen zullen opnieuw meer beginnen te investeren vanaf 2017, een jaar waarin de openbare investeringen weer wat in de hoogte zouden moeten gaan, wat resulteert in een sterkere groei van de economie.

Enkele gevaren bedreigen echter dit veeleer positieve scenario:

- Als de Belgische economie opnieuw aantrekt, zullen de openbare financiën op middellange termijn niet verbeteren. De Europese Commissie heeft haar bezorgdheid geuit over de evolutie van de financiering van de federale overheid, die ondanks al de reeds doorgevoerde hervormingen de enige blijft die de kosten van de vergrijzing moet dragen (met inbegrip van de gezondheidskosten die dit met zich meebrengt).⁴⁷

- Het risico dat de economische groei inzakt door de internationale conjunctuur is sterk aanwezig: vertraging van de Amerikaanse economie, vertraging van de economieën van de groeielanden (India, China ...), daling van de grondstofprijzen met een daling van de Belgische export tot gevolg ... België heeft een zeer open economie, die dus niet immuun is.

⁴⁶ De economische prognoses van de experts van de Europese Commissie zijn gebaseerd op gegevens die door de Belgische federale overheid (Planbureau) ter beschikking zijn gesteld. Ze zijn raadpleegbaar op het volgende adres: http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/countries/belgium_en.htm

⁴⁷ Zie Macroeconomic imbalances, Country Report – Belgium 2015: p.29 raadpleegbaar op het adres: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2015/pdf/ocp212_en.pdf

2015, het jaar van het grote overleg vóór de grote hervormingen?

Sinds het begin van het jaar kondigt de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK, in de Kamercommissie Volksgezondheid aan dat ze binnenkort een “actieplan voor de herfinanciering van de ziekenhuizen” zal komen toelichten en dat “er overleg wordt gepleegd”.⁴⁸ Het kabinet houdt zich in de grootste stilte bezig.

Tijdens het 1^{ste} trimester van 2015 werd er geen ophefmakende openbare verklaring afgelegd m.b.t. de ziekenhuisfinanciering. Tijdens deze “observatieronde” zijn de betrokken partijen echter wel al tot het besef gekomen dat ze zich aan veranderingen mogen verwachten.

In de lijn van de reflecties die in de schoot van het uitvoerend bestuur, het bestuurscomité en de think tank ziekenhuisfinanciering in het afgelopen jaar werden gemaakt, heeft het VBS het hele jaar door actief zijn standpunt verdedigd: de artsen moeten het gezondheidsbeleid in al zijn aspecten richting geven, al zijn de specialisten zich er goed bewust van dat ze verder moeten kijken dan het verdedigen van het eigen specialisme, om te vermijden dat het gezondheidsbeleid wordt ingepalmd door economen of andere goeroes, die vooral in de weer zijn om hun rol onmisbaar te maken.

- Begin 2015 heeft het VBS een enquête verspreid, die werd georganiseerd in samenwerking met De Specialist. Deze enquête, waarvan de resultaten werden gepubliceerd in De Specialist van 12 maart 2015, toont aan dat 88 % van de specialisten voorstander is van een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Maar niet de hervorming zoals die gewenst wordt door de ziekenhuisverenigingen of de ziekenfondsen. Dr. Jean-Luc DEMEERE pleit voor een nieuw systeem, dat enerzijds de financiële bijdrage van de artsen begrenst, om te vermijden dat die onophoudelijk blijft toenemen, en anderzijds garandeert dat de specialisten meer worden betrokken bij de besluitneming in hun ziekenhuis.

- Het VBS heeft zijn standpunt verrijkt door twee think tank-vergaderingen te organiseren op 19 februari en 21 mei 2015. Tijdens de eerste vergadering hebben de deelnemers de diverse voorstellen van het KCE, de verenigingen van ziekenhuisdirecteurs en de ziekenfondsen geanalyseerd en vergeleken. De think tank komt tot het besluit dat geen enkel van deze voorstellen geschikt is voor de artsen-specialisten, in die zin dat ze demotiverend zijn, de toegang tot de gezondheidszorg (die in België nog altijd de beste van Europa is) dreigen te verminderen, en niet in alle omstandigheden aanzetten tot de uitoefening van de beste geneeskunde. Tijdens de tweede vergadering debatteerden de deelnemers over voorstellen van de minister door de gevolgen op de uitoefening op de specialistische geneeskunde te proberen inschatten. Ze overliepen tevens de voorstellen van de strategische cel van de FOD Sociale Zaken en Volksgezondheid. Er werd o.m. gewezen op de moeilijkheid voor beroepsactieve artsen-specialisten om tijd vrij te maken om mee te werken aan het bestuderen van de voorstellen die hen rechtstreeks aanbelangen. Prof. HELLER benadrukte dat het belangrijk is dat er rekening wordt gehouden met de visie van de specialisten over de continuïteit van de zorg, als er sprake is om die toe te vertrouwen aan niet-artsen buiten het ziekenhuis.

- Op 25 maart 2015 was een delegatie van het VBS te gast op het kabinet van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK. Deze delegatie, samengesteld uit Professor Jacques GRUWEZ, de dokters Jean-Luc DEMEERE en Michel LIEVENS, en De heer Olivier LAMBRECHTS, werd ontvangen door Dr. Bert WINNEN (adjunct-kabinetschef), Prof. Katrien KESTELOOT (verantwoordelijk voor de realisatie van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering) en de heer Bernard VERHEYDEN. Tijdens de discussies werden zeer concrete vragen behandeld over de manier waarop de hervorming van de ziekenhuisfinanciering in de praktijk moet worden gebracht. Dr. Jean-Luc DEMEERE stelde het Zwitserse TARMED-systeem voor (een systeem dat bijzondere aandacht kreeg van het kabinet), terwijl Dr. Michel

⁴⁸ <http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/54/ic052.pdf>: op. Cit. 13.01.2015

LIEVENS benadrukte dat een verkorting van de duur van de ziekenhuisopname moet worden gecompenseerd door het opzetten van structuren die in staat zijn om de patiënt op te vangen (zorgcentra of (para)medische teams voor thuiszorg). Maar thuiszorg is een gemeenschapsmaterie, en de gemeenschappen hebben daarvoor geen extra budget voorzien. Dr. Jean-Luc DEMEERE herinnerde er ook aan dat het voornaamste doel van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, naast het overlegmodel en naast doelstellingen zoals het verbeteren van de kwaliteit door de invoering van een P4P-systeem⁴⁹, erin bestaat de financiële leefbaarheid van de ziekenhuizen te vrijwaren. Die kunnen immers maar net een financieel evenwicht bereiken en nemen nu al gemiddeld meer dan 40 % van de artsenhonoraria in beslag.⁵⁰

In het VBS-jaarverslag over 2014 hebben wij commentaar gegeven bij de laatste MAHA-studie⁵¹, die aantoonde dat 40 % van de ziekenhuizen een negatief bedrijfsresultaat voorleggen, en dat sommige instellingen het jaar zelfs in het rood afsluiten. Het VBS heeft de evolutie van de financiële resultaten van de ziekenhuissector van nabij gevolgd. Olivier LAMBRECHTS heeft de presentatie van de MAHA-studie op 18 september 2015 bijgewoond.⁵² De analyse van de MAHA-studie in De Arts-Specialist van november 2015 laat zien dat, hoewel de financiële resultaten van de 92 algemene ziekenhuizen erop vooruitgaan, er slechts 14 ziekenhuizen zijn die alle tests van de MAHA-studie doorstaan. Bovendien dreigt 2016 op financieel vlak een moeilijk jaar te worden voor een sector die een precair evenwicht kent. Dat is te verklaren door het feit dat de stabiliteit in de financiering van de zorgactiviteit in gevaar is gebracht: voor 2016 is de reële groeinorm voor de honoraria vastgesteld op 0,63 %, wat de resultaten van sommige algemene ziekenhuizen nog meer kan ondermijnen.

Het voorstel voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK

Op 24 april 2015 stelde de minister haar “Plan van Aanpak voor de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering” voor. Haar hervorming is gericht op de patiënt en op de evolutie van de zorgbehoeften. De minister wil de hervormingen zoals die tijdens de vorige legislatuur werden geschetst in rapport 229 van het KCE⁵³ tot uitvoering brengen, door de oprichting van “netwerken tussen ziekenhuizen (...) met basis-, referentie- en universitaire ziekenhuizen. En daarbij zal bijvoorbeeld dure technologie toegewezen worden aan een netwerk en niet aan een ziekenhuis.”

De minister gebruikt de woorden van het VBS en pleit voor een “evolutie zonder revolutie”⁵⁴. Ze stelt een langetermijnplan voor, dat verder reikt dan haar eigen legislatuur.

Dit hervormingsplan werd uitgewerkt in overleg met de koepelorganisaties van de ziekenhuizen, de ziekenfondsen en de artsenverenigingen die vertegenwoordigd zijn in de RIZIV-organen.

Het plan voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering kan het best worden omschreven als een in fasen en onder de vorm van pilootprojecten doorgevoerde herstructurering van de volledige gezondheidszorgfinanciering, waarbij men alle belanghebbenden wil betrekken. Minister De Block presenteerde een zeer ambitieus plan, dat ze wil koppelen aan een hervorming van de nomenclatuur, en bovendien aan een herziening van KB nr. 78.⁵⁵

⁴⁹ Pay for performance

⁵⁰ In 2013 bedroeg het gemiddelde afdrachtpercentage 40,9 % volgens de MAHA-studie, voorgesteld op 2 oktober 2014. In 2014 bedroeg dat percentage in de algemene ziekenhuizen 40,4 %.

⁵¹ Model for Automated Hospital Analysis; cf. “Licht op blauw”. VBS Jaarverslag 2014, 07.02.2015.

⁵² De MAHA-analyse is beschikbaar op het [publieke gedeelte van de website van Belfius](#).

⁵³ “Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering”. KCE Rapport 229; 26.09.2014.

⁵⁴ U kunt het VBS-tijdschrift waarin deze uitspraak aan bod komt, terugvinden op de [website van het VBS](#) en op de [website van de minister van Volksgezondheid](#), die in haar communicatie dezelfde bewoordingen gebruikt.

⁵⁵ In het Belgisch Staatsblad van 18 juni 2015 werd het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 herschikt en vervangen door de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Deze coördinatie heeft geen enkele wijziging teweeggebracht, maar heeft tot doel de bepalingen m.b.t. de uitoefening van de

Het plan werd voorgesteld in de Kamer op 28 april 2015⁵⁶ en heeft 10 grote doelstellingen⁵⁷:

1. Meer efficiëntie en zorgkwaliteit.
2. Het ziekenhuis opnieuw uitvinden en het organiseren in netwerken door de ontwikkeling van “transmurale” zorg.
3. Invoering van een nieuw financieringssysteem, dat een onderscheid maakt tussen laagvariabele, mediumvariabele en hoogvariabele zorg: realisatie van 3 clusters.
4. Zorgkwaliteit belonen door 1 à 2 % van het ziekenhuisbudget voor te behouden aan de invoering van een Pay-for-Performance-systeem.
5. Grotere transparantie in de financiering van universitaire ziekenhuizen.
6. Vereenvoudiging van financieringsregels, minder registratielasten.
7. De arts betrekken bij de werking van het ziekenhuis door het medezeggenschap te behouden, dat in het plan niet nader wordt toegelicht.
8. Sterke punten behouden, waaronder de brede toegankelijkheid en de afwezigheid van wachtlijsten, en de zwakke punten wegwerken.
9. Doelgericht en stapsgewijs tewerk gaan. Het is een evolutie van een situatie, we voeren geen revolutie door in het kader van een plan dat deze legislatuur zal overschrijden.
10. Alle belanghebbenden bij de hervorming betrekken.

De uitvoering van het plan met het VBS

In de communicatie van de minister wordt het overleg tussen alle actoren zeer serieus genomen. Zo heeft de strategische cel⁵⁸ van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een overleggroep ziekenhuisfinanciering opgericht. Deze groep omvat vertegenwoordigers van de ziekenhuizen (afgevaardigd door hun koepelorganisaties), de artsen en de ziekenfondsen.

Die groep is geen beslissingsorgaan. Het Plan van Aanpak, en dus ook de reikwijdte van de overleggroep, omvat zowel aspecten die louter met de financiering te maken hebben als aspecten die betrekking hebben op de plaats die het ziekenhuis in het zorgaanbod bekleedt. Enerzijds rekening houdend met de aard van deze missie, en anderzijds met de representativiteit van de artsensyndicaten in het algemeen

gezondheidszorgberoepen, de bepalingen m.b.t. de toekenning van bijzondere beroepstitels en bekwaamheden, en de meer algemene bepalingen in één document samen te brengen, om de lopende hervorming te vereenvoudigen. De minister van Volksgezondheid wil de bepalingen m.b.t. de toewijzingen aan de artsen herzien, om zo een einde te stellen aan hun monopolie, wat een verrijking van de nomenclatuur zou mogelijk maken waarbij bevoegdheden zouden mogen worden gedelegeerd of overgedragen, wat tot besparingen moet leiden.

⁵⁶ Het Plan van Aanpak van de minister van Volksgezondheid werd voorgesteld in de Kamer op 28 april 2015 en kan worden geraadpleegd op de [website van het VBS](#).

⁵⁷ In de hoofdlijnen neemt dit plan als dusdanig rapport 229 van het KCE m.b.t. het conceptuele kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering over, dat te vinden is op de [website van het KCE](#).

⁵⁸ Om een einde te maken aan de verwijten aan het adres van de politieke kabinetten dat ze macht naar zich toe trekken en belangrijke beslissingen nemen die aan elke vorm van controle ontsnappen, heeft de regering-Verhofstadt destijds beslist de ministeriële kabinetten te hervormen. Het enige overblijfsel van die hervorming is een naamsverandering: voortaan moeten we spreken van “strategische cellen”. Wij hebben de termen “kabinet” en “strategische cel” in dit verslag door elkaar gebruikt; in de praktijk is er geen enkel verschil.

en de vertegenwoordiging van de artsen-specialisten in het bijzonder, heeft het kabinet van de minister geoordeeld dat minstens één van de artsenvertegenwoordigers in de overleggroep het VBS moet vertegenwoordigen, hoewel het VBS geen representatief medisch syndicaat is bij het RIZIV. Blijkbaar heeft het bezoek van de VBS-delegatie een sterke indruk gemaakt bij de strategische cel van de FOD Sociale Zaken en Volksgezondheid, want, ondanks het, wettelijk gezien, niet-representatieve karakter van het VBS, heeft de kabinetschef, Pedro FACON, geëist dat minstens één van de vertegenwoordigers die door de BVAS worden afgevaardigd een vertegenwoordiger van het VBS is, met name ondergetekende, weliswaar met een dubbele pet.⁵⁹

Tot nog toe kwam deze overleggroep vijf keer samen: de introductievergadering van 24 juni 2015, 15 juli, 15 september, 28 oktober en 9 december 2015. De opdracht is gigantisch en vele zaken interfereren met elkaar, wat vertragend werkt.

Begin 2015 had minister DE BLOCK een oproep gelanceerd om projecten in te dienen waarmee de uitgaven van de ziekenhuisgeneeskunde zouden kunnen worden beperkt, hoewel ze bij herhaling stelde dat besparingen niet het uitgangspunt van de ziekenhuishervorming zijn. Niet minder dan 219 verschillende instanties dienden in het totaal 470 voorstellen in.

De werkgroep verdeelde ze onder in 4 clusters:

- 1) Ziekenhuisopnames vermijden, bv. door thuisbehandeling van vroegtijdige weeën, intraveneuze toediening van antibiotica en cytostatica, wat momenteel alleen wordt terugbetaald in geval van ziekenhuisopname.
- 2) Verkorten van de duur van de ziekenhuisopname, bv. door de verkorting van de verblijfsduur na een bevalling.
- 3) Behandeling van patiënten buiten het ziekenhuis (= hospitalisatie thuis of in zorghotel).
- 4) Betere samenwerking tussen ziekenhuizen.

Het pilootproject inkorting van de ziekenhuisverblijfsduur na een normale bevalling is het verst uitgewerkt, maar de vijf geplande projecten werden nog niet toegewezen⁶⁰. Vele ziekenhuizen hebben geïnvesteerd in het uitwerken en indienen van pilootprojecten, die in een vast stramien moesten worden gegoten, opgesteld door het kabinet in samenwerking met de FOD Volksgezondheid. Het kabinet ontving liefst 35 kandidaturen voor het project inkorting van de ziekenhuisverblijfsduur na een normale bevalling die samen bijna 60% van alle Belgische materniteitsbedden vertegenwoordigen. *Apparent rari nantes in gurgite vasto*⁶¹. Welke projecten zullen het halen?

Tijdens de vergaderingen heerst een kritische atmosfeer op de drie banken. Elke partij botst op wetten en praktische bezwaren⁶². Het enthousiasme is duidelijk minder groot bij de “technici”, die de desiderata moeten vertalen in de praktijk, dan wat mocht blijken uit de antwoorden van de artsen op de enquête die het VBS samen met het veertiendaags tijdschrift “De Specialist” over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering organiseerde (cf. punt 1.7.). Ook huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, paramedische en andere beroepen moeten bij het opzet betrokken worden.

⁵⁹ Er zitten 5 artsen in de overleggroep: 3 vertegenwoordigers van de BVAS (Drs. Jacques de Toeuf, Marc Moens – ook VBS - en Philippe Devos), één vertegenwoordiger van het KARTEL (Dr. Robert Rutsaert), en één vertegenwoordiger van AADM (Prof. Dr. Dirk Ramaekers, medisch directeur van het Jessa ziekenhuis, die zegt te zetelen als onafhankelijke).

⁶⁰ D.d. 14.02.2016

⁶¹ Naar de Aeneis van Vergilius. Niet naar een bekend Vlaams politicus.

⁶² Vrij naar een beroemd vers van Willem Elsschot (1882-1960): “Maar doodslaan deed hij niet, want tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren,”.

Sommigen van hen begroeten de wijzigingen van het ziekenhuisfinancieringssysteem met enthousiasme, anderen met scepticisme. De niet-artsen onder hen hopen dat deze systeemwijziging, samen met de herziening van het oude KB 78, inmiddels vernummerd⁶³, hen meer autonomie ten opzichte van de artsen zal opleveren en dus een uitbreiding van hun activiteitendomein en een opwaardering van hun inkomsten.

Een bijkomende moeilijkheid is dat de realisatie van de projecten niet past in de bestaande wetgeving. Problemen als remgelden die er niet zijn als een patiënt is opgenomen in het ziekenhuis, maar die er wel zijn als de patiënt thuis verzorgd wordt (medicijnen, klinische biologie, consultatie bij de gynaecoloog of de pediater, ...) moeten een oplossing vinden, want het kan niet de bedoeling zijn dat de patiënt meer moet betalen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn dat een speciale status wordt gecreëerd voor een patiënt die noch gehospitaliseerd is, noch echt ambulante, maar die thuis verzorgd wordt onder supervisie van een ziekenhuis met een gemengde equipe van ziekenhuisartsen, huisartsen en andere zorgverstrekkers die bij de behandeling nodig zijn. De patiënt wordt dan beschouwd als actieve partij binnen deze multidisciplinaire equipe.

De onderneming is als de vraag van de kip en het ei. Wetgevend werk verrichten, rekening houdend met de vele koppelingen tussen allerlei complexe wetten en besluiten, om pilootprojecten op te starten is tegenaangewezen. Maar anderzijds kan niet in de illegaliteit worden gewerkt en moet de kwaliteit bewaakt worden. Zo zal vb. het snellere ontslag van pasgeboren kinderen de interventie van de huisarts meebrengen voor de klinische en de bloedcontrole van de pasgeboren baby, maar huisartsen hebben daar geen ervaring mee. Wat met de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog als de vroedvrouw de thuisbehandeling van vroegtijdige weeën opvolgt? De projecten moeten voor de overheid budgetneutraal zijn en de thuisbehandeling mag de patiënt niet meer kosten dan de klassieke behandeling in het ziekenhuis. Als een thuisbehandeling goedkoper zou uitvallen dan een behandeling in het ziekenhuis, dan zou het bespaarde bedrag mogen geïnvesteerd worden in het budget van financiële middelen (BFM). Indien blijkt dat de thuisbehandeling meer zou kosten dan in het ziekenhuis, dan zou het ziekenhuis het verschil moeten terugbetalen. De automatische vraag die zich dan zal stellen is: wie van de multidisciplinaire equipe betaalt terug? Wie is verantwoordelijk voor de meeruitgaven? De gemakkelijksoplossing dat het ziekenhuis deze financiële verantwoordelijkheid zou moeten dragen botst begripelijkwijze op verzet van de ziekenhuizen.

Naast de vele praktisch-organisatorisch-financiële vragen doorkruist bovendien ook de 6^{de} staats hervorming continu de voorstellen die spontaan opborrelen rondom de vergadertafel.

De oefening zou ook een vereenvoudigingsoperatie moeten zijn. Eind de jaren tachtig van de vorige eeuw, toen ondergetekende een van zijn eerste vergaderingen van de Nationale commissie artsen-ziekentfondsen bijwoonde, sprak zijn toenmalige voorzitter, wijlen Dr. Jérôme DUJARDIN⁶⁴, de profetische woorden dat vereenvoudigen bijna altijd leidde tot meer ingewikkeldheid. Dit risico is ook bij deze operatie reëel, want naast een meer forfaitaire betaling zal ook de betaling per verstrekking blijven bestaan.

De gesprekken lopen onverminderd door. P4P en/of P4Q⁶⁵ staan hoog op de agenda. Ofschoon er internationaal quasi geen overtuigende wetenschappelijke artikelen zijn dat dit ook werkt, is het kabinet blijkbaar wel van het nut overtuigd. De gesprekspartners wordt gevraagd indicatoren uit te zoeken op

⁶³ Ondertussen heeft de federale regering een nieuwe gecoördineerde versie gepubliceerd van het "KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen" dat kracht van wet heeft. Het genummerde KB werd: "Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen" (BS 18.06.2015). De coördinatie werd gedaan door de Raad van State, op vraag van de eerste minister.

⁶⁴ Dr. Jérôme Dujardin was administrateur generaal van het RIZIV en van 1964 tot 1997 voorzitter van de nationale commissie artsen – ziekentfondsen.

⁶⁵ Pay for Quality

dewelke de “beloning” of de “niet-bestafting” zouden kunnen worden gekoppeld. In de internationale literatuur bestaan er tal van ideeën en modaliteiten, en ook Belgische denktanks laten er hun licht over schijnen^{66,67}. Het kabinet schuift het cijfer van 1 à 2% van het budget naar voren dat aan P4P /P4Q zou kunnen worden besteed. Maar aan welk onderdeel zullen deze middelen worden besteed? Aan het geheel van het BFM, ziekenhuisbreed, of aan een onderdeel? Aan de dienst waar een kwaliteits- of performantieverbetering wordt vastgesteld? Worden de honoraria erbij betrokken? Wordt er aan public reporting gedaan, zoals Zorginspectie Vlaanderen dit in Vlaanderen steeds meer ingeburgerd probeert te maken?⁶⁸

Vele boeiende vragen die op antwoorden wachten. Volgend jaar meer in het VBS-jaarverslag.

4. Politiek

4.1. Inleiding

Met “slechts” 82.000 pagina’s was het Belgisch Staatsblad van het jaar 2015 een minder volumineuze uitgave dan vorige edities: 25.270 bladzijden dunner dan in 2014 of – 23,6 % (cf. Tabel 1). Zou de aangekondigde “blauwe verandering”⁶⁹ daar verantwoordelijk voor zijn? Of is het omdat de regering met zijn drie artsen, (ex-) huisarts minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie DE BLOCK (Open VLD), (ex-) huisarts minister van Pensioenen Daniël BACQUELAINE (MR) en (ex-)gynaecologe staatssecretaris voor Armoedebestrijding, Grootstedenbeleid en Wetenschapsbeleid, Elke SLEURS (N-VA) nog niet helemaal op dreef was?

Abstractie makend van een aantal Duitse vertalingen (van soms al meer dan 30 jaar oude besluiten of wetten⁷⁰) (mede-) ondertekende Maggie DE BLOCK maar liefst 17 wetten (waaronder één programmawet en 5 wetten houdende diverse bepalingen, sinds mensenheugenis gevaarlijke vehikels om onaangename verrassingen in te verstoppen), 306 koninklijke en 127 ministeriële besluiten.

Onder de wetten onthouden we vooral de wet van 17 juli 2015⁷¹. Voor de overgrote meerderheid van medisch laboratoriumtechnologen (MLT) en technologen medisch beeldvorming (TMB) bracht deze wet soelaas om verder hun beroep te mogen blijven uitoefenen. Ze moesten respectievelijk geen 22 jaar voor de MLT ‘s⁷² sinds hun beroepstitel werd erkend, respectievelijk 18 jaar⁷³ voor de TMB ‘s hun beroep hebben uitgeoefend om te mogen blijven verder werken, maar nog slechts 3 jaar voorafgaand aan de datum van 02.12.2013.

Dezelfde wet verbood nu ook definitief het vragen door niet-geconventioneerde artsen van supplementen op twee- en meerpersoonskamers in het dagziekenhuis. Dat artikel ging in voege 10 dagen na datum van publicatie, m.a.w. op 27 augustus 2015⁷⁴. Het hoofdstuk over de transparantie

⁶⁶ “Opinie: Pleidooi tegen de verzieling van de ziekenhuisfinanciering”. Jeroen Trybou en Brieuc Van Damme; Itinera; 04.07.2011. Inmiddels is Brieuc Van Damme kabinetsmedewerker van minister De Block.

⁶⁷ “Opinie: Is het mogelijk om te snoeien in het aantal ziekenhuisbedden?” Svin Deneckere; Itinera; 22.10.2014.

⁶⁸ http://www.4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspectieverslagen/Paginas/ziekenhuizen_ verslagen.aspx

⁶⁹ “Licht op blauw voor verandering”. VBS jaarverslag 2014, 07.02.2015.

⁷⁰ Bv.: Wet van 29.06.1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers. Duitse vertaling van wijzigingsbepalingen (BS 17.11.2015; Ed. 1)

⁷¹ Art. 77 van de wet van 17.07.2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (1) (BS 17.08.2015; Ed. 1)

⁷² K.B. 02.06.1993 besluit betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 10.07.1993)

⁷³ K.B. van 28.02.1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van technoloog medische beeldvorming en houdende vaststelling van de lijst van handelingen waarmee deze laatste door een arts kan worden belast.

⁷⁴ Art. 97 van de wet van 17.07.2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (1) (BS 17.08.2015; Ed. 1)

voegde er nog een reeks administratieve verplichtingen aan toe⁷⁵. Deze wet voerde vanaf 1 juli 2015 voor de huisartsenconsultaties de verplichte regeling derde betalende in voor rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming⁷⁶. Ze voerde ook besparingen op de forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming door bij heropname van een patiënt voor dezelfde aandoening binnen de tien dagen na zijn ontslag⁷⁷. De werking van het FAGG werd hertekend; er werden administratief-technische wijzigingen aangebracht wat betreft de regelgeving omtrent bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong⁷⁸, de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en gameten en het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek⁷⁹.

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

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

Tabel 1

Door deze wet van 17. 07.2015 gaat ook de naam "Orde der Geneesheren" voor de bijl. Ze wordt "Orde der Artsen" en het eeuwige en oplosbaar lijkende probleem waar Vlaams-Brabantse, Waals-Brabantse en Brusselse artsen dienen ingeschreven te worden vindt een oplossing⁸⁰. Misschien heeft minister DE BLOCK zich laten inspireren door de statutenwijziging die het VBS doorvoerde met zijn buitengewone algemene vergadering van 11.10.2014. Het Verbond der Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten vervelde toen tot Verbond van Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten⁸¹. Dezelfde wet van 17. 07.2015 maakte het ten slotte ook mogelijk dat twee leden in de

⁷⁵ Art. 22 en 23; ibidem; in voege vanaf 01.07.2015.

⁷⁶ Art. 20 en 21; ibidem.

⁷⁷ Art. 17 en 18; ibidem: de terugbetaling van de forfaitaire honoraria wordt verminderd van 82 naar 67 percent.

⁷⁸ Art. 57 tot 69; ibidem.

⁷⁹ Art. 70 tot 76; ibidem.

⁸⁰ Art. 90 tot 93; ibidem.

⁸¹ Statuten gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 15.12.2014.

Raad van bestuur van het Kenniscentrum worden opgenomen die de patiënten en de gebruikers van de gezondheidsdiensten vertegenwoordigen⁸².

Kortom er veranderde wel degelijk een en ander, zonder echte verrassingen, want de wijzigingen werden stuk voor stuk doorgepraat met de betrokkenen. Wat uiteraard niet betekent dat die betrokkenen met alles akkoord waren of dat alles hen gelukkig maakte.

Het ontlokte emeritus De Standaard journalist Guy TEGENBOS een column onder de titel "Maggie en Cola"⁸³: zoals fosforzuur in Coca Cola roest doet oplossen, zo slaagde minister DE BLOCK er in om vastgeroeste knelpunten los te wrikken. TEGENBOS maakte daarbij allicht even abstractie van de massa's suiker die Coca Cola bevat en in de weken na zijn column het zoveelste relletje in het kibbelkabinet uitlokte, dit keer over de taks op suikerhoudende dranken die ook op niet-suikerhoudende dranken geldt⁸⁴.

Onder de 306 koninklijke besluiten die minister Maggie DE BLOCK ter ondertekening aan de koning voorlegde vinden we een heel gamma van bestuurlijke items waar artsen direct of (zeer) indirect mee te maken krijgen. Chronologisch ging dat in 2015 van het goedkeuren van het huishoudelijk reglement van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV⁸⁵ over de erkenning van de vzw zonder winsttoegmerk "Do not call me (verkort DNCM)" ter bestrijding van ongewenst telefonische communicaties⁸⁶, over het verbod van het op de markt brengen van fosfaathoudende textielwasmiddelen⁸⁷ tot de profylaxis in geval van accidentele niet-professionele blootstelling aan het humaan immuundeficiëntie virus (HIV) of van accidentele professionele blootstelling⁸⁸.

Bij KB werden ook een aantal commissies, colleges, raden en andere organen bemand/bevrouwd, onder meer de planningscommissie-medisch aanbod⁸⁹, de beheerscomités van het eHealth-platform⁹⁰ en van het KCE⁹¹.

Van de 127 ministeriële besluiten van minister DE BLOCK pikken we er enkele uit, beginnend in januari en eindigend in december 2015: de toekenning van een bijkomende toelage aan de universitaire en interuniversitaire centra voor huisartsgeneeskunde⁹²; wat de klinische biologie betreft: de benoeming van de leden van de Commissie voor Klinische biologie, van de Beroepscommissie voor klinische biologie

⁸² Art. 102; ibidem.

⁸³ "Maggie en Cola". Column. Artsenkrant, 11.09.2015.

⁸⁴ "De Block over suikertaks: 'Ik was van plan om te wachten'. Suikertaks voor frisdrank zonder suiker: 'Platte belastingverhoging'." De Morgen, 12.10.2015.

⁸⁵ KB van 10.12.2014 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 8 december 1999 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het Algemeen Beheerscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (BS 13.01.2015; Ed 1).

⁸⁶ KB van 28.06.2015 tot erkenning van een vereniging bedoeld in de artikelen VI.114 en XIV.81 van het Wetboek van economisch recht inzake ongewenste telefonische communicaties (BS 01.07.2015; Ed. 2).

⁸⁷ KB van 16.11.2015 tot opheffing van het koninklijk besluit van 13 februari 2003 houdende het verbod van het op de markt brengen van fosfaathoudende textielwasmiddelen bestemd voor huishoudelijk gebruik (BS 11.12.2015; Ed. 1)

⁸⁸ KB van 26.12.2015 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder aan de hiv/aids-referentiecentra een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kan worden toegekend voor de profylactische behandeling in geval van accidentele niet-professionele blootstelling aan het humaan immuundeficiëntie virus (HIV) of van accidentele professionele blootstelling (BS 29.12.2015; ED. 1).

⁸⁹ KB van en16.06.2015 houdende de benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie-medisch aanbod (BS 02.07.2015; Ed. 2).

⁹⁰ KB houdende benoeming van de leden van het Beheerscomité van het eHealth-platform (BS 22.06.2015; Ed. 2).

⁹¹ KB tot benoeming van sommige leden van de raad van bestuur van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (BS 16.06.2015; Ed. 1).

⁹² MB van 11.12.2014 tot toekenning van een bijkomende toelage aan de universitaire en interuniversitaire centra voor huisartsgeneeskunde voor de periode van 1 januari 2014 tot 31 december 2014 (BS 15.01.2015; Ed. 1).

en van de leden van het College van experts voor de externe kwaliteitsevaluatie⁹³; de erkenning van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie⁹⁴ en, last but not least, op kerstavond, de versoepeling van de erkenningscriteria voor huisartsen⁹⁵.

Een deel van de huisartsen revolteerde. Prof. Dr. Jan DE MAESENEER⁹⁶ was er als de kippen bij om te protesteren⁹⁷. Rechtstreeks belanghebbenden bij het versoepelen van de erkenningcriteria van huisartsen zijn de patiënten van de 4 à 5.000 artsen die, hoewel ze voor de bevolking nodige zorgen verlenen, niet aan de criteria van het afgeschafte artikel 10 van het originele ministerieel besluit van 1 maart 2010 konden voldoen en hun erkenning dreigden te verliezen. Het gevaar dat huisartsen niet meer zullen meedoen aan de huisartsenwachtdiensten moet gerelativeerd worden. Enerzijds bestaat dat probleem vandaag ook al, en anderzijds is de deelname aan wachtdiensten zowel een deontologische verplichting⁹⁸ als een eis om door het RIZIV te kunnen worden geaccrediteerd. In de voorwaarden voor de RIZIV-accreditering voor huisartsen staat, in tegenstelling tot die voor de artsen-specialisten, de expliciete voorwaarde dat ze de continuïteit der zorgen moeten verzekeren⁹⁹. Het ministerieel besluit van 1 maart 2010 was trouwens grotendeels geïnspireerd op deze accrediteringsvoorwaarden. Door de inhoud van artikel 10 van het MB van 1 maart 2010 te vervangen door de ene zin: *“De erkende huisarts is ertoe gehouden gedurende zijn ganse loopbaan zijn bekwaamheid te behouden en te ontwikkelen door praktische en wetenschappelijke vorming.”* worden de erkenningsvereisten voor de huisartsen gelijkgesteld met die van alle artsen-specialisten. In geen van de ministeriële erkenningsbesluiten van de specialisten worden immers eisen gesteld inzake de deelname aan de wachtdienst. Die vereiste wordt geacht geregeld te zijn door de ziekenhuisdirecties /medische raden en door de deontologische code van de Orde der artsen.

Het was voor de huisartsen de spreekwoordelijke druppel die de emmer deed overlopen. Eerst was er de verplichte regeling derde betalende samen met bijkomende administratieve rompslomp in het kader

⁹³ 3 MB's van 14.08.2015 houdende benoeming van de leden van de Commissie voor Klinische biologie, van de leden van de Beroepscommissie voor klinische biologie en van de leden van het College van experts voor de externe kwaliteitsevaluatie (BS 10.09.2015; Ed. 1).

⁹⁴ MB van 28.10.2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeesters en stagediensten (BS 10.11.2015; Ed. 1).

⁹⁵ MB van 12.11.2015 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen (BS 24.12.2015; Ed. 1).

⁹⁶ Prof. Jan De Maeseneer is voorzitter Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent en geestelijke vader van het MB van 01.03.2010 getekend minister Laurette Onkelinx (PS).

⁹⁷ In de elektronische Artsenkrant van 24.12.2015 en in de papieren versie van 22.01.2016: *“Wie heeft belang bij ‘Kerst-MB’ erkenning huisartsen?”*.

⁹⁸ Code van de medische plichtenleer art. 117 (gewijzigd d.d. 30.06.2007): *“Elke arts ingeschreven op de Lijst van de Orde moet, overeenkomstig zijn bevoegdheid, aan deze wachtdiensten deelnemen en in voorkomend geval tot de werkingskosten ervan bijdragen. Uitzonderingen kunnen wegens leeftijd, gezondheid of andere gerechtvaardigde redenen worden toegestaan. Het beoordelen van tekortkomingen aan de deontologische verplichtingen met betrekking tot de wachtdiensten behoort tot de bevoegdheid van de provinciale raden.”*

⁹⁹ De accrediteringsregels ingesteld d.d. 13.12.1993 stellen o.m.: *“De huisarts dient een accrediteringsaanvraag in hetzij middels de formulieren goedgekeurd door de AS, hetzij online via de webapplicatie van de accreditering, waarin hij onder meer verklaart dat hij:*

- een medisch dossier per patiënt bijhoudt en alle gegevens van dat dossier die nuttig zijn voor het vaststellen van de diagnose en van de behandeling, uitwisselt met elke andere arts die door de patiënt wordt geraadpleegd en/of die hem verzorgt;
- een hoofdactiviteit als huisarts uitoefent en de effectieve continuïteit van de verzorging verzekert;
- tijdens het voorgaande kalenderjaar een activiteitsdrempel van ten minste gemiddeld 5 contacten per werkdag (raadplegingen en bezoeken) heeft bereikt (1.250 per jaar). Er wordt een uitzondering gemaakt als het gaat om jonge artsen tijdens de eerste vier praktijkjaren;
- geen herhaalde opmerkingen heeft gekregen op basis van de vaststellingen van de voor de evaluatie van de medische profielen bevoegde commissie. Die vaststellingen hebben betrekking op het voorschrijven en uitvoeren van diagnostische en therapeutische verstrekkingen volgens de door de commissie vastgestelde criteria;
- meewerkt aan initiatieven voor het evalueren van de kwaliteit die worden georganiseerd door de ambtsgenoten.

van de transparantie, juridisch zeer slecht aangebracht en in de praktijk onuitvoerbaar¹⁰⁰, dan was er de ongelukkige reactie van de woordvoerder van minister DE BLOCK op de laffe moord d.d. 01.12.2015 op huisarts Patrik ROELANDT¹⁰¹ tijdens de uitoefening van zijn beroep als huisarts (*“de artsen moeten waakzamer zijn”*¹⁰²) en dan de vermeende aanslag op de inhoud van hun beroep. Waar Maggie DE BLOCK in de politieke peilingen de absolute populariteitsrecords aaneenrijgt in de drie regio's van het land, wat hoogst uitzonderlijk is¹⁰³, vindt maar 29,9 % van de huisartsen haar beleid goed tegenover 47,9 % bij de specialisten¹⁰⁴.

4.2. Consequenties 6^{de} staatshervorming

4.2.1. FOD Volksgezondheid

Sinds 1993 worden de kandidaturen voor de erkenningscommissies en de Hoge Raad van Geneeesheren-Specialisten en Huisartsen gemeenschappelijk voorgedragen door het VBS en de BVAS. In het kader van de 6^{de} staatshervorming werd de erkenning van artsen overgedragen aan de gemeenschappen. Tot 31.12.2015 stelde de FOD Volksgezondheid nog personeel ter beschikking om de ambtenaren die hun taak via de Gemeenschappen moeten opnemen op te leiden. Vanaf 01.01.2016 is die overgangsfase definitief beëindigd, wat aanleiding kan geven tot problemen voor enkele individuele dossiers die in beroep zijn terwijl er nog geen structuur is die dergelijke dossiers kan opvangen.

De overgang naar de Vlaamse Gemeenschap is relatief eenvoudig, aangezien er slechts één minister is die bevoegd is voor gezondheid, Jo VANDEURZEN. Hij benoemt de leden van de erkenningscommissie en erkent de artsen. In de Franse Gemeenschap is de situatie echter onoverzichtelijk. Er zijn immers niet minder dan 7 ministers bevoegd voor deze materie. In de Franse Gemeenschap werd de erkenningsbevoegdheid daarom toegewezen aan de minister-president, in casu Rudy DEMOTTE. Deze heeft zijn bevoegdheid gedelegeerd aan minister Jean-Claude MARCOURT, bevoegd o.m. voor het hoger onderwijs, die dan ook de leden van de erkenningscommissies zal benoemen.

Op vraag van minister Jo VANDEURZEN werd het VBS op 29.10.2015 uitgenodigd door het Agentschap Zorg en Gezondheid om te praten over alles wat samenhangt met de erkenning van artsen. Het VBS werd er vertegenwoordigd door Dr. Marc BROSENS; ondergetekende was er uitgenodigd als voorzitter van het VAS¹⁰⁵. Ook het ASGB¹⁰⁶ en AADM¹⁰⁷ waren aanwezig. Hoewel AADM nauwelijks specialisten vertegenwoordigt argumenteerde haar woordvoerder, Dr. Roel VAN GIEL, dat het VBS niet kon beschouwd worden als een representatieve gesprekspartner, daarin enthousiast bijgetreden door ASGB-juriste, Rita CUYPERS. Samen met Marc BROSENS heeft ondergetekende, namens VAS en BVAS, hartstochtelijk de aanwezigheid verdedigd van het VBS in de nieuwe Vlaamse structuur voor de erkenning van gezondheidszorgberoepen, inclusief de erkenningscommissies voor artsen. Na een kwarteeuw actieve participatie weet ik dat het VBS in deze materie de meeste ervaring heeft. Het zou

¹⁰⁰ De wet dateerde van 17 juli, verscheen in het Staatsblad van 18 augustus, maar zou moeten in voege gaan op 1 juli 2015. Het uitvoeringsbesluit liet op zich wachten tot 18 september 2015: KB tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling (BS 23.09.2015; Ed. 1).

¹⁰¹ Patrik Roelandt (16.02.1951 - 01.12.2015) was een grote meneer in de huisartsgeneeskunde, die zich, hoe wreed kan het lot zijn, al jarenlang inspande voor de veiligheid van de huisartsen. Ondergetekende studeerde samen met hem af, R.U.Gent, 15.07.1975.

¹⁰² “Overlijden dr. Roelandt: artsen verontwaardigd over reactie kabinet De Block”. Mediplanet.be; 07.12.2015.

¹⁰³ Le Soir, 19.12.2015.

¹⁰⁴ “Huisartsen buizen De Block”. Artsenkrant, 18.12.2015.

¹⁰⁵ VAS: Vlaams artsensyndicaat, de Vlaamse vleugel van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten – Association belge des syndicats médicaux (BVAS- ABSyM).

¹⁰⁶ ASGB: algemeen syndicaat der geneeskundigen van België, Vlaamse vleugel van het Kartel/le Cartel.

¹⁰⁷ AADM: Alliantie Artsenbelang – Domus Medica - Alliance Avenir Des Médecins

bijzonder jammer zijn voor de artsengemeenschap dat die niet verder benut zou mogen worden. De verantwoordelijke gesprekspartner van de administratie heeft duidelijk laten verstaan dat de beslissing minister Jo VANDEURZEN toekomt.

De erkenningsnormen van de ziekenhuizen worden van de FOD Volksgezondheid overgedragen naar de Gemeenschappen, maar de bevoegdheid inzake financiering en programmatie blijft federaal. Toch gaat de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur, budget voor bouw/renovatie (BFM onderdeel A1) en investeringskosten voor NMR, PET en radiotherapie (BFM onderdeel A3) naar de Gemeenschappen. Dat alles mag geen negatieve impact hebben op het federale budget. Quasi bij elke beslissing zou het Rekenhof moeten tussenkomen, wat de snelheid van beslissingen niet ten goede komt. Er zijn maar weinig mensen in dit land die alle consequenties van de 6^{de} staatshervorming op de gezondheidszorg kunnen overzien. Onder hen Christiaan DECOSTER, directeur-generaal van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij waakt ook scrupuleus over de toepassing van de staatshervorming, in samenhang met alle vroegere wetgeving die hij in zijn decennialange carrière zag ontstaan of mee redigeerde.

Het communautair verschil in bevoegdheid over het BFM onderdeel A3 verklaart bijvoorbeeld het actuele probleem van het niet geïnstalleerd raken van NMR 's in Vlaanderen, terwijl dat ten zuiden van de taalgrens minder problemen schept.

4.2.2. RIZIV

De overheveling van een reeks bevoegdheden heeft ook belangrijke consequenties op het niveau van het RIZIV. De Gemeenschappen krijgen niet alleen de organisatorische maar ook de financiële verantwoordelijkheid voor de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen (ROB – RVT), de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven beschut wonen, een deel van de sector bandagisten – orthopedisten en de bijzonder uitgebreide sector van de revalidatie. Daaronder vallen onder meer de centra voor ambulante revalidatie (C.A.R., de vroegere NOK en PSY revalidatiecentra) met prioritaire doelgroepen als attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), niet aangeboren hersenletsels, (NAH), cerebral palsy (CP), sommige gehoorstoornissen, bepaalde slik- en stemstoornissen enz.¹⁰⁸. De overheveling is nog volop in beweging.

Ondergetekende heeft de grootste bewondering voor de medewerkers van het RIZIV-actuaariaat die al deze politieke beslissingen en de daaruit volgende ombuigingen van financiële stromen netjes in kaart brengen en in de juiste beddingen.

Want niet alleen de bevoegdheden verschuiven, ook de miljarden euro's. Als we – ontdaan van alle details en tussentijdse besparingen of nieuwe initiatieven - het bedrag van de RIZIV-begroting gezondheidszorgen van het laatste jaar nemen vooraleer de overhevelingen startten (begroting opgemaakt in 2013 voor het jaar 2014¹⁰⁹: 27,862 miljard euro) en vergelijken met de begroting die in 2015 voor het jaar 2016 werd voorgesteld door de regeringsdelegatie¹¹⁰, namelijk 23,813 miljard euro, dan merken we dat op twee jaar tijd er grosso modo een verschuiving plaatsgreep van 4,049 miljard euro.

Dit is een voorlopige en zeer benaderende vaststelling.

¹⁰⁸Nota ARGV 2015/052 d.d. 17.07.2015: Begroting 2016: vaststellen, door de overeenkomsten en akkoorden commissies, van de financiële middelen die onontbeerlijk zijn voor de financiering van hun sector. Deel overgehevelde materies.

¹⁰⁹ Nota ARGV 2013/70 d.d. 01.10.2013. Begroting 2014. Globaal voorstel van het Verzekeringscomité. Finale versie.

¹¹⁰ Nota ARGV 2015/073 d. d. 12.10.2015. Begroting 2016

4.3. Protocolakkoord Medische Beeldvorming: de saga gaat verder

4.3.1. Wat voorafging

Zoals in het vorige jaarverslag vermeld¹¹¹ heeft het Belgisch Staatsblad op 20 juni 2014 het Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming gepubliceerd. Een document waar de handtekeningen onderstaan van de maar liefst acht ministers die in ons land op een of andere manier bevoegd zijn voor een of meerdere onderdelen van dit protocolakkoord.

Dit akkoord is feitelijk een vierluik:

- Ten eerste is er de uitbreiding van het aantal NMR-toestellen met 12 toestellen (5 in Wallonie en 7 in Vlaanderen). Dit heeft tot doel het gebruik van niet-ioniserende onderzoeken te stimuleren en het voorschrijven van suboptimale CT-onderzoeken te laten dalen.

- Ten tweede is er de uitbreiding van het aantal PET-toestellen (van de huidige 12 naar 27,5), dit omwille van ontoereikende capaciteit van de huidige erkende toestellen door een belangrijke uitbreiding, evidence based, van het aantal, voornamelijk oncologische, indicaties.

- Ten derde wordt er een halt toegeroepen aan een ongecontroleerde groei van een aantal radiologische toestellen (met name CT-toestellen). Om dit mogelijk te maken komt er een landelijk register waarin alle 'zware medische apparatuur' (CT, PET, SPECT-CT, PET-CT, PET-NMR, NMR) dient geregistreerd te worden en komt er vervolgens ook een moratorium op bepaalde toestellen.

- Ten vierde werd er in het protocolakkoord vastgelegd dat er nood is aan een handhavingsbeleid. De situatie in het verleden met het gedogen van een aantal zwarte of grijze PET- of NMR-toestellen was onhoudbaar geworden en stond elke vorm van aanpassing van de programmatie of nomenclatuur in de weg. Vandaar het handhavingsbeleid wat een strikte toepassing van de programmatie zou garanderen en ook niet-erkende toestellen zou bannen.

Dit protocolakkoord kreeg vervolgens de nodige uitvoeringsbesluiten welke onder vorm van zes verschillende koninklijke besluiten op 8 augustus 2014 in het Belgisch Staatsblad kenbaar gemaakt werden.

4.3.2. En wat er gebeurde in 2015

A. NMR

Er mochten dus 12 bijkomende toestellen erkend worden, maar uitsluitend in ziekenhuizen waar er op dat ogenblik nog geen NMR beschikbaar was.

In **Wallonië** verliep dit proces vlot: in januari 2015 verschenen de erkenningscriteria met als resultaat op 24.09.2015 de publicatie van het ministerieel besluit van 1 juli 2015 waarin bijkomende NMR's worden toegekend aan EpiCURA te Hornu, Clinique Saint-Luc te Bouge, Centre hospitalier van Moeskroen, Centre hospitalier régional van Hoei en het Centre hospitalier de l'Ardenne. Een erkenning werd geweigerd aan vijf andere instellingen.

In **Vlaanderen** heeft de administratie Zorg en Gezondheid pas op 24 november 2014 een omzendbrief gestuurd naar alle ziekenhuizen met daarin de regels en criteria voor de toewijzing van de maximaal 7 bijkomende NMR-diensten.

Op 19 december volgde er al een correctie van deze omzendbrief waarbij (samenwerkingen met) categorale en/of psychiatrische ziekenhuizen werd verboden om aan de criteria te voldoen.

Begin 2015 hebben uiteindelijk 12 ziekenhuis (-associaties) een aanvraag ingediend en heeft minister VANDEURZEN aan 7 ervan een voorlopige erkenning gegeven. Dit zijn de ziekenhuizen van Rumst/Bornem, Malle, Heusden-Zolder, Ronse, Tielt/Izegem, Veurne/Torhout en Heilig Hart Leuven/Diest. Omwille van het feit dat de Vlaamse administratie bijkomende criteria (bovenop deze van het protocolakkoord) had gesteld en door de onduidelijkheid van de twee rondzendbrieven werd er

¹¹¹ "Licht op blauw voor verandering". VBS Jaarverslag 2014, 07.02.2015. Punt 4.5.

door de afgewezen ziekenhuizen vervolgens bij de bevoegde adviescommissie verzet aangetekend, maar ondanks een kritische houding van deze commissie heeft de minister besloten zijn beslissing te handhaven. Gevolg hiervan is dat er nu meerdere (niet-opschortende) procedures lopen bij de Raad van State. Uitspraak verwacht binnen enkele jaren...

B. PET

Het protocolakkoord voorzag in een uitbreiding van het aantal PET-centra van 13 naar 24. Maximaal 3 toestellen mochten er bijkomend opgesteld worden in Wallonie, 1 extra in Brussel en 6 in Vlaanderen. Net zoals bij de NMR zijn het de gemeenschappen en gewesten die de erkenningscriteria dienen op te stellen en zij zijn het ook die de finale erkenningen verlenen.

Hiertoe kregen zij volgens het protocolakkoord tot 1 januari 2016 de tijd. Op dat ogenblik zouden immers ook de andere afspraken van kracht worden in verband met de PET, namelijk een update van het aantal evidence based terugbetaalde indicaties, alsook de wijziging van de vergoeding, zowel van het onderzoek, de camera's als de gebruikte diagnosemiddelen. Belangrijk is ook dat op 1 januari 2016 een beperking is ingegaan van het aantal onderzoeken dat er per erkende PET-camera op jaarbasis kan terugbetaald worden. Hiervoor is men namelijk uitgegaan van het feit dat er op 1 januari 2016 ook effectief 27,5 toestellen operationeel zouden zijn.

Het **Brussels Gewest** ging zeer snel. Conform het protocolakkoord werd reeds op 01.08.2015 het ene bijkomende toestel verdeeld over 3 ziekenhuizen.

Het **Waals Gewest** heeft op de valreep 3 bijkomende centra erkend bij ministerieel besluit van 21 december 2015 dat van kracht werd op 1 januari 2016. Het Waals Gewest heeft dus nog de mogelijkheid om één bijkomend PET-centrum te erkennen.

In **Vlaanderen** zijn er tot op heden nog geen erkenningscriteria opgesteld door het agentschap Zorg en Gezondheid. Met als gevolg dat er geen enkel bijkomend PET-toestel in Vlaanderen operationeel of zelfs maar erkend is. Het resultaat hiervan is dat in plaats van de absoluut noodzakelijke capaciteitsuitbreiding de Vlaamse bevolking, minstens voor het jaar 2016, met een feitelijke capaciteitsdaling zal geconfronteerd worden. De deadline om op 1 januari 2017 extra PET-camera's operationeel te hebben nadert zeer snel: indien voor eind maart 2016 de voorlopige erkenningen niet worden verleend, zal er ook in 2017 een ernstig capaciteitstekort optreden.

Er zijn dan ook momenteel onderhandelingen bezig tussen de kabinetten van minister Maggie DE BLOCK en Jo VANDEURZEN om hiervoor een oplossing te kunnen vinden. Wordt zonder enige twijfel vervolgd...

C. Kadaster zware medische apparatuur

In het verleden was er grote onduidelijkheid over het aantal en de plaats waar radiografische, nucleaire of radiotherapeutische apparatuur waren opgesteld. Omdat hierdoor adequate besluitvorming onmogelijk is, en om illegale toestellen te kunnen opsporen, was het noodzakelijk dat de gegevens welke nu verspreid zitten bij verschillende instanties (FOD, RIZIV, FANC, Gemeenschappen, industrie) te bundelen in één enkel federaal register, dat toegankelijk zou zijn voor alle betrokkenen. Over de exacte inhoud van dit register zijn er in 2015 verschillende vergaderingen geweest op de FOD. Het resultaat vond zijn neerslag in het Belgisch Staatsblad van 3 februari 2016 met het *"Koninklijk besluit van 19 januari 2016 houdende bepaling van de regels volgens welke gegevens met betrekking tot zware medische apparatuur aan de voor Volksgezondheid bevoegde minister worden meegedeeld"*.

Hierbij moet elke beheerder van een ziekenhuis (of de uitbater bij extra muros-opstelling) een gedetailleerde beschrijving geven van alle apparaten die ze bezitten en die op de lijst van zware medische apparatuur vermeld staan. Zij krijgen hiervoor maar 30 dagen (voor PET, PET-CT en PET-NMR) of 90 dagen (voor CT, NMR, SPECT-CT, radiotherapie toestellen)

Voor alle nieuwe toestellen zal de fabrikant bij levering alle noodzakelijke identificatiegegevens overmaken aan het kadaster. Bij buitengebruikstelling dient de beheerder ook de datum van uitgebruikstelling te melden.

Vervolgens geeft de FOD al deze gegevens door aan het RIZIV, dat dan op zijn beurt een uniek toestelnummer zal toekennen dat in de toekomst dient vermeld te worden op de getuigschriften voor verstrekte hulp. Zonder de vermelding van dit identificatienummer zal er geen tussenkomst van de ziekteverzekering mogelijk zijn.

d. Handhavingsbeleid

Een speciale paragraaf (3.3.2) in het protocolakkoord is gewijd aan een eis van Europa om alle niet erkende PET-centra te sluiten. Het was een publiek geheim dat er de afgelopen jaren in België buiten de 13 erkende centra ook 7 niet-erkende PET-camera's operationeel waren. In deze paragraaf engageren de verschillende overheden zich om deze niet-erkende PET-toestellen definitief te sluiten en de terugbetaling van de op deze camera's uitgevoerde onderzoeken stop te zetten. Om alle mogelijke juridische procedures te voorkomen heeft het RIZIV in de loop van 2014 dan ook een dading met deze centra afgesloten waarbij zij 65% van de onterechte geïnde verzekeringstegemoetkomingen dienden terug te betalen.

Sedertdien zijn deze camera's ofwel gesloten, ofwel hebben ze in het kader van de uitbreiding van de programmatie een definitieve erkenning gekregen.

Zoals reeds boven opgemerkt bij het kadaster zware medische apparatuur, zal de vermelding van een uniek toestelidentificatienummer zorgen voor een automatische niet-vergoeding van onderzoeken uitgevoerd op deze niet-erkende toestellen.

Het handhavingsbeleid zal echter nog verder gaan: doordat de fabrikanten verplicht alle in ons land verkochte zware medische apparatuur dienen aan te melden zullen al de niet-vergunde toestellen actief opgespoord en gesloten kunnen worden.

4.4. Euthanasie

Op 29 oktober 2015 verwierp het Grondwettelijk Hof de beroepen tot vernietiging van de wet die euthanasie mogelijk had gemaakt voor minderjarigen¹¹². In 2014-2015 veroorzaakte deze wet heel wat beroering, niet in het minst onder de pediaters. De pro- en contrakampen stonden lijnrecht tegenover elkaar¹¹³. Er is trouwens nog geen enkele aanvraag voor euthanasie op een minderjarige ingediend.

Vóór 2014 dacht iedereen bij het woord euthanasie aan uitbehandelde kankerpatiënten, waar de mogelijkheid van euthanasie een verlossing uit het lijden kan betekenen. Een daad van mededogen. Een meerderheid van artsen kan zich daar in vinden. In 2015 draaide het debat echter vooral om euthanasie bij dementerenden en psychiatrische patiënten. De euthanasielobby is inventief om de aanvaardingsgraad voor euthanasie open te rekken, inclusief een fundraising diner op 01.06.2015 met prominente gasten en sprekers, zowel uit christelijke als vrijzinnige hoek. In haar tafelrede verdedigde minister Maggie De BLOCK de euthanasiewet die ze destijds als parlementslid mee gestemd had¹¹⁴. Waar de minister het terecht had over (citaat): *“Respect voor het leven en de patiënten maar ook voor de patiënten die zelf willen beslissen wanneer het gedaan is. En om hen recht te geven op een waardig levenseinde”*.

¹¹² Arrest nr. 153/2015 van 29 oktober 2015. Rolnummers: 6030, 6033 en 6034. Beroepen tot vernietiging van de wet van 28 februari 2014 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken.

¹¹³ Cf. “Licht op blauw voor verandering”. VBS Jaarverslag 2014, 07.02.2015. Punt 4.7.: “Belgische euthanasie opnieuw in het middelpunt van de (internationale) belangstelling”.

¹¹⁴ “Tafelrede Maggie De Block ‘koken voor LEIF’(nvdr: LevensEinde InformatieForum).” De Specialist 10.06.2015.

Ondertussen vervagen de grenzen. Artsen die palliatieve pijnstilling toepassen worden in een slecht daglicht gesteld. Hen wordt verweten dat ze ongevraagd euthanasie toepassen die ze “palliatieve sedatie” noemen. Een conceptuele verwarring die vb. door Prof. Wim DISTELMANS¹¹⁵ graag in stand wordt gehouden. Een ander feit is dat palliatieve zorg ondergewaardeerd en onvoldoende gefinancierd wordt. Misschien net omdat de scheidingslijn tussen euthanasie en palliatie zo vaag wordt gehouden door het optreden van sommigen, zoals Wim DISTELMANS, die in de media veel bekender zijn omwille van hun uitgesproken standpunten over euthanasie dan omwille van hun inzet voor palliatieve zorg.

Het Amerikaanse tijdschrift The New Yorker vraagt zich in de Belgische context af “*vanaf wanneer mensen met een niet-terminale ziekte hulp moeten krijgen om te sterven*”¹¹⁶. In 2015 stond euthanasie bij dementie en psychiatrisch lijden in de schijnwerpers. Over uitbreiding van de euthanasiewet tot wilsonbekwamen ging aan de VUB een symposium door d.d. 21.02.2015 waar Vlaams parlementslid en Gemeenschapssenator Jean-Jacques DE GUCHT, Open-VLD, de boude uitspraak deed dat er binnen de huidige federale meerderheid geen afspraak bestaat om geen ethische thema’s aan te snijden¹¹⁷.

Voor het eerst sinds haar oprichting in 2002 en ongeveer 12.721 uitgevoerde euthanasies later werd in oktober 2015 een arts die een euthanasie had uitgevoerd naar het gerecht doorverwezen door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie die toezicht houdt op de euthanasiewetgeving. Sinds de euthanasie in België in 2002 uit de strafwet gehaald werd, waren er tot en met 2013 officieel 8.776 euthanasies geregistreerd ¹¹⁸. De cijfers van 2014 en 2015 zijn weliswaar (nog) niet officieel op de website van de FOD Volksgezondheid terug te vinden, maar ze werden officieus toch door het persagentschap Belga publiek gemaakt. In 2014 beperkte de stijging zich tot 6,5 % ten opzichte van 2013 (1.924 registraties in 2014 tegenover 1.807 in 2013) en in 2015 steeg het aantal registraties ten opzichte van 2014 met 5,0 % (tot 2.021 registraties). “*De kaap van 2.000 registraties is dan wel voor het eerst bereikt, maar het is te verwachten dat de stijging de komende jaren niet meer opvallend zal zijn.*” stelt Professor Wim DISTELMANS, die: “*vermoedt dat er een soort van ‘plateaufase’ in zicht is.*” ¹¹⁹.

De kans dat een euthanasiedossier voor de rechtbank komt is dus iets kleiner dan 0,008 %. Het ging over de euthanasie op een 85-jarige vrouw die na de dood van haar dochter verklaard had levensmoe te zijn. Normaal moest een psychiater daarmee instemmen, maar dat gebeurde niet. Het dossier kwam aan het licht nadat de Australische televisiezender SBS World News over dit geval in september 2015 een documentaire had uitgezonden. De Angelsaksische pers noemde België in 2015 een “*failed state*”¹²⁰ omwille van de link die politieonderzoek kon leggen tussen de regio Brussel en de laffe moordpartijen van Islamic State (IS) in Parijs d.d. 13.11.2015 en voordien ook al in Parijs en elders in Europa (en in Brussel zelf). In 2014 klonk het in dezelfde media: “*This must be Belgium. Belgian doctors kill five people a day.*”¹²¹

Het kunnen niet altijd “chocolate, beer and fries” zijn als het over ons land gaat.

¹¹⁵ Professor Dr. Wim Distelmans (VUB) is kankerspecialist aan het Academisch Ziekenhuis van de VUB in Jette, voorvechter van het recht op palliatieve zorg en euthanasie, en tevens voorzitter van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie bij de FOD Volksgezondheid.

¹¹⁶ “Euthanasie is te vanzelfsprekend geworden”. De Morgen, 17.06.2015.

¹¹⁷ “Euthanasie bij wilsonbekwamen: ‘Niets afgesproken over ethische stop’”. MediQuality 22.02.2015.

¹¹⁸ Op 31.12.2013 stond de teller van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie officieel op 8.776 geregistreerde euthanasies. In de jaren 2011, 2012 en 2013 stegen de aantallen fors met ongeveer een kwart per jaar.

¹¹⁹ “Voor het eerst meer dan 2.000 aangiftes van euthanasie”. Het Laatste Nieuws, 27.01.2016.

¹²⁰ “Belgium is a failed state”. Tim King in het politiek magazine Politico, 19.11.2015. Werd op ruime schaal internationaal verspreid.

¹²¹ Mail online (US), 28.05.2014, gekoppeld aan De Morgen, 30.05.2014.

5. De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en huisartsen

Een jaarverslag van de activiteiten van het VBS van het voorbije jaar zou niet volledig zijn indien er geen aandacht zou besteed worden aan de werkzaamheden van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en huisartsen hier verder afgekort de 'Hoge Raad'.

De plenaire vergadering van Hoge Raad van Artsen-Specialisten en huisartsen is bijeengekomen op 26 februari, 18 juni, 15 oktober en 12 december 2015. Deze data betreffen systematisch de tweede datum waarop de Hoge Raad werd bijeengeroepen. Een eerste vergadering wordt bijeengeroepen 7 dagen eerder. Gezien het quasi onmogelijk is om het quorum te bereiken en om te vermijden dat artsen-leden zich nutteloos zouden verplaatsen, verontschuldigen de genodigden zich massaal voor deze eerste vergadering. De tweede vergadering kan dan beslissen ongeacht het aantal deelnemers. Deze carrousel zal ongetwijfeld nog enig tijd aangehouden worden. Het vergt immers een wijziging van het KB van 23 april 1983 om dit op wettelijke basis aan te passen. Gezien de verontschuldigde afwezigheid van Dr. Marc MOENS tijdens de twee eerste vergaderingen van 2015, was Prof. Francis HELLER namens het VBS de criticaster van dienst. De agenda van de Hoge Raad werd grondig voorbereid met de hulp van de administratieve diensten van het VBS. Voor ieder agendapunt worden eventuele punten van discussie in een nota uitgewerkt. Op deze manier is het mogelijk tijdens de vergadering adequate bemerkingen te formuleren.

De actualisering van de erkenningscriteria voor de verschillende disciplines is een van de kerntaken van de Hoge Raad voor 2016 en de volgende jaren. Voorbereidende werkzaamheden werden aangevat in 2012. Ad-hoc werkgroepen bestaande uit leden van de erkenningscommissies en de Hoge Raad voor (bijna) alle specialismen zijn de voorbije jaren meerdere keren bijeengekomen om van gedachten te wisselen. Prof. Jacques GRUWEZ heeft daar destijds zeer actief aan deelgenomen. Meerdere ontwerp teksten werden opgesteld. De overplaatsing naar een andere federale overheidsdienst van de drijvende administratieve kracht achter deze vergaderingen, Mevr. Veerle DELERUE, heeft er toe geleid dat vele van deze teksten onder het stof geraakten.

De komst van Dr. Patrick WATERBLEY als secretaris van de Hoge Raad heeft een nieuwe dynamiek geschonken aan deze dossiers. Sinds eind 2014 hebben de vertegenwoordigers van een aantal disciplines hun voorstellen kunnen uiteenzetten aan de plenaire vergadering van de Hoge Raad. Vooraleer de eerste geüpdatete erkenningscriteria voor advies konden voorgelegd worden aan de Hoge Raad dienden de transversale criteria, die voor alle specialisme gelden, geactualiseerd te worden. Het was immers absurd om de specifieke criteria uit te werken zolang de algemene transversale criteria niet werden gedefinieerd. Deze werden gepubliceerd in het Belgische Staatsblad van 27 mei 2014¹²². Bij de actualisering van de erkenningscriteria moet steeds rekening gehouden worden met de algemene principes vervat in dit besluit. In 2015 heeft minister Maggie DE BLOCK een aantal bijkomende vragen tot advies voorgelegd aan de Hoge Raad in verband met deze transversale criteria. Ze hadden o.m. betrekking op de verplichting voor de stagemeeester om er zich van te vergewissen dat enkel ASO 's opgeleid worden binnen het quotum dat geldt voor de desbetreffende stagemeeester en het quotum vastgelegd in het kader van de planning van het medisch aanbod.

De rechtzetting, gepubliceerd in het Belgische Staatsblad van 20 september 2014, om de tekst van art. 10 van het ministerieel besluit van 23 april 2014 in het Nederlands en het Frans op elkaar af te stemmen was zuiver wetgevend-technisch niet correct. In het kader van haar adviesaanvraag van 11 mei 2015 wordt de basis gelegd voor een correctie hiervan volgens de regels van de kunst. Het VBS heeft op een gepaste manier gereageerd en voorstellen geformuleerd met betrekking tot de gevraagde adviezen.

¹²² M.B. van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (B.S. 27.05.2014)

Een aantal specialismen waaronder de chirurgie en de inwendige geneeskunde hebben in 2015 de mogelijkheid gekregen om in de plenaire vergadering een stand van zaken te schetsen van de besprekingen in desbetreffende ad-hoc werkgroepen. Het betreft voor al deze disciplines een “work in progress”. Een positief advies werd geformuleerd voor klinische genetica, pediatrie, orthopedie en psychiatrie. De voorstellen moeten nog in de vorm van een ministerieel besluit gegoten worden. Dergelijke oefening mag niet onderschat worden. Ze vergt een gedegen voorbereiding vooraleer het ontwerp aan de minister voor ondertekening kan voorgelegd worden.

6. Artsenkadaster¹²³

Alle informatie m.b.t. de artsen-specialisten (specialisatie, coördinaten, persoonlijke gegevens enz.) wordt opgenomen in een database op basis waarvan de Planningscommissie de jaarstatistieken van de gezondheidsberoepen publiceert.¹²⁴

Deze statistieken zijn op zich onvoldoende om een adequate planning van het medisch aanbod te maken. Ze geven weliswaar een beeld van de personen die een specialisme mogen uitoefenen, maar er kan niet uit worden afgeleid hoeveel mensen daadwerkelijk het specialisme uitoefenen of hoeveel voltijds equivalenten (VTE) er per specialisme zijn.

Het dynamisch kadaster van artsen dat in mei 2015 door minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK, werd voorgesteld, vult die lacune gedeeltelijk op. De activiteitsgraden werden verkregen door data uit verschillende gegevensbanken te kruisen (RSZ, RIZIV enz.).¹²⁵

Het kadaster zal de Planningscommissie, waarvan ondergetekende deel uitmaakt, in staat stellen om een nauwkeuriger schatting te maken van het aantal artsen-specialisten dat per regio nodig is om aan de behoeften aan gespecialiseerde zorg van de bevolking te voldoen, rekening houdend met de evolutie van de activiteitsgraad van de artsen-specialisten in dat gebied.

Sommige specialismen zijn nog bezig met het becommentariëren van het kadaster binnen het VBS, andere specialismen hebben al gereageerd via het VBS of via andere communicatiekanalen. We zullen er de volgende keer op terugkomen. Een aantal tribunes over het kadaster en de planning van het medisch aanbod werden gepubliceerd in het tijdschrift van het VBS.

Het dynamisch kadaster is volgens de minister *“van cruciaal belang voor de planning van het medisch aanbod in ons land. Het biedt ons een uiterst nauwkeurige momentopname van het huidige werkveld¹²⁶.”* De momentopname is van hoge kwaliteit, maar zoals alle foto’s in beweging, bevat ze een aantal grijze zones, fouten die zeker niet opzettelijk zijn, maar die de interpretatie wel bemoeilijken en daarmee bevestigen dat de statistiek de moeder van de inexacte wetenschappen is. De eerste fout is dat de artsen zijn onderverdeeld in regio's op basis van hun woonplaats en niet op basis van de regio waar ze hun hoofdactiviteit uitoefenen, wat geschikter zou geweest zijn om de zorgvraag in de gemeenschappen in te schatten en meer evenwichtige subquota uit te werken.

¹²³ Terug te vinden in de rubriek ‘News’ op de [website van het VBS](#).

¹²⁴ Raadpleegbaar op de [website van de FOD Volksgezondheid](#).

¹²⁵ Het VBS maakt een kritische analyse in het [tijdschrift van september 2015](#).

¹²⁶ <http://www.deblock.belgium.be/nl/quotum-artsen-voor-2021-vastgelegd>

7. Akkoorden artsen-ziekenfondsen

7.1. De mutualiteiten

Op 20 juni 2015 werd Marc JUSTAERT, na 21 jaar dienst in die functie, met een academische zitting in de Square in Brussel, in aanwezigheid van ruim 1.000 CM-medewerkers en tal van genodigden (waaronder ondergetekende), uitgewuifd als voorzitter van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, in de volksmond beter bekend als “de CM”.

In haar speech ter gelegenheid van die academische zitting onder de titel: “Samen innoveren” stelde minister Maggie DE BLOCK dat de rol van de ziekenfondsen in volle ontwikkeling is: “*Van hoofdzakelijk administratieve uitbetalingskassen evolueren zij steeds meer naar dienstencentra voor hun leden maar ook naar partners van het beleid*”.... “*Ziekenfondsen staan dicht bij hun leden en zijn daardoor goed gepositioneerd om hun health literacy te verhogen. En dat is niet voor niets één van de doelstellingen in het regeerakkoord*.”... “Een betere kennis over gezondheid én over ons gezondheidszorgsysteem zorgt ervoor dat patiënten informatie over ziekte en gezondheid beter gaan gebruiken, dat ze gemakkelijker de juiste zorg gaan vinden, dat ze de juiste vragen gaan stellen, ... Op die manier krijgen de mensen de regie over hun eigen gezondheid mee in handen.”

Wij zijn inmiddels ruim twee decennia verwijderd van de burgermanifesten¹²⁷ van Guy VERHOFSTADT, die als progressieve liberaal de mutualiteiten liefst van al wou afschaffen. Guy VERHOFSTADT werd in 1999 Premier van België (tot 2008) en moest inbinden om zijn regeringspartners niet al te veel voor het hoofd te stoten. “‘t Kan verkeren”, zei BREDERO¹²⁸, dus ook in de liberale familie. Als teken van waardering benoemde ze Marc JUSTAERT tot nieuwe voorzitter van de Algemene Raad van het RIZIV. Hij volgt daar Edouard DESCAMPE op, oud secretaris-generaal van de CM die, na tien jaar de Algemene Raad te hebben voorgezeten, de fakkel doorgaf.

Marc JUSTAERT werd op 01.07.2015 opgevolgd door Luc VAN GORP, die tot dan een rits functies combineerde zoals onder andere voorzitter van het Wit-Gele Kruis en departementshoofd Gezondheidszorg van de Katholieke Hogeschool Limburg¹²⁹. Zijn basisopleiding was verpleegkunde en hij combineerde zijn verdere studies tot bachelor in de filosofie, bachelor in de godsdienstwetenschappen en master in de godgeleerdheid met een parttime beroepsactiviteit als verpleegkundige¹³⁰. Zou het toeval zijn dat opnieuw een godsdienstwetenschapper tot de top van de CM doorstoot, want Edouard DESCAMPE was licentiaat in de theologie? Een jeugdige theoloog ter vervanging van een oude juristenkrokodil op een moment dat de politiek terug kritischer wordt over de werking van de ziekenfondsen en meteen ook besparingen doorvoert. Voor de N-VA en Open VLD zijn de ziekenfondsen immers te duur, te complex en hebben ze te veel structuren. Het Rekenhof en de controlediensten van het RIZIV kregen de opdracht om de ziekenfondsen door te lichten.

JUSTAERT is jurist. Zijn voorzitterschap van het NIC¹³¹ werd overgedragen aan Jean HERMESSE, econoom van opleiding, een verbeterde cijferaar en onder artsen berucht voor zijn gebetenheid op remgelden en honorariumsupplementen¹³². Jean HERMESSE blijft op post in de nationale commissie artsen-ziekenfondsen, maar nu in het gezelschap van een theoloog in plaats van een jurist als grote baas.

¹²⁷ Er verschenen drie burgermanifesten, het eerste in 1991, het tweede in 1992 en het derde in 1994. Guy Verhofstadt werd in 1999 Premier van België (tot 2008) en moest toen inbinden wat betreft zijn houding ten opzichte van de mutualiteiten.

¹²⁸ ‘t Kan verkeren was de lijfspreuk van Gerbrand Adriaensz Bredero, Nederlands dichter, toneelschrijver en rederijker (1585 - 1618).

¹²⁹ “Luc Van Gorp wordt nieuwe baas Christelijke Mutualiteiten (CM)”. Trends 15.10.2014.

¹³⁰ Informele persoonlijke kennismaking met Luc Van Gorp ten kantore van de CM d.d. 22.09.2015.

¹³¹ NIC: nationaal Intermutualistisch college; een mutualiteiten-associatie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de vijf landsbonden van de ziekenfondsen, van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en van de Kas voor Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

¹³² « C'est une bête de chiffres On l'entend souvent s'indigner des hausses des tickets modérateurs qui alourdissent sans cesse la facture médicale des patients. » La Libre Belgique, 01.12.2006.

Marc JUSTAERT liet bij zijn afscheid verstaan dat hij voorstander is om als verzekeraar zorg in te kopen¹³³. Hij verwijst daarbij naar de European Health Consumer Index 2015. Met 836 punten op 1000 scoort België zeer goed onder de 35 geteste landen in deze Europese ziekteverzekeringsbarometer. België komt op de vijfde plaats¹³⁴ na Nederland (916 p.), Zwitserland (894 p.), Noorwegen (854 p.) en Finland (845 p.). JUSTAERT is van mening dat de belangrijkste reden waarom Nederland op plaats nummer één staat is dat de Nederlandse zorgverzekeraars daar een belangrijke rol hebben in het managen van het systeem en zelf zorg mogen inkopen. Citaat van JUSTAERT uit De Standaard van 13 juni 2015: *“Het zou nogal eens een aardbeving veroorzaken in ons zorglandschap als wij ook met rechtstreekse afspraken met ziekenhuizen zouden beginnen voor het behandelen van bepaalde therapieën. ... Voor complexe ingrepen als slokdarm- en pancreaskanker, bijvoorbeeld, komen vaak alleen ziekenhuizen die een minimaal aantal ingrepen doen in aanmerking. Dit heeft effect op de kwaliteit.”* Het is verbazingwekkend dat de scheidende CM-voorzitter zo openlijk de zeer commerciële aanpak van de huidige Nederlandse gezondheidszorg als voorbeeld stelt. Maar hij maakte meteen wel de link naar de nieuwe ziekenhuisfinanciering die in de steigers staat (cf. punt 3).

Een opmerkelijk feit deed zich voor tijdens de vergadering van het RIZIV Verzekeringscomité van 21.09.2015, de tweede vergadering sinds het vertrek van Marc JUSTAERT. Bij het opstellen van het budget 2016 was het duidelijk dat de mutualiteiten geen gemeenschappelijk document hadden ingediend. Bij de stemming stemden de socialistische mutualiteiten tegen het voorstel van hun collega's van de andere mutualiteiten. Du jamais vu sinds ik vanaf 02.04.1993 zetel in het Verzekeringscomité. De mutualiteiten keurden steeds en bloc het eigen ingediende budget voor het volgende jaar goed. De vraag was of deze disparate stemming het gevolg was van het gebrek aan middelen dat de overheid oplegde aan de gezondheidszorg, van het vertrek van Marc JUSTAERT als voorzitter van het Nationaal Inter-mutualistisch College, of gewoon omdat de socialistische mutualiteiten geen relais meer hebben in de regering.

Hoe dan ook, het meerderheid tegen minderheid door het Verzekeringscomité goedgekeurd budget¹³⁵ werd door de regering niet weerhouden. Op 12 oktober 2015 legde de regering een volledig herwerkt budget voor aan de vergadering van de Algemene Raad van het RIZIV. Het budget werd niet goedgekeurd, met een duidelijke politieke inkleuring: de vertegenwoordigers van de socialistische mutualiteiten en het ABVV stemden tegen. Het ACV sloot zich daar bij aan. De christelijke en de liberale mutualiteiten samen met het ACLVB onthielden zich. Zo deed ook voorzitter Marc JUSTAERT die de raad voor het eerst voorzat. Voor het eerst in de geschiedenis van de Algemene Raad raakte het budget voor het volgende begrotingsjaar niet goedgekeurd. Daarop legde de regering eenzijdig het budget voor 2016 vast.

7.2. Opvolging akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2014 voor het jaar 2015 (BS 27.01.2015)

Bij de redactie van het vorig VBS jaarverslag d.d. 07.02.2015¹³⁶ was nog niet bekend hoeveel artsen het moeilijk tot stand gekomen akkoord voor het jaar 2015 zouden weigeren. De artsen hebben immers dertig dagen na publicatie van het akkoord in het Belgisch staatsblad de tijd om zich per aangetekende brief te deconventioneren of om gedeeltelijk toe te treden. Met andere woorden tot 26 februari 2015. Het akkoord treedt in werking indien niet meer dan 40 % weigeringen wordt genoteerd (en niet meer

¹³³ “Het is juist goed dat wij een vinger in de pap hebben”. Marc Justaert in De Standaard, 13.06.2015.

¹³⁴ België steeg met één plaats: in European Health Consumer Index 2014 stond België zesde

¹³⁵ BVAS en Kartel stemden tegen, AADM onthield zich.

¹³⁶ “Licht op blauw voor verandering”. Dr. M. Moens, 07.02.2015.

dan 50 % in elke groep - huisartsen en specialisten - en dit in elk gewest van het land). Het akkoord werd van kracht op 13 maart 2015.

De conventiecijfers zijn quasi ongewijzigd gebleven t.o.v. van het akkoord voor het jaar 2013.

	2014	2013
Totaal	83,83%	83,10%
Huisartsen	88,59 %	87,87 %
Specialisten	80,78 %	79,96%

Tabel 2

Bij de huisartsen ligt de conventiegraad hoger in Vlaanderen (91,81 %) en Wallonië (86,32%) dan in Brussel (80,45%). De conventiegraad van de specialisten in Vlaanderen (79,26%) en Brussel (80,38%) is quasi gelijk; in Wallonië traden iets meer specialisten toe tot het akkoord (83,52%).

	Huisartsen 2015 (2013)	Specialisten 2015 (2013)	Totaal 2015 (2013)
Brussel	80,45 % (79,53)	80,38% (78,54)	80,40 % (78,88)
Wallonië	86,32 % (85,44)	83,52 % (82,59)	84,63 % (83,75)
Vlaanderen	91,81 % (91,28)	79,26 % (78,80)	84,25 % (83,84)
Totaal	88,59 % (87,87)	80,78 % (79,96)	83,33 % (83,10)

Tabel 3

Uit de overzichtstabel met de evolutie van de deconventiepercentages sinds 1993 (Tabel 4, zie volgende pagina) blijkt dat er drie specialismen zijn waarvan de deconventiegraad in 2015 hoger lag dan 50 %: dermatologie (68 %), plastische chirurgie (59 %) en oftalmologie (58 %), maar toch iets minder uitgesproken dan bij het akkoord van 23.01.2013. Toen lag hun deconventiegraad respectievelijk op 70,0 %, 61,89% en 58,59%. De deconventiegraad van de gynaecologen flirt sinds het akkoord van 17.12.2008 (voor de jaren 2009 en 2010) met de 50% grens: 49,58 % in 2015, iets lager dan de 51,25% van 2013.

EVOLUTIE DECONVENTIEPERCENTAGES 1993-2015 PER DISCIPLINE																
	22.12.2014	23.01.2013	21.12.2011	13.12.2010	17.12.2008	20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Gemiddelde	
1 Gen. Specialist in opleiding (GSO)	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	0,44	
2 Geriatrie	1,69	2,54	2,75	2,56											2,39	
3 Acute en urgentiegeneeskunde	2,15	2,46	2,53	2,74											2,47	
4 Klinische biologie	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	2,39	
5 Medische oncologie	3,70	4,46	4,48	3,11											3,94	
6 Inwendige geneeskunde + endocrino diabet.	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	7,44	
7 Radiotherapie	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	4,67	
8 Nucleaire geneeskunde	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	4,91	
9 Pathologische anatomie	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	5,71	
10 Pneumologie	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	6,66	
11 Neuropsychiatrie	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	14,93	
12 Neurologie	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	7,02	
13 Psychiatrie	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	12,60	
14 Algemeen geneeskundigen	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	13,85	
15 Pediatrie + ped. neurologie	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	12,44	
16 Anesthesiologie	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	13,99	
17 Andere specialiteiten	13,04	9,57	9,80	7,89											10,08	
18 Gastro-enterologie	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	15,25	
19 Heelkunde	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	18,62	
20 Cardiologie	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	19,78	
21 Reumatologie	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	20,88	
22 Neurochirurgie	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	23,83	
23 Fysische gen. en Fysiotherapie	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	22,20	
24 O.R.L.	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	28,85	
25 Radiologie	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	24,92	
26 Urologie	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	28,13	
27 Orthopedie	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	29,22	
28 Stomatologie	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	
29 Gynecologie-verloskunde	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	45,46	
30 Oftalmologie	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	53,69	
31 Plastische heelkunde	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	61,42	
32 Dermatologie-venerologie	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	63,86	
Totaal specialisten + GSO	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	18,58	
ALGEMEEN TOTAAL	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	16,62	

Tabel 4

In het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22 december 2014 werd als besparingsmaatregel de vermindering met 1% opgenomen van de honoraria voor de technische prestaties uitgevoerd door niet-geaccrediteerde artsen. Het RIZIV werkte een voorstel uit waarbij de honoraria voor alle technische verstrekkingen met 1% zouden worden verminderd maar waarbij deze besparing voor de geaccrediteerde artsen zou worden gecompenseerd met een verhoging van hun accrediteringsforfait. Het ging om een besparing van 6,13 miljoen euro die quasi uitsluitend de specialisten zou treffen. De besparing en de compensatie zouden zeer ongelijkmatig verdeeld worden. Het voorstel van de RIZIV administratie stuitte op een veto van de BVAS. Voor de specialisten die werken op basis van reële kosten zou het RIZIV voorstel financieel belangrijke negatieve gevolgen hebben. De maatregel werd (nog) niet gerealiseerd, maar gezien die besparing werd verrekend in het budget 2015 zal de vraag ongetwijfeld terugkomen in 2016.

7.3. Nationaal akkoord artsen- ziekenfondsen 22.12.2015 voor 2016-2017 (BS 27.01.2016)

7.3.1. Inleiding

De medicomut vergaderde op 9 februari, 2 maart, 23 maart, 27 april, 13 juli en 14 september 2015. Terwijl het stilaan tijd werd om de onderhandelingen voor een nieuw akkoord op te starten, viel het vergaderritme even stil door onbeschikbaarheid van de voorzitter, de Heer Jo DE COCK. Op 9 november 2015 begonnen de eerste aftastende gesprekken, zonder veel animo. Vrijdagmiddag 4 december 2015 riep Jo De COCK informeel enkele kopstukken van de betrokken groepen bijeen om vast te stellen dat, ondanks het feit dat de regering had beslist de index met 0,62 % niet toe te kennen (wat overeen komt met een besparing van 48,827 miljoen euro), er toch nog bereidheid bestond om het akkoordensysteem en het overleg in stand te houden.

Op 4 en 14 december 2015 kwam een beperkte werkgroep van de medico-mut bijeen om de krijtlijnen uit te tekenen. Dat verliep niet zonder slag of stoot. Hoewel de (de-) conventiegraad relatief stabiel was gebleven in 2015 en zelfs lichtjes was verbeterd tegenover het akkoord van 23.01.2013, openden de mutualiteiten onder leiding van de kersverse CM- voorzitter sinds 1 juli 2015, Luc VAN GORP, een frontale aanval op de honorariumsupplementen. In hun origineel voorstel zouden alle supplementen moeten verboden worden over het verloop van drie jaar. De BVAS steigerde; Kartel en AADM piepten niet.

Op 21 december 2015 kwam de medico-mut plenair samen. Voor de huisartsen bleven de financiering van de huisartsenwachtposten, de zorg van de chronisch zieken en de invoering van de premies voor de E-gezondheid moeilijke punten. Voor de specialisten bleven de maatregelen om de toegankelijkheid van de patiënt te verbeteren (begrijp: de door de mutualiteiten geplande afschaffing van de supplementen) tot laat in de nacht voor suspense zorgen. Uiteindelijk werd de redactie van het punt 4.3.: "Maatregelen inzake de toegankelijkheid" goedgekeurd. Tegen eind 2017 wordt een eindverslag verwacht van de medico-mut dat een aantal pijnpunten evalueert en er oplossingen voor aanreikt. Een opmerkelijke passage luidt dat de medico-mut: *"zal onderzoeken hoe een mechanisme van richttarieven kan worden tot stand gebracht en welke relevante criteria kunnen worden bepaald bij supplementen, aangerekend door ziekenhuisgeneesheren, die niet rechtstreeks gekoppeld zijn aan het kamertype van de opname of de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg."* Optimisten menen dat hiermee bedoeld wordt dat het bestaande verbod op het vragen van supplementen door niet-geconventioneerde artsen op twee- of meerpersoonskamers zou kunnen wegvallen. Realisten vrezen dat bovenop de keuze voor een eenpersoonskamer er nog andere voorwaarden zullen opgelegd worden om een supplement te vragen.

In de vroege ochtend van 22.12.2015 slaagde voorzitter Jo DE COCK er in alle neuzen in dezelfde richting te doen wijzen. Het akkoord voor de jaren 2016 en 2017 werd ondertekend om 02u10, inclusief de

mogelijke ontbinding van rechtswege¹³⁷ als de overheid aan de fundamenteën van het akkoord zou raken, met name het eenzijdig bijkomende besparingen opleggen, de verplichte regeling derde betalende uitbreiden of wijzigingen aanbrengen aan de bestaande supplementenregeling. Deze ontbinding van rechtswege is een primeur in de geschiedenis van de akkoorden artsen – ziekenfondsen¹³⁸. Het bevrozen door minister Maggie DE BLOCK van het in het vorig akkoord goedgekeurde budget van de huisartsenwachtposten leidde tot het opnemen van deze drastische clausule in het nieuwe akkoord.

7.3.2. Enkele cijfergegevens

Over de inlevering van 48,827 miljoen euro aan index (0,63%) werd er niet meer gebakkeleid. Bij vorig akkoord voor het jaar 2015 werd een indexsprong uitgevoerd van 0,53 %, maar tegen de vaststelling dat een indexinlevering van samen 1,16 % minder is dan de indexsprong van 2,0 % die de werkende bevolking werd opgelegd¹³⁹ helpt geen lievermoederen.

Het akkoord legt 20 miljoen euro besparingen op aan de klinische biologie. Die besparing werd technisch opgesplitst in een besparing van 3,959 miljoen euro¹⁴⁰ en 16,041 miljoen euro. Daartegenover staat dat de regering binnen het honorariumbudget 25 miljoen euro ter beschikking stelt voor nieuwe initiatieven indien een akkoord voor twee jaar werd afgesloten, en dat er 2 miljoen euro wordt overgeheveld vanuit het kankerplan van de vorige minister, Laurette ONKELINX, of samen 27 miljoen euro. Buiten het honorariumbudget maar binnen de globale RIZIV begroting heeft de regering ook 10 miljoen euro veil voor de financiering van de niet-universitaire stagemeesters.

Tabel 5 detailleert hoe die 27 miljoen euro worden verdeeld: 10,179 miljoen euro of 37,7 % komt bij de huisartsen terecht, 16.821 miljoen euro of 62,3 % is voor de specialisten bestemd.

¹³⁷ Cf. punt 13.1.2. van het akkoord artsen–ziekenfondsen van 22.12.2015.

¹³⁸ “Marc Moens: ‘geen stok maar knuppel achter de deur’.”. De Specialist, 28.01.2016. [“Moens: ‘Ce n’est pas un bâton qu’il ya derrière la porte mais un gourdin’.”. Le Spécialiste 28.01.2016.]

¹³⁹ “Kamer keurt indexsprong goed”. De Morgen, 23.04.2015

¹⁴⁰ Het bedrag van 3,959 miljoen euro komt overeen met het bedrag aan door de huisartsen voorgeschreven testen hormonologie, behalve TSH, Vrij T4 en beta-HCG. Initieel werd dat bedrag als een inadequate uitgave beschouwd en zouden die door de huisartsen voorgeschreven testen hormonologie niet meer worden terugbetaald. Dat plan werd redelijkerwijs afgevoerd, maar de besparing bleef bestaan. Die 3,959 miljoen euro wordt toegewezen aan nieuwe technieken van toepassing in de diabetesconventies, een sector die buiten de honoraria valt en onder exclusief toezicht staat van het College van artsendirecteurs van de mutualiteiten.

Beschikbare middelen	Totaal
Initiatieven Medicomut akkoord	25 000
Besparing klinische biologie diabetesconventie	-3 959
Transfert diabetesconventie	3 959
Transfert kankerplan	2 000
Totaal	27 000

Akkoord 2016-2017	Totaal	Huisarts	Specialist
Accreditering aanpassingen aan het accrediteringssysteem			
Arbeidsongeschiktheid initiatieven voor periodiek trio-overleg zullen financieel worden aangemoedigd (budget uitkeringen) multidisciplinair traject op het vlak van burn-out, mede op basis van pilootstudies TGR: voorstel inzake chirurgische ingrepen bij lage rugpijn	150	150	
Chronische zorg multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen, apothekers,...			
E-HEALTH praktijktoelage, de telematicapremie en de Sumehr-premie	5 000	5 000	
Geneesmiddelen polymedicatie convenant biosimilars OCT en geneesmiddelen ARMD			
GMD schrappen GMD+ statuut chronisch zieken en GMD: GMD + 25 euro (45-74 jaar) Het remgeld voor raadplegingen van huisartsen, voor de niet voorkeurgerechtigde chronisch zieken die over een GMD beschikken, zal worden gelijkgeschakeld met het remgeld van de voorkeurgerechtigden.	-6 507 9 136 2 400	-6 507 9 136 2 400	
Niet-planbare dringende zorg			
Nomenclatuur bedrag van 6,581 mio EUR uitgetrokken voor de financiering van volgende initiatieven: testen chemie (fructosamine, cystatine C, jodium) - klin bio – 596 testen HER2 en EGFR - maagkanker - klin bio 565 testen hepatitis C PCR 251 coupe APD - art 32 280 HLA-typeringen in kader van transplantatie - eerste fase transplantatie 1 460 detectie antilichamen en crossmatching - tweede fase transplantatie 1 525 PCR infectueuze agentia tijdens een orgaantransplantatie 800 calprotectine in faeces 602 osteo-geïntegreerde implantaten - heekunde – nomenclatuur 39 herwaardering behandeling blaasexstrotie - heekunde - nom art 14 j) 6 abdominale heekunde : uitbreiding indicaties debulking + uitbreiding 444 bijkomende honorarium Centraal veneuze katheter <7j – inw 1 lymfeklierpunctie - inwendige geneeskunde - nomenclatuur art 11 12 6 581	6 581		6 581
mycobacterium tuberculosis en alfa-stralers	750		750
urgentietoelagen van de honoraria bij natuurlijke bevallingen	7 000		7 000
klinische biologie: besparing van 3,959 miljoen (cfr. doelstelling 2016)	-3 959		-3 959
extra besparing klinische biologie (globale besparing van 20 miljoen euro)	-16 041		-16 041
overdracht naar diabetesconventie (cfr. doelstelling 2016)	3 959		3 959
extra overdracht naar diabetesconventie (globale overdracht van 5 miljoen)	1 041		1 041
consultatiehonoraria voor bepaalde zogenaamde kleine specialismen	10 000		10 000
oncologische aandoeningen en consultaties oncologische chirurgie	2 290		2 290
borstreconstructie	1 200		1 200
aanpassing van het globaal budget voor genetische onderzoeken	2 000		2 000
biomarkers	2 000		2 000
Totaal	27 000	10 179	16 821

Marge	0
--------------	----------

Pro memorie

- stagemeesters niet universitaire ziekenhuizen
- samenwerking eerste lijn
- huisartsenwachtposten

Tabel 5

En zoals altijd biedt een akkoord artsen-ziekenfondsen ook een sociaal statuut. De medico-mut stelt aan minister DE BLOCK voor het sociaal statuut voor 2016 vast te stellen op 4.790,23 euro voor de volledig geconventioneerden (i.p.v. 4.535 euro in 2015) en op 2.259,67 euro voor de gedeeltelijk geconventioneerden (i.p.v. 2.200 euro in 2015). De RIZIV begroting voorziet in zijn administratiekosten voor het sociaal statuut van de artsen in totaal 131,465 miljoen euro¹⁴¹.

Voor de besparingen in de klinische biologie wordt overwogen om de techniek te gebruiken die de mutualiteiten in het Verzekeringscomité van 21 september 2015 hadden voorgesteld: 40 miljoen euro besparen in de ambulante sector en 20 miljoen terug investeren in de ziekenhuissector. De mutualiteiten willen met deze maatregel vooral de private extramurale laboratoria treffen. Een deel van de 20 miljoen euro besparingen in de klinische biologie gaat naar het globaal budget van de genetische onderzoeken (2 miljoen euro). Het blijft dus binnen de sector laboratoriumgeneeskunde, maar alleen toegankelijk voor de acht centra voor menselijke erfelijkheid, waarvan zeven universitaire.

De besparing van 5 miljoen euro in de medische beeldvorming die voorzien was in het budgetvoorstel voor 2016 dat de mutualiteiten in het Verzekeringscomité hadden voorgesteld, is niet weerhouden in het akkoord artsen-ziekenfondsen. Het gevaar is nochtans niet geweken, want in de loop van 2017 zullen er: *“op basis van een herschikking en beheersing van de uitgaven inzake CT, coronarografieën en echografieën of andere verstrekkingen, middelen worden vrijgemaakt om te alloceren aan een kostenefficiënte vergoeding van OCT¹⁴² techniek gebaseerd op een gezondheidseconomische en behoeftenanalyse”¹⁴³*. De oftalmologen en de BVAS hadden terecht zeer sterk aangedrongen om de terugbetaling te bekomen van de *Optical Coherence Tomography*, een onderzoek dat nodig is opdat de patiënten terugbetaling zouden kunnen bekomen van *Lucentis®* of *Avastin®* voor de intravitreale behandeling van de leeftijdsgebonden maculopathie. Maar er was geen extra geld om dit lovenswaardig initiatief te financieren en bovendien niet de minste steun vanuit de hoek van de mutualiteiten of van het Kartel of AADM. De kostprijs voor het RIZIV voor de terugbetaling van de OCT zou kunnen oplopen tot 24 miljoen euro.

7.3.3. Een bananenschil: de minimumactiviteitsdrempel

Insiders wisten dat de toekenning van het sociaal statuut zou worden gekoppeld aan het bereiken van een minimumbedrag aan terugbetaling van RIZIV nomenclatuur verstrekkingen. Discussies dienaangaande waren al van eind 2014 aan de gang in de medicomut. De BVAS stond steeds zeer sceptisch tegenover deze binding. De reden voor die binding was dat er misbruiken werden vastgesteld omdat artsen die geen of nauwelijks RIZIV-activiteiten presteerden toch hun sociaal statuut opnamen. Dit was onder meer het geval voor sommige artsen-adviseurs van mutualiteiten.

Dat misbruik werd ondertussen onmogelijk gemaakt. De wet van 17.07.2015 sluit vb. de artsen adviseurs van de mutualiteiten uitdrukkelijk uit van het bekomen van het sociaal statuut¹⁴⁴. De wet ging in voege sinds 27.08.2015. Maar de lijst met de minimumbedragen bleef bestaan. Voor specialisten

¹⁴¹ RIZIV nota ARGV 2015/086 d.d. 08.12.2015: “Begrotingsvooruitzichten voor de verzekering van de geneeskundige verzorging. Begrotingsjaar 2016”.

¹⁴² *Optical coherence tomography*

¹⁴³ Punt 4.2.6. van het akkoord artsen – ziekenfondsen van 22.12.2015

¹⁴⁴ Artikel 54 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, werd gewijzigd door artikel 32 van de wet van 17.07.2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Art. 32: *“Het artikel 54, § 1, eerste lid, wordt aangevuld met de volgende zin : ‘Worden in elk geval uitgesloten van deze sociale voordelen, de adviserend-geneesheren, de geneesheren-directeurs bij de verzekeringsinstellingen, de artsen die belast zijn met controleopdrachten of die hun functie uitoefenen bij een openbare instelling die tot de Federale Staat of tot de deelstaten behoort, behalve de verzorgingsinstellingen.’”*

varieert de minimumdrempel tussen 25.000 en 75.000 euro¹⁴⁵. Het koninklijk besluit dat de nieuwe regeling betreffende de toekenning van het sociaal statuut voor artsen moest bekendmaken bleef echter in de startblokken steken. Bij de publicatie van het akkoord van 22.12.2015 in het Belgisch Staatsblad van 27 januari 2016 werd het duidelijk dat het eraan gekoppeld K.B. nog maanden op zich zou kunnen laten wachten. Minister DE BLOCK besliste bijgevolg die koppeling met een jaar uit te stellen^{146, 147, 148}.

Binnen het RIZIV is een beroepsgroepoverschrijdende werkgroep bezig om de algemene principes in verband met de toekenning van een sociaal statuut te stroomlijnen. Nu werden er minima voorgesteld voor artsen, andere verstrekkers stellen ook maxima voor, met name de kinesisten. De tandartsen hebben zelfs maxima ingevoerd in hun nomenclatuur¹⁴⁹.

De BVAS had in verband met de minima een aantal opmerkingen gemaakt over collega's die onterecht hun sociaal statuut zouden verliezen, maar er werd maar zeer gedeeltelijk rekening mee gehouden. Als in een medisch-technische dienst het diensthoofd alles op zijn naam attesteert, raken zijn medewerkers niet aan de minimumdrempel. Als er minima en maxima zouden worden opgelegd zullen beide partijen reden tot klagen hebben. Sommige urgentieartsen vrezen niet aan de minimumdrempels te geraken omdat omwille van bestaande cumulverboden in de nomenclatuur en ten gevolge van taakafspraken binnen de organisatie van de spoedgevallendiensten de attestering van de duurdere technische verstrekkingen niet gelijkmatig worden verdeeld over alle spoedartsen. Ook in deze groep zijn er problemen te vrezen als minima (en/of maxima) zouden worden ingevoerd. Ook hoofdartsen of diensthoofden met veel administratieve taken maar met nog een beperkte klinische praktijk zijn verontrust dat ze hun sociaal statuut zullen verliezen.

De beleidscel van minister DE BLOCK stuurt het ontwerp K.B. met de minimum activiteitsdrempels terug naar de medicomut. Het mag niet de gelegenheid zijn om er misbruik van te maken en ook maximumgrenzen in te voeren: dit zou het spiegelbeeld creëren van de bestaande bezwaren tegen de minimumgrenzen. De belangrijkste reden om tot deze maatregel over te gaan is ondertussen bij wet opgelost. Vermits deze regel niet wordt ingevoerd in 2016, zou het logisch zijn dat minister DE BLOCK beslist een klassieke indexering van het sociaal statuut door te voeren. Van juni 2014 tot juni 2015 bedroeg de index 0,63% zodat het sociaal statuut voor de volledig geconventioneerde arts 4.563,57 euro en voor de partieel geconventioneerde arts 2.213,86 euro zou worden, of respectievelijk 226,66 euro en 45,81 euro minder dan via het akkoord aan minister DE BLOCK werd voorgesteld¹⁵⁰.

7.3.4. Administratiekosten: ziekenfondsen op ramkoers met regering Michel¹⁵¹

Tussen 2015 en 2016 zullen de mutualiteiten 20,178 miljoen euro of 1,85 % van hun administratiekosten verliezen (cf. tabel 6). Over het verloop van vijf jaar wil de regering 100 miljoen euro besparen op een bedrag van 1,088,389 miljoen euro administratiekosten of 9,19 %. Uit de tabel kunnen we afleiden dat de uitgaven voor de administratiekosten voor de mutualiteiten tussen 1986 en 2016 stegen met bijna 140 % en de uitgaven van de honoraria voor artsen met bijna 225 %. Burgers / patiënten zijn nu eenmaal niet te vatten in IT gestuurde automatiseringsprocessen. Op de zorg zelf kan minder bespaard worden dan op de administratieve verwerking ervan.

¹⁴⁵ Bijlage I bij de nota CGV 2015/305 d.d. 21.09.2015

¹⁴⁶ "Sociaal statuut artsen: een activiteitsdrempel pas in voege vanaf 2017". RIZIV website bericht 04.02.2016.

¹⁴⁷ "Invoering activiteitsdrempel is uitgesteld". Artsenkrant 12.02.2016.

¹⁴⁸ "Statut social: l'Inami joue la prudence". Le Spécialiste, 11.02.2016.

¹⁴⁹ § 17 van artikel 6 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen voerde sinds 01.07.2015 een wegingscoëfficiënt P in die niet mag overschreden worden.

¹⁵⁰ Punt 8 van het akkoord artsen – ziekenfondsen van 22.12.2015.

¹⁵¹ "Ziekenfondsen op ramkoers met regering-Michel". De Specialist, 26.08.2015.

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

Jaar	Administratiekosten V.I.*		RIZIV-uitgaven artsenhonoraria	
	Bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar in %	Bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar in %
1986	445,628	0,00	2.426,70	0,00
1987	460,958	+1,17	2.644,40	+8,97
1988	460,958	+0,00	2.626,00	- 0,69
1989	475,956	+3,25	2.800,20	+6,63
1990	494,002	+3,79	2.944,60	+5,15
1991	511,900	+3,62	3.194,10	+8,48
1992	528,782	+3,30	3.379,00	+5,79
1993	554,513	+4,86	3.298,30	- 2,39
1994	571,023	+2,98	3.235,50	- 1,90
1995	585,574	+2,55	3.362,20	+3,92
1996	602,480	+2,89	3.685,10	+9,60
1997	624,593	+3,67	3.500,80	- 5,00
1998	639,664	+2,42	3.722,00	+6,32
1999	647,572	+1,24	3.923,40	+5,41
2000	670,279	+3,51	4.128,80	+5,24
2001	696,878	+3,97	4.344,00	+5,21
2002	744,678	+6,86	4.291,50	- 1,21
2003	779,678	+4,70	4.623,60	+7,74
2004	816,479	+4,72	5.062,60	+9,49
2005	846,688	+3,70	5.292,30	+4,54
2006	878,015	+3,70	5.274,90	- 0,33
2007	910,940	+3,75	5.608,10	+6,32
2008	945,155	+3,76	6.135,90	+9,41
2009	989,236	+4,66	6.637,60	+8,18
2010	1.029,425	+4,06	6.665,92	+0,43
2011	1.052,421	+2,23	6.955,94	+4,35
2012	1.047,527	- 0,47	7.265,43	+4,45
2013	1.045,193	- 0,22	°7.453,90	+2,59
2014	1.070,390	+ 2,41	°7.599,02	+1,95
2015	1.088,389	+1,68	°°7.636,75	+0,50
2016	1.068,211	-1,85	°°°7.886,13	+3,27

Tabel 6

- * Vorige VBS-jaarverslagen en Programmawet (I) (1) van 26.12.2015 (BS 30.12.2015)
- ° Nota ARGV 2015/035. Gestandaardiseerd verslag m.b.t. de geboekte uitgaven van het jaar 2014 (permanente audit), Deel 2, 24.06.2015
- °° Nota CGV 2016/022. Evolutie van de maandelijkse uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging, 18.01.2016
- °°° Nota ARGV 2015/073, Begroting 2016, 12.10.2015

De mutualiteiten trokken alle registers open in de media. De sociale zekerheid zou in gevaar zijn meent Jean-Pascal LABILLE, oud PS minister van Overheidsbedrijven, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid nu secretaris-generaal van de Socialistische Mutualiteiten¹⁵². Jean HERMESSE, zijn evenknie bij de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten verklaarde dat de besparingen meer zullen kosten dan ze zullen opbrengen¹⁵³, gesteund door Luc VAN GORP die met zijn kritiek de bevriende CD&V zuil en regeringspartner tegen de haren in strijkt¹⁵⁴ en dat de mutualiteiten 2.000 jobs zullen moeten schrappen¹⁵⁵. Betalen de mutualiteiten hun werknemers echt maar 10.000 euro per jaar? Moeten we

¹⁵² "Oui, la Sécurité sociale est en danger". Le Soir, 27.08.2015.

¹⁵³ "Les mutuelles sous pression". La Libre Belgique, 03.08.2015.

¹⁵⁴ "Topman CM zet CD&V onder druk". De Standaard, 03.08.2015.

¹⁵⁵ "Les mutuelles vont devoir supprimer 2000 emplois". La Libre Belgique. 26.01.2016

dan die andere uitspraak van econoom Jean HERMESSE serieus nemen dat er in België 10.000 bedden teveel zijn?

De nog kersverse CM-voorzitter Luc Van GORP verklaarde in zijn eerste interview aan de medische pers ook dat de invoering van de verplichte regeling derde betalende de rol van de ziekenfondsen fundamenteel verandert¹⁵⁶. Hij heeft het enerzijds over de verbeterde toegankelijkheid van de zorg, maar anderzijds over de mogelijke misbruiken, net zoals de BVAS en ondergetekende dat al dertig jaar zeggen en schrijven en zoals bepaalde uitwassen in de tandheelkunde dat ook al jaar en dag bewijzen. De politici zien in de regeling derde betalende vooral een mogelijkheid om de administratiekosten van de mutualiteiten te verlagen. Artsen werken meer en meer voor de mutualiteiten, met registraties allerhande, maar zonder enige vergoeding.

7.3.5. Vaststellingen i.v.m. accreditering

De specialismen in de top vijf met de hoogste percentages geaccrediteerde collega's (cf. tabel 7) zijn dezelfde als bij de vorige editie (geriatrie, pneumologie, oftalmologie, gastro-enterologie en medische oncologie ongewijzigd), maar hun volgorde wijzigde enigszins. Procentueel steeg het aantal geaccrediteerde specialisten het meest onder de medisch oncologen (+ 6,26 %) die zo het tweede hoogste percentage bereiken. De koplopers van vorig jaar, de geriateren, met toen 79,86 % geaccrediteerden, stegen immers ook flink met 3,58 % tot 83,44 % en behielden zo hun positie.

¹⁵⁶ "Derde betaler verandert rol ziekenfondsen fundamenteel". Artsenkrant 23.10.2015.

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2015 - 01.02.2016

2016		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2015-2016
		01.02.2016	01.02.2015	01.02.2016	01.02.2015	01.02.2016	01.02.2015	
	Artsen 000 & 009	1.721	1.768	0	0	0	0	0
	Algemeen geneeskundigen 001-002	1.464	1.492	0	0	0	0	0
	Erkende huisartsen 003-004-007-008	14.525	14.378	10.392	10.001	71,55	69,56	+1,99
	Huisartsen in opleiding 005-006	1.035	873	0	0	0	0	0
	TOTAAL	18.745	18.511	10.392	10.001	55,44	54,03	+1,41
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	4.758	4.434	4	1	0,08	0,02	+0,06
1	Geriatricie	308	293	257	234	83,44	79,86	+3,58
2	Medische oncologie	252	241	204	180	80,95	74,69	+6,26
3	Pneumologie	567	543	449	419	79,19	77,16	+2,03
4	Gastro-enterologie	718	704	552	528	76,88	75,00	+1,88
5	Oftalmologie	1.176	1.149	903	864	76,79	75,20	+1,59
6	Neurologie	584	555	443	410	75,86	73,87	+1,99
7	Reumatologie	245	238	184	176	75,10	73,95	+1,15
8	Dermato-venerologie	787	776	589	565	74,84	72,81	+2,03
9	Radiologie	1.757	1.720	1.302	1.204	74,10	70,00	+4,10
10	O.R.L.	699	699	515	477	73,68	68,24	+5,44
11	Fysische geneesk. en fysiotherapie	537	530	387	371	72,07	70,00	+2,07
12	Cardiologie	1.171	1.150	830	771	70,88	67,04	+3,84
13	Pathologische anatomie	349	343	246	228	70,49	66,47	+4,02
14	Psychiatrie	2.010	1.965	1.356	1.270	67,46	64,63	+2,83
15	Radiotherapie	220	214	148	140	67,27	65,42	+1,85
16	Pediatrie + kinderneurologie	1.748	1.699	1.148	1.072	65,68	63,10	+2,58
17	Urologie	443	432	288	272	65,01	62,96	+2,05
18	Nucleaire geneeskunde	331	334	215	202	64,95	60,48	+4,47
19	Gynaecologie-verloskunde	1.586	1.561	1.015	938	64,00	60,09	+3,91
20	Anesthesie	2.147	2.114	1.369	1.267	63,76	59,93	+3,83
21	Acute geneeskunde en urgentiegen.	904	881	553	514	61,17	58,34	+2,83
22	Klinische biologie	630	636	379	379	60,16	59,59	+0,57
23	Orthopedie	1.097	1.077	660	599	60,16	55,62	+4,54
24	Apothekers-biologen	668	653	389	360	58,23	55,13	+3,10
25	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.652	1.590	929	870	56,23	54,72	+1,51
26	Neurochirurgie	224	217	113	105	50,45	48,39	+2,06
27	Chirurgie	1.552	1.534	752	699	48,45	45,57	+2,88
28	Stomatologie	346	340	146	134	42,20	39,41	+2,79
29	Plastische chirurgie	291	279	96	88	32,99	31,54	+1,45
30	Neuropsychiatrie	205	219	41	43	20,00	19,63	-0,37
31	Andere specialismen	67	70	12	14	17,91	20,00	+2,09
	TOTAAL SPECIALISTEN	25.271	24.756	16.470	15.393	65,17	62,18	+2,99
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	30.029	29.190	16.474	15.394	54,86	52,74	+2,12
	TOTAAL	48.774	47.701	26.866	25.395	55,08	53,24	+1,84

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 20.01.2016 en VBS-jaarverslag 07.02.2015

Tabel 7

Globaal genomen steeg de accrediteringsgraad lichtjes tegenover 2014, maar ten opzichte van het gemiddelde van de voorbije 20 jaar, dat sinds vorig jaar onveranderd op 55,11 % bleef staan¹⁵⁷, is er geen significant verschil.

Er kunnen enkele kanttekeningen worden gemaakt bij de vergelijking van de cijfers 2015-2016, vooral wat betreft het absoluut aantal artsen per specialisme. Het aantal otorinolaryngologen bleef onveranderd op 699 staan. Dat betekent vermoedelijk dat er evenveel ORL-artsen uit het beroep stapten dan dat er startten. Het percentage geaccrediteerden stijgt nochtans flink (met 5,44 %), wat dan weer

¹⁵⁷ Cf. vorige VBS-jaarverslagen, o.m. "Licht op blauw voor de verandering". VBS-jaarverslag 2014, 07.02.2015, punt 6.15.

zou kunnen betekenen dat er toch een aantal jongere collega's bijkwamen, want starters krijgen hun eerste accreditering automatisch voor één jaar, als ze binnen de drie maand na hun erkenning hun aanvraag bij het RIZIV indienen.

Het aantal huisartsen in opleiding steeg met 18,6 % ten opzichte van 2015, van 873 naar 1.035. De stijgende trend bevestigt zich dus, want van 2014 naar 2015 steeg het aantal ook al van 779 naar 873 of met 12,1 %¹⁵⁸. Het aantal specialisten in opleiding blijft verder stijgen maar minder snel dan bij de huisartsen: van 4.434 naar 4.758 of +7,3 % van 2015 naar 2016 en, van 2014 naar 2015, van 4.385 naar 4.434 of +1,1 %.

Het aantal erkende specialisten blijft in alle disciplines toenemen, behalve bij de neuropsychiaters en de klinisch biologen. Beide fenomenen werden al vroeger in onze jaarverslagen gemeld. Er kunnen sinds 1995 geen neuropsychiaters meer erkend worden omdat de disciplines neurologie en psychiatrie toen uit elkaar gingen, en dus daalt het aantal neuropsychiaters van jaar tot jaar. Van 219 naar 205 tussen 2015 en 2016. Ook het aantal artsen klinisch biologen daalt: van 636 naar 630 of -1 %. Ook de planningscommissie van het medisch aanbod had deze daling al opgemerkt¹⁵⁹.

Het is misschien nuttig er nogmaals op te wijzen dat accreditering en conventionering van artsen totaal los staan van elkaar. Zowel een geconventioneerde als een niet-geconventioneerde arts kunnen hun accreditering verwerven.

Conform het punt 6 van het akkoord artsen-ziekenfondsen moet een gemengde werkgroep van de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen en van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) tegen 30 juni 2016 het systeem van accreditering grondig herdenken om te kunnen voldoen aan de nieuwe noden van de zorgverleners zoals vb. de multidisciplinaire zorg, geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, informatisering, gegevensuitwisseling et cetera. Ook onder het punt doelmatige zorg wordt de accreditering vermeld¹⁶⁰. Het systeem moet evolueren tot een systeem van permanente professionele ontwikkeling. België was een absolute voorloper in 1993 met zijn accrediteringssysteem, maar is ondertussen achterop geraakt in vergelijking met sommige van onze buurlanden. Die achterstand moet ingehaald worden, doch het systeem mag onder geen beding evolueren tot een verplichte recertificatie zoals vb. in de Verenigde Staten of de United Kingdom.

8. Juridische procedures

8.1. Inleiding

Er wordt slechts een vordering tot nietigverklaring ingeleid bij de Raad van State of het Grondwettelijk Hof nadat eerst een extern juridisch advies wordt ingewonnen waarbij de slaagkansen ingeschat worden. Dit is echter helemaal geen garantie op succes. De ervaring heeft uitgewezen dat de Raad van State en het Grondwettelijk hof slechts zelden meestappen in het verhaal. In het overgrote deel van de ingeleide zaken wordt de vordering verworpen. Als het een troost mag zijn, dit is een algemeen fenomeen en beperkt zich niet alleen tot de medische sector. Hoewel de vordering verworpen wordt kan soms nog een positieve noot gevonden worden in het beschikkend gedeelte van het arrest. Dus niettegenstaande we in 2015 steevast bakzeil hebben moeten halen proberen we hier en daar een positief element te onderstrepen, al moeten we ons soms tevreden stellen met een strohalm.

¹⁵⁸ "Licht op blauw voor de verandering". VBS-jaarverslag 2014, 07.02.2015, punt 6.15, tabel 17.

¹⁵⁹ Cf. "Beschouwingen over het kadaster van artsen-specialisten in de klinische biologie", De Arts-Specialist nr. 6, november 2015

¹⁶⁰ Punt 1.2.4. van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015.

8.2. Uitspraken

8.2.1. Pensioenen^{161, 162}

Het onbeperkt cumuleren van een pensioen met beroepsinkomsten werd in het besluit van 6 juni 2013 gekoppeld aan het aantonen van een loopbaan van 42 jaar. Voor de artsen en voor vele anderen die universitaire studies hebben gedaan is het een mathematische onmogelijkheid om op de leeftijd van 65 jaar een loopbaan van 42 jaar aan te tonen des te meer dat de ASO's niet genieten van een volwaardig statuut maar werken in het kader van een sui generis statuut. Tijdens hun opleiding tot specialist bouwt de ASO geen pensioenrechten op.

De Raad van State besluit dat ingevolge het wijzigingsbesluit van 18 januari 2015¹⁶³ de partijen geen belang meer hebben bij de vordering en verwerpt de vordering.¹⁶⁴ Immers ingevolge het besluit kunnen alle gepensioneerden die minstens 65 jaar zijn of een loopbaan van 45 jaar achter de rug hebben vanaf 1 januari 2015 onbeperkt bijverdienen zonder pensioenrechten te verliezen

8.2.2. Zeldzame ziekten¹⁶⁵

Een functie 'zeldzame ziekten' kan slechts erkend worden of blijven in een ziekenhuis dat beschikt over een centrum voor menselijke erfelijkheid¹⁶⁶. De facto worden alle niet-universitaire ziekenhuizen uitgesloten gezien een centrum voor menselijke erfelijkheid enkel kan uitgerust worden door een universitair ziekenhuis¹⁶⁷. De enige uitzondering hierop vormt het "Institut de pathologie et Génétique asbl"¹⁶⁸.

De Raad van State stelt dat het betwiste besluit niet als dusdanig de erkenning van een functie zeldzame ziekten voorbehoudt aan universitaire ziekenhuizen gezien het besluit expliciet voorziet in een uitzondering wanneer in een gewest slechts één functie 'zeldzame ziekten' kan worden erkend. Als slechts één ziekenhuis binnen een Gewest beschikt over een erkend centrum voor menselijke erfelijkheid, kan als afwijking in dat gewest bijkomend één functie 'zeldzame ziekten' worden erkend, op voorwaarde dat dit ziekenhuis beschikt over een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst met een erkend centrum voor menselijke erfelijkheid. Omdat in Wallonië enkel het universitaire ziekenhuis van Luik beschikt over een centrum voor menselijke erfelijkheid, kan een functie zeldzame ziekten erkend worden in een Waals niet-universitair ziekenhuis. Dit is niet het geval in het Vlaams noch in het Brussels Gewest.

Omdat het niet wordt betwist dat 80 % van de zeldzame ziekten van genetische aard zijn kan niet ontkend worden dat de voorwaarde om te beschikken over een centrum voor menselijke genetica in nauw verband staat met de behandeling. Het feit dat niet alle zeldzame ziekten van genetische aard zijn doet geen afbreuk aan deze vaststelling. En zo verwierp de Raad van State het beroep¹⁶⁹.

¹⁶¹Cf. voorgeschiedenis: VBS jaarverslag 2013: "Met vereende krachten een jaartje dokters bashen", punt 6.1.1.

¹⁶² K.B. van 6 juni 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 december 1967 houdende algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen (B.S. 18.06.2013).

¹⁶³ K.B. van 18 januari 2015 tot wijziging van artikel 107 van het koninklijk besluit van 22 december 1967 houdende algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen (B.S. 23.01.2015).

¹⁶⁴ Arrest van de Raad van State nr. 231.507 van 10 juni 2015.

¹⁶⁵ Cf. voorgeschiedenis: VBS jaarverslag 2014: "Licht op blauw voor verandering", punt 7.4.3.

¹⁶⁶ K.B. van 25 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie 'zeldzame ziekten' moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven (B.S. 08.08.2014).

¹⁶⁷ K.B. van 14 december 1987 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor menselijke erfelijkheid moeten voldoen. (B.S. 25.12.1987)

¹⁶⁸ Avenue Georges Lemaître 25, 6041Gosselies

¹⁶⁹ Arrest nr. 232.208 van 16 september 2015

8.2.3. Nieuwe taken van de hoofdgeneesheer^{170, 171}

Het bij de artsen-specialisten welbekende nummer van het Belgisch staatsblad van 8 augustus 2014 dat niet minder dan 40 besluiten telde die onze sector aanbelangen, publiceerde eveneens een belangrijke uitbreiding van de taken van de hoofdgeneesheer¹⁷². Dit besluit miskent o.i. de bevoegdheden van de medische raad die er moet over waken dat de ziekenhuisartsen hun medewerking verlenen aan maatregelen om de kwaliteit van de geneeskunde in het ziekenhuis te bevorderen en te evalueren. Het aangevochten besluit kent aan de hoofdgeneesheer de bevoegdheid toe om zonder enig overleg met de medische raad een gerichte medische audit te organiseren wanneer hij meent dat de goede gang van zaken met betrekking tot het risicobeheer en de veiligheid van de patiënten in het medisch departement in gevaar komt. De Raad van State stelt dat de bevoegdheden van de medische raad en de hoofdgeneesheer parallel naast elkaar kunnen worden uitgeoefend.

Naast de bevoegdheid om een gerichte medische audit te organiseren wordt aan de hoofdgeneesheer ook de taak toegekend om voor iedere arts een persoonlijk dossier aan te leggen. Dit dossier bevat naast een aantal zuivere administratieve gegevens ook eventuele performantiebeoordelingen. De Raad van State stelt dat, aangezien het aangevochten besluit als dusdanig het performantiebeoordelingssysteem niet organiseert en ook niet oplegt dat een performantiebeoordeling moet uitgevoerd worden, er geen rechtsgrond voorhanden is om deze bepaling te vernietigen. Het recht op inzage van de arts en de mogelijkheid om eventueel bemerkingen te formuleren omtrent deze performantiebeoordeling moet gepreciseerd worden in de reglementeringen die dergelijke performantiebeoordelingen organiseren.

8.2.4. Niet-conventionele praktijken^{173, 174}

In de arresten waarnaar verwezen werd onder de punten 7.1, 7.2 en 7.3 werd stevast het belang van de artsenorganisaties bij de inleiding van de vordering erkend en de vordering ontvankelijk verklaard. Op basis van een analyse van de ingeroepen rechtsmiddelen werd door de Raad van State de vordering evenwel steeds ongegrond verklaard en het vernietigingsverzoek verworpen. Eerlijkheidshalve moet hierbij worden meegedeeld dat deze arresten werden uitgesproken door een Franstalige kamer van de Raad van State. Nul dus op rekwes over de ganse lijn, maar zoals in de inleiding aangehaald willen we de positieve elementen extra in het licht stellen. Het belang van de artsenorganisaties die de vordering tot nietigverklaring hadden ingeleid hebben werd onomstotelijk erkend.

Vol ongeloof werd dan ook gereageerd op het verslag van de auditeur en het daaropvolgende arrest door een Nederlandstalige kamer van de Raad van State waarbij besloten werd tot het gebrek aan belang van de artsenorganisaties om de nietigverklaring te vragen van een besluit die de algemene voorwaarden bepaalt die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken. Een ander concept over het belang van de artsenorganisaties om de individuele en collectieve belangen van hun leden te verdedigen? Een efficiënte lobby van de vele tussenkomende partijen die de niet-conventionele praktijken vertegenwoordigen? Een handige manier om de ingeroepen rechtsmiddelen ten gronde niet te moeten analyseren, gezien de vele tussenkomende partijen ongetwijfeld een heel tijdrovende activiteit?

De artsen moeten nu vertrouwen op het gezonde verstand van huisarts en minister van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK om een wildgroei van niet-conventionele praktijken te vermijden. Indien haar

¹⁷⁰ Cf. voorgeschiedenis: VBS jaarverslag 2014: "Licht op blauw voor verandering", punt 7.4.4.

¹⁷¹ Arrest van de Raad van State nr. 232.883 van 10.11.2015

¹⁷² K.B. van 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 08.08.2014)

¹⁷³ Cf. voorgeschiedenis: VBS jaarverslag 2014: "Licht op blauw voor verandering", punt 7.4.1.

¹⁷⁴ Arrest van de Raad van State nr.232.565 van 15 oktober 2015

beslissingen in deze materie EBM afgetoetst worden zoals zij eerder heeft aangegeven¹⁷⁵ dan kunnen de artsen de komende legislatuur met een gerust hart tegemoet zien. Misschien moet Maggie DE BLOCK deze EBM-regel eveneens aanbevelen aan minister Philippe MUYTERS die in de Vlaamse regering bevoegd is voor de professionele vorming. Op deze manier kan subsidiëring van pseudowetenschappelijke gezondheidszorgopleidingen voorkomen worden^{176, 177}. Een besparing voor de Vlaamse begroting. Meteen wordt ook vermeden dat kwakzalvers met een pseudo-erkende opleiding patiënten misleiden en bijkomende gezondheidszorguitgaven creëren voor de (federale) overheid.

8.3. Nog te starten en lopende zaken

8.3.1. Btw op esthetische ingrepen en behandelingen

De btw op esthetische ingrepen en behandelingen werd onder druk van de CD&V in het regeerakkoord van 9 oktober 2014 opgenomen. Punt 4.1.5. bepaalt uitdrukkelijk: *“De belastbare basis voor de heffing van de btw wordt verbreed : de btw-vrijstelling voor medische diensten op het gebied van esthetische chirurgie en behandeling wordt geschrapt,...”*. In zijn regeringsverklaring d.d. 14 oktober zei premier Charles MICHEL letterlijk: *“Nous ajusterons la TVA sur les opérations esthétiques”*¹⁷⁸.

Tenzij de andere partijen bereid zouden zijn om daarvoor een politieke prijs te betalen stond het in de sterren geschreven dat dit dossier tijdens deze legislatuur op de politieke agenda zou komen. Het werd voor de eerste keer geagendeerd op de ministerraad van 21 mei 2015. Gezien de Europese verplichtingen van de Eerste Minister werd dit punt echter verdaagd naar een volgende vergadering. Eind augustus 2015 luidde het nochtans op het kabinet van minister van Financiën, Johan VAN OVERTVELDT (N-VA) en op het kabinet van minister van Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK (Open VLD) nog dat de technische uitwerking van deze maatregel op grote problemen zou stuiten. Dit is allicht de reden waarom het dossier van de esthetische ingrepen nog de dans ontsprong in de eerste onderhandelingsronde rond de taxshift. Het dossier werd toch terug opgevist zonder dat er al een praktische oplossing was uitgewerkt. Deze zuivere fiscale maatregel moet immers 80 miljoen euro opbrengen.

Op 13 november 2015 werd een uitgebreide delegatie van de beroepsvereniging van artsen specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie, samen met Fanny VANDAMME, ontvangen zowel door de administratie van de btw als door het kabinet van minister van Financiën J. VAN OVERTVELDT. De vergadering georganiseerd door de btw-administratie werd eveneens bijgewoond door enkele ambtenaren van het RIZIV. De verstrekte informatie was niet consequent, erger nog, op fundamentele punten was ze zelfs tegenstrijdig. De ziekenhuishuiskoopels werden daags nadien op audiëntie ontvangen door de btw-administratie en het kabinet. Uit contacten blijkt dat ook hun enthousiasme dicht bij het vriespunt lag.

De wet van 26 december 2016 houdende maatregelen inzake versterking van jobcreatie en koopkracht werd gepubliceerd op 30 december 2015.

Artikel 44 van het btw-wetboek wordt herschreven.

¹⁷⁵ “Geneeskunde is evidence based: wat daarbuiten valt wordt niet terugbetaald”. Interview (deel 4) met Maggie De Block; MediQuality 29.06.2015.

¹⁷⁶ “Alternatief instituut opnieuw in opspraak met gevaarlijke kankertherapie. Levensbedreigend: de Levensschool”. De Morgen, 06.02.2016.

¹⁷⁷ “Kwakzalverij à volonté”. De Morgen, 9 februari 2016.

¹⁷⁸ http://www.presscenter.org/files/ipc/media/source6892/Declaration_gouvernementale_-_Regeringsverklaring.pdf; pagina 9.

“§ 1. Van de belasting zijn vrijgesteld de diensten door de nagenoemde personen verricht in de uitoefening van hun geregelde werkzaamheid :

1° artsen, tandartsen en kinesitherapeuten.

De vrijstelling bedoeld in de bepaling onder 1°, geldt niet voor de door artsen verrichte diensten die betrekking hebben op ingrepen en behandelingen met een esthetisch karakter :

a) indien deze ingrepen en behandelingen, niet zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

b) indien deze ingrepen en behandelingen wel zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar niet beantwoorden aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor tegemoetkoming overeenkomstig de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

../....

1. a) de ziekenhuisverpleging en de medische verzorging alsmede de diensten en de leveringen van goederen die daarmee nauw samenhangen, verricht in de uitoefening van hun geregelde werkzaamheid door ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, klinieken en dispensaria.

Van de vrijstelling bedoeld in de bepaling onder

a) zijn uitgesloten, de ziekenhuisverpleging en de medische verzorging alsmede de diensten en de leveringen van goederen die daarmee nauw samenhangen die betrekking hebben op de ingrepen en behandelingen als bedoeld in paragraaf 1, 1°, tweede lid;”(hierbij wordt verwezen naar de tekst hierboven)

De maatregel treedt in voege op 1 januari 2016 48 uur na publicatie in het Belgische Staatsblad. Tijd zat dus voor alle zorgverstrekkers en de ziekenhuizen om de nieuwe btw-maatregel te assimileren, een ontdebbling van hun boekhouding te organiseren en een btw-nummer aan te vragen. Wat doet een mens anders zoal op oudejaarsdag?

Op 21 januari 2016 heeft Pierre MOULIGNEAUX, Adviseur Indirecte belastingen en medewerker van minister Johan VAN OVERTVELDT, aan de artsenorganisaties gevraagd om volgende bijzondere overgangsregeling als bericht te verspreiden onder hun leden.

“In het kader van de bezorgdheid geuit door de beroepsgroep deelt de Minister van Financiën mede dat er in een realistische overgangsregeling wordt voorzien die de volgende modaliteiten bevat :

- de btw identificatie van de betrokken belastingplichtigen wordt als tijdig aangemerkt indien deze geschiedt in de periode tussen 5 januari 2016 en 29 februari 2016;

- de geïsoleerde handelingen verricht door artsen en ziekenhuizen blijven vrijgesteld van btw indien volgende voorwaarden cumulatief vervuld zijn :

** uiterlijk op 29 februari 2016 is er met de patiënt een overeenkomst om de ingreep/behandeling te verrichten op een welbepaalde datum;*

** de ingreep/behandeling wordt effectief uitgevoerd tegen uiterlijk 30 juni 2016.*

Bij het finaliseren van de redactie van dit verslag¹⁷⁹ is deze mededeling van de FOD financiën nog steeds niet voor het grote publiek beschikbaar op de website van de FOD financiën of op de website van het kabinet VAN OVERTVELDT.

Niettegenstaande hoger vermeld bericht blijven er nog een reeks praktische problemen bestaan die moeten opgelost worden. Een eerste probleem bestaat erin om een correcte definitie te geven van het begrip esthetische ingreep. Wat zal het lot zijn van de ingrepen die niet zuiver esthetisch zijn, maar die ook een zeker therapeutisch doel hebben. Wie zal in concreto uitmaken of een ingreep al dan niet een therapeutisch doel heeft? De artsen zijn gebonden door het beroepsgeheim. De belastingdiensten hebben geen toegang tot het patiëntendossier.

¹⁷⁹ 12.02.2016

Het zijn niet alleen de chirurgische ingrepen of behandelingen van esthetische aard die onderworpen worden aan de btw, maar ook alle prestaties die verband houden met deze ingreep of behandeling. Naast de plastisch chirurgen worden dus ook de prestaties van de anesthesisten, klinisch biologen, radiologen, cardiologen en zo meer die verband houden met deze esthetische ingrepen en behandelingen aan btw onderworpen. Ook de forfaitaire honoraria klinische biologie en radiologie per opname en/of per verpleegdag en het geneesmiddelenforfait per opname worden btw-plichtig. De uitbreiding van de btw-plicht slaat ook op de hotelaccommodatie, zelfs met inbegrip van de eventuele passage via een dienst intensieve zorg. Indien zich postoperatief een complicatie zou ontwikkelen zoals vb. abces, dan zijn de postoperatieve zorgen, voor zover deze zich manifesteren na de oorspronkelijke opname, niet aan btw onderworpen.

Bij esthetische ingrepen denkt men in eerste instantie aan ingrepen uitgevoerd door plastisch chirurgen. De reglementering is evenwel ook van toepassing op alle artsen die esthetische ingrepen uitvoeren zoals huisartsen, oftalmologen, NKO-artsen, dermatologen, gynaecologen, stomatologen enz. . Dit maakt het dossier erg complex. De reglementering is alleen van toepassing op prestaties uitgevoerd door artsen. Tandartsen blijven vrijgesteld van deze btw-verplichting. Het bleken van tanden door tandartsen is dus niet onderworpen aan de btw. Dezelfde prestatie uitgevoerd door een stomatoloog wordt wel onderworpen aan de btw. Dit is een zuivere vorm van discriminatie.

Ten einde een antwoord te formuleren op deze en nog vele andere vragen die op het terrein gesteld worden, wordt op het kabinet en/of de administratie van de btw gewerkt aan een administratieve circulaire. De artsenorganisaties en ziekenhuiskoepels werden uitgenodigd om uiterlijk tegen 5 februari bemerkingsen te formuleren omtrent een ontwerp van circulaire. Gezien de krokusvakantie van 8 tot 14 februari 2016 en de afwezigheid van verschillende medewerkers zal ten vroegste tegen midden van de derde week van februari 2016 opnieuw contact genomen worden voor verdere discussies.

Door ondergetekende ondervraagd tijdens de vergadering van het RIZIV Verzekeringscomité van 21.12.2015 over de belabberde manier van werken inzake de invoering van de btw, verklaarde Pedro FACON, kabinetschef van minister DE BLOCK, zich te excuseren voor deze vorm van slecht bestuur¹⁸⁰. In de daaropvolgende vergadering van het Verzekeringscomité d.d. 11.01.2016 bevestigde Pedro FACON dat Jo DE COCK, administrateur-generaal van het RIZIV, een brief had gestuurd naar minister VAN OVERTVELDT en dat de beleidscel van minister DE BLOCK onmiddellijk contact had opgenomen met de beleidscel van minister Johan VAN OVERTVELDT¹⁸¹.

Ondertussen besliste het bestuurscomité van het VBS een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen bij het Grondwettelijk Hof tegen de wet van 26 december 2016. Twee dingen zijn zeker. Eén: die wet houdende maatregelen inzake versterking van jobcreatie en koopkracht zal alleszins voor jobcreatie zorgen voor boekhouders en nog meer administratief ziekenhuispersoneel. Jammer genoeg worden die extra mensen niet gefinancierd door de overheid die deze wet oplegt. En twee: voor artsen kan deze taxshiftwet niet geminimaliseerd worden in tegenstelling wat VOKA¹⁸² bij monde van zijn topman, Hans MAERTENS beweerde. De taxshift zal voor de medische beroepsuitoefening geen voetnoot in de geschiedenis blijven¹⁸³, ze vormt een opstapje naar meer btw in de gezondheidszorg en tot meer commercialisering.

¹⁸⁰ Notulen van de vergadering van het Verzekeringscomité van 21 december 2015. 2015/18.

¹⁸¹ Notulen van de vergadering van het Verzekeringscomité van 11 januari 2016. 2016/1.

¹⁸² Voka is het Vlaams netwerk van ondernemingen.

¹⁸³ "Taxshift is slechts voetnoot in onze geschiedenis". De Tijd, 08.08.2015.

8.3.2. Desinfectie van endoscopisch materiaal

De voorbije jaren heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap een aantal eisenkaders uitgewerkt die gebruikt worden bij de inspectierondes van Zorginspectie. Een van deze eisenkaders betreft de desinfectie van het endoscopische materiaal.

In 2013 heeft Dr. Jean-Louis COENEGRACHTS, voorzitter van de beroepsvereniging voor maag-darmartsen, kunnen deelnemen aan de voorbereidende werkzaamheden m.b.t. de werkgroep desinfectie van het endoscopisch materiaal. Dergelijk materiaal wordt niet alleen gebruikt door gastro-enterologen maar ook door NKO-artsen, longartsen, urologen en anderen. De werkgroep telde een 30-tal deelnemers. Maakten vooral deel uit van deze werkgroep: verpleegkundigen, apothekers, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en hygiënisten. Voor zover Dr. Jean-Louis COENEGRACHTS kon nagaan waren er quasi geen artsen lid van deze werkgroep. Hij nam persoonlijk deel aan 3 werkgroepvergaderingen. In het kader van dit eisenkader opteerde de Vlaamse gemeenschap steeds voor de meest stringente voorwaarden ter wereld zonder dat deze op een EBM manier werden afgetoetst.

Om het endoscopisch materiaal te kunnen desinfecteren is bijgevolg een heel dure installatie nodig. Dr. Jean-Louis COENEGRACHTS bracht dan het probleem van de financiering van deze kwaliteitsvereisten ter sprake. Voor sommige prestaties zijn de kosten verbonden aan de desinfectie van het materiaal hoger dan het totale honorarium voor deze prestaties. De Vlaamse gemeenschap maakte het hem al vlug duidelijk dat de financiering van deze kwaliteitseis een federale materie en geen gemeenschapsmaterie is.

Als gevolg van het actieve lobbyen door de beroepsvereniging van gastro-enterologie, met de steun van het VBS, werd bekomen dat het Vlaams agentschap zorg en gezondheid, afdeling toezicht volksgezondheid, het eisenkader voor desinfectie van het endoscopisch materiaal voorlopig niet op die manier inspecteert of sanctioneert. Er wordt wel geregistreerd.

Het advies van 11 juli 2013 betreffende de centrale sterilisatie van de cel programmatie en erkenning van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)¹⁸⁴ legt de verantwoordelijkheid van de centrale sterilisatie bij de ziekenhuisapotheker. Het geheel van de sterilisatieactiviteit van een ziekenhuis moet gebeuren in de centrale sterilisatie. Voor wat betreft de gehospitaliseerde patiënten worden de kosten van de desinfectie van het endoscopisch materiaal vergoed via het budget van de financiële middelen (BFM).

De financiering voorzien in het BMF is evenwel totaal onvoldoende. Voor de patiënten die in het dagziekenhuis of ambulantly worden behandeld in het ziekenhuis worden de kosten ten laste gelegd van de verstrekker. Vermits die desinfectiekosten soms hoger liggen dan het bedrag van de honoraria, is dit een onhoudbare situatie. Na advies te hebben gevraagd aan Meester Stefaan CALLENS heeft het VBS op 21 januari 2016 een geargumenteerde brief gestuurd naar de Afdeling financiering van de NRZV met de vraag de financiering van de desinfectie van het endoscopische materiaal door te lichten en aan de realiteit aan te passen. Deze aanpassing is des te prangender daar te verwachten valt dat het NIAZ¹⁸⁵ en de JCI¹⁸⁶ deze kwaliteitscriteria van de Vlaamse gemeenschap zullen overnemen in hun accrediteringsprocedures van de ziekenhuizen.

¹⁸⁴ NRZV D/430-3 d.d. 11.07.2013

¹⁸⁵ NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

¹⁸⁶ Joint Commission International

9. Besluit

Met: “Licht op blauw voor verandering” als titel van mijn vorige jaarverslag spraken we onze hoop uit op verandering na exact 25 jaar de functie van secretaris-generaal van de grootste vereniging van artsen-specialisten van België te hebben uitgeoefend. De veranderingen zijn in de maak, in statu nascendi. Laurette ONKELINX, de vorige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (van 21.12.2007 tot 11.10.2014), maakte vele grote plannen waarvan het kankerplan en het plan chronisch zieken de meest bekende waren en haar ambtstermijn overschreden.

Onze huidige minister, Maggie DE BLOCK, vervolgde met de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken¹⁸⁷ waarvoor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid erg belangrijk zijn¹⁸⁸. Daarnaast maakte ze grote plannen, zoals het eGezondheidsplan, dat ondertussen werd geactualiseerd¹⁸⁹. De termijnen voor realisatie van sommige van de 20 actiepunten die erin vervat zijn, botsen op praktische problemen voor de uitvoering ervan, maar de minister zet door, ook indien lang niet iedereen meekan of zelfs maar weet wat er allemaal op komst is. Ze zet de applicatie (e-Cad) voor het beheren van de erkenningen en de praktijkvergunningen van de gezondheidszorgbeoefenaars op de rails¹⁹⁰, en ze zal een uniek digitaal loket creëren voor gezondheidszorgactoren¹⁹¹.

We zouden haast vergeten dat minister DE BLOCK al drie megawerven had opgericht van bij het opnemen van haar mandaat in oktober 2014: de herziening van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, het herschrijven van het oude KB nr. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, via pilootprojecten. Bij de uitwerking van die plannen ondervinden de technici dat er zich achter elk probleem een veelvoud van andere problemen bevindt. Het eerste pilootproject inzake de verkorte verblijfsduur na een bevalling is vandaag nog niet opgestart.

De 6^{de} staatshervorming zorgt voor extra verwickelingen, want wetten maken is gemakkelijker dan regeren, schreef Leo TOLSTOJ al in de 19^{de} eeuw. Voor het VBS wordt het moeilijker dan ooit om op al die verschillende niveaus inspraak, laat staan medezeggenschap te krijgen. De erkenning van specialisten is in Vlaanderen gelukkig nog de bevoegdheid van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, in Franstalig België kwam die bevoegdheid bij Onderwijs terecht.

De patiënt centraal is geen slogan meer. Maggie DE BLOCK is van oordeel dat de patiënten thuishoren rondom de overlegtafel¹⁹² omdat ze andere invalshoeken hebben dan artsen. Ze wil ook de wet op de patiëntenrechten uit 2002 updaten.

Kortom, haar enthousiasme en zin voor initiatief kennen geen maat. Het is een tsunami van veranderingen die op de artsen en andere zorgberoepen afkomt.

We hebben dus eensgezinde artsenverenigingen nodig die deskundig samenwerken om in deze snel veranderende wereld hun stem te laten horen. De koepel van het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten (VBS), met een hernieuwde samenwerkingsovereenkomst met de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, leent zich daar uitstekend toe.

Dr. Marc MOENS,
Secretaris-generaal.

¹⁸⁷ Gemeenschappelijke verklaring van 30.03.2015 over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (BS 04.06.2015; Ed. 2).

¹⁸⁸ Protocolakkoord van 19.10.2015 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over het gezondheidsbeleid inzake chronisch zieken: Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken - Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid (BS 11.12.2015)

¹⁸⁹ Protocolakkoord: actualisering van het Actieplan eGezondheid Actieplan 2015-2018 (BS 11.12.2015; Ed. 1)

¹⁹⁰ Protocolakkoord van 19.10.2015 tussen de Federale Regering en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden betreffende het beheer en de financiering van de applicatie (e-Cad) voor het beheren van de erkenningen en de praktijkvergunningen van de gezondheidszorgbeoefenaars (BS 11.12.2015)

¹⁹¹ Protocolakkoord van 29.06.2015 tussen de Federale Regering en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde overheden inzake het creëren van een uniek digitaal loket bestemd voor de gezondheidsactoren (BS 04.08.2015; Ed. 1)

¹⁹² “Maggie De Block wil patiënten mee beleid laten uitstippelen”. De Standaard, 18.02.2016.

Werkten redactioneel mee: Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Francis Heller, Olivier Lambrechts, Michel Lievens en Fanny Vandamme.

De redactie werd inhoudelijk afgesloten op 18.02.2016