

VBS JAARVERSLAG 2016

Dr. Marc Moens

Secretaris-Generaal

# **Disruptieve gezondheidszorg**

Brussel  
04.02.2017



## Inhoudstafel

1. Activiteitenverslag .....	5
1.1    Interne vergaderingen .....	5
1.2    Afscheid .....	5
1.3    Publicaties.....	6
1.4    De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia .....	6
1.4.1    Inleiding.....	6
1.4.2    Het jaarlijks symposium van het VBS 20.02.2016 – ‘De uitdagingen van de multidisciplinaire samenwerking’ .....	7
1.4.3    Radioprotectie d.d. 12.03.2016 en de relaties met het FANC .....	7
1.4.4    Goed voorbereid naar het pensioen d.d. 22.10.2016 .....	10
1.4.5    Symposium van de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie (BSAR) d.d. 30.01.2016 .....	10
1.4.6    Symposium van de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de intensieve zorgen d.d. 16.02.2016.....	11
1.4.7    Symposium van de Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in Inwendige Geneeskunde d.d. 12.03.2016.....	11
1.4.8    Symposium van de Belgische beroepsvereniging van de artsen-specialisten in de pneumologie d.d. 21.06.2016 .....	11
1.5    Website.....	12
2    VBS-vertegenwoordiging .....	12
2.1    Binnenlandse vertegenwoordiging .....	12
2.1.1    Activiteiten van de Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr ).....	12
2.1.2    Activiteiten van de Artsenvereniging Vlaamse Specialisten (AVS) .....	14
2.1.3    MedicaNorm .....	17
2.1.4    Mdeon .....	18
2.1.5    Vertegenwoordiging door Prof. Fr. HELLER: de geneesmiddelensector. ....	19
2.1.6    Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen .....	20
2.2    Internationale vertegenwoordiging .....	21
2.2.1    Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS) ....	21
2.2.2    Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA).....	23
2.2.3    European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME 2.0) .....	24
2.2.4    Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors (FEMS)	25
2.2.5    Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)	26
2.2.6    European Forum of Medical Associations (EFMA) en World Medical Association (WMA) .....	26
3    Ziekenhuisfinanciering .....	27
3.1    Rapport KCE 277 en nota van de minister m.b.t. de ziekenhuisnetwerken .....	27
3.2    Ziekenhuishervorming in economisch perspectief.....	29
3.2.1    Economische prognose .....	29
3.2.2    Naar een versnelling van de economische groei? .....	29

3.2.3	Nog meer besparingen? .....	30
3.2.4	Ziekenhuizen in het rood.....	31
3.2.5	Economische waardebeoordeling van laagvariabele zorg: context van de studie en eerste resultaten	33
3.2.6	Pathologiegroepen en overeenkomsten tussen ziekenhuisverblijven .....	34
3.2.7	APR-DRG wordt politiek.....	36
3.2.8	Proef op de som: moeilijke samenwerking clustervorming .....	36
4	Politiek.....	37
4.1	Inleiding .....	37
4.2	De eeuwige zoektocht naar geld .....	39
4.3	Een populaire minister hoeft geen populaire beslissingen te nemen.....	41
4.4	Redesign.....	42
4.5	Protocolakkoord Medische Beeldvorming: the saga continues... and continues... .....	43
4.5.1	Wat voorafging.....	43
4.5.2	En wat er gebeurde in 2016... .....	44
5	Artsenkadaster .....	47
6	Numerus clausus – dubbele cohort.....	48
7	Akkoord artsen-ziekenfondsen .....	51
7.1	Opvolging akkoord 22.12.2015 voor de jaren 2016-2017 .....	51
7.2	Stutten gezocht voor het kwakkelend akkoordensysteem .....	54
7.2.1	Respect voor de timing van de uitvoering van de akkoorden .....	54
7.2.2	Automatische indexering en intellectuele acts.....	55
7.2.3	Bijzondere werven .....	55
7.2.4	Het overlegmodel .....	58
7.3	De ontbinding van rechtswege.....	59
7.3.1	Uitvoering van punt 13.1.2. van het akkoord.....	59
7.3.2	Onderliggende reden: de bodemloze put van de staatskas vullen .....	60
7.4	Accreditering .....	61
8	Juridische procedures .....	65
8.1	Inleiding .....	65
8.2	Uitspraken.....	65
8.2.1	Zorgprogramma pediatrie .....	65
8.2.2	Niet-conventionele praktijken .....	66
8.3	Vorderingen ingeleid door het VBS of zijn beroepsverenigingen.....	67
8.3.1	Btw op esthetische ingrepen .....	67
8.4	Radiotherapie .....	68
9	In vogelvlucht.....	69
9.1	BeCEP – Urgentiegeneeskunde .....	69
9.2	Pneumologie.....	70
10	Besluit.....	71

# 1. Activiteitenverslag

## 1.1 Interne vergaderingen

In 2016 kwam het uitvoerend bestuur 18 maal bijeen. De vergaderingen die tot voor enkele jaren traditioneel op maandagmiddag plaatsvonden, vinden nu afwisselend op maandagmiddag, en op dinsdag- of donderdagavond plaats al naargelang de agenda van de leden van het bestuur. Op deze manier wordt aan iedereen de mogelijkheid geboden om actief deel te nemen aan de vergaderingen. Niettegenstaande Dr. Johan BOCKAERT en Prof. Fr. HELLER strikt statutair geen deel meer uitmaken van het uitvoerend bestuur, nemen zij nog met veel enthousiasme actief deel aan deze vergaderingen. Prof. Jacques GRUWEZ, die geen officieel mandaat meer uitoefent binnen het bestuur, blijft met veel enthousiasme elektronisch of per telefoon reageren op de agendapunten. Alle agendapunten die op een of andere manier betrekking hebben op de opleiding van de ASO's blijven hem passioneren. In deze dossiers brengt hij zijn ongezoeten mening nu elektronisch over.

Het bestuurscomité is 6 maal bijeengekomen<sup>1</sup> op donderdagavonden in de vertrouwde stek in het Best Western Hotel te Groot-Bijgaarden op de autostrade E 40 richting Oostende. De afbraakwerken die oorspronkelijk voorzien waren in januari 2016 zijn voorlopig uitgesteld tot eind juni 2017. Eens deze begonnen zijn zal gezocht worden naar een geschikte locatie aan de andere kant van Brussel. Het moeten niet altijd dezelfde leden van de Raad van Bestuur zijn die mogen genieten van de geneugten van de Brusselse ring.

De Professoren Magali PIRSON en Pol LECLERCQ van de Ecole de Santé Publique (ULB) hebben na een eerdere ontmoeting met Dr. Jean-Luc DEMEERE d.d. 11.03.2016, hun project uiteengezet op de vergadering van het uitvoerend bestuur van 19 april 2016. Gezien de interesse van het uitvoerend bestuur voor dit project werden ze uitgenodigd om hun uiteenzetting over te doen ter gelegenheid van de vergadering van het bestuurscomité van 12 mei 2016. In de loop van het project werd het uitvoerend bestuur door de equipe PIRSON - LECLERCQ op regelmatige basis op de hoogte gebracht van de evolutie van dit dossier<sup>2</sup>.

## 1.2 Afscheid

Op 4 maart 2016 heeft het VBS afscheid moeten nemen van Dr. Jacques MERCKEN, die gedurende 13 jaar – van februari 1987 tot februari 2000 – voorzitter was van het VBS. In die periode is hij erin geslaagd om de beroepsverdediging van alle specialismen te verenigen. De verdediging van de belangen van de artsen met het oog op een verbetering van de zorg voor de patiënt stond centraal tijdens zijn voorzitterschap. Hij was een geboren diplomaat en bruggenbouwer. Samen met zijn collega Louis BECKERS, toenmalig voorzitter van de BVAS, is hij geslaagd in het huzarenstuk om beide organisaties te doen samenwerken. Het door hen afgesloten gentlemen's agreement werd in februari 2016 geformaliseerd en ondertekend door Dr. Jean-Luc DEMEERE als VBS-voorzitter en Dr. Jacques DE TŒUF, op dat moment BVAS-voorzitter. Prof. Jacques GRUWEZ, compagnon de route van Dr. Jacques MERCKEN, hield op de rouwplechtigheid een grafrede<sup>3</sup>. De artsen verliezen een groot verdediger van de noblesse van het beroep van arts.

---

<sup>1</sup> 21.01.2016 – 10.03.2016 – 12.05.2016 – 07.07.2016 - 22.09.2016 -24.11.2016

<sup>2</sup> Zie ook punt 3.2.4 en volgende.

<sup>3</sup> De grafrede werd gepubliceerd in de Arts-Specialist nr. 3 van april 2016

Een paar weken later, op 30 maart 2016, overleed ook Dr. Louis BECKERS, decennialang VBS-lid van de Geneeskundige beroepsunie voor orthopedische chirurgie en traumatologie van het bewegingsapparaat, maar vooral ook medestichter en topman van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS), die ondergetekende introduceerde in het bestuur van de BVAS.

### 1.3 Publicaties

In 2016 verscheen De Arts-Specialist, het tijdschrift voor de leden van de bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen, 6 keer. Dit tijdschrift wordt zowel per post als per e-mail verstuurd. Het spreekt voor zich dat de verzending van het papieren tijdschrift – een werk dat bij het VBS volledig in huis wordt gedaan – een veel arbeidsintensiever proces is dan het elektronisch verzenden van het tijdschrift.

Het VBS maakt van iedere gelegenheid gebruik om zoveel mogelijk leden aan te sporen om ons hun e-mailadres te bezorgen. Dit biedt niets dan voordelen. De leden worden in realtime op de hoogte gehouden van alle nieuwtjes. Bovendien kan het de ecologische voetafdruk van het VBS alleen maar ten goede komen.

In het totaal verstuurd het VBS-secretariaat in het afgelopen jaar op de kop 400 mailings. Dat lijkt een hoog cijfer, maar deze mails werden verstuurd naar leden van 29 verschillende beroepsverenigingen. Het aantal wordt enigszins vertekend door de uit de kluiten gewassen mailing in verband met de activiteitsdrempel van het RIZIV sociaal statuut. Daar waren liefst 64 verschillende versies voor nodig, nl. één per specialisme – want voor elke discipline geldt er een andere activiteitsdrempel – en telkens in het Frans en in het Nederlands. Of hoe het online communiceren met de leden ook best arbeidsintensief kan zijn. Anderzijds willen we ons liever niet voorstellen hoe die klus per gewone post had kunnen worden geklaard en hoeveel tijd dát in beslag zou genomen hebben.

Nog vaker dan in 2015 verstuurd het VBS-secretariaat mailings die niet onder de VBS-vlag werden opgemaakt naar de leden van beroepsverenigingen. Dat betekent dat de hoofding van de lidvereniging in kwestie bovenaan de mail staat, en dat deze mails dus niet als genummerde e-specialist op de website van het VBS worden geplaatst. Deze ‘niet-openbare’ mailings bevatten vaak oproepen voor kandidatuurstellingen of uitnodigingen voor vergaderingen, maar ze kunnen ook advies over een bepaald onderwerp bevatten dat het bestuurscomité van een bepaalde beroepsvereniging wil voorbehouden voor zijn leden.

Er verschenen 65 openbare nummers, de e-specialist, op de website, of 7 meer dan in 2015. De beroepsverenigingen doen eveneens een beroep op het secretariaat om gericht en efficiënt persberichten te versturen.

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

#### 1.4.1 Inleiding

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

#### 1.4.2 Het jaarlijks symposium van het VBS 20.02.2016 – ‘De uitdagingen van de multidisciplinaire samenwerking’

Het symposium werd bijgewoond door een 200-tal deelnemers en kwam heel goed aan bod in de medische pers. Zowel Artsenkrant als De Specialist hadden een filmploeg afgevaardigd. Tijdens de koffiepauze werden Dr. Jean-Luc DEMEERE, Dr. M. MOENS en Dr. Br. VAN HERENDAEL geïnterviewd. Er werden eveneens meerdere artikelen gepubliceerd in de elektronische en papieren versie van deze kranten.

Het symposium heeft eveneens de aandacht gekregen van het kabinet, dat gewaardeerd heeft dat dit onderdeel van de politieke agenda van minister Maggie DE BLOCK onder de aandacht werd gebracht. Een nota van Maggie DE BLOCK aan de interministeriële conferentie legt de nadruk op een meer efficiënte gezondheidszorg en een vermindering van de kosten door een grotere multidisciplinaire samenwerking. Prof. Dr. Koenraad VANDEWOUDE, kabinetsmedewerker, heeft op ons symposium een tipje van de sluier opgelicht van de toekomstvisie van het kabinet. Het volledige project werd uit de doeken gedaan ter gelegenheid van de kick-off meeting georganiseerd door Maggie DE BLOCK op 28 september 2016 in een afgeladen vol auditorium in de Passage 44 in Brussel omtrent het herschrijven van het KB 78<sup>4</sup>. Minister Maggie De BLOCK en haar kabinetsmedewerkers Prof. Dr. Koenraad VANDEWOUDE en Dr. jur. Tom GOFFIN gaven daar een schets van de organisatie en samenwerking van de verschillende gezondheidszorgberoepen.

Deze multidisciplinaire samenwerking doet heel wat vragen rijzen op het terrein. Hoe zal ze georganiseerd worden? Een van de open vragen betreft de invloed die deze multidisciplinaire samenwerking zal hebben op de opleiding van de arts. Hoe wordt de ASO voorbereid op deze multidisciplinaire samenwerking? Het is de taak van de Hoge Raad om een antwoord te formuleren op deze vraag en de nodige voorstellen te doen. Wat is de rol van de niet-artsen in de zorgverlening en in de uitoefening van de geneeskunde? Het VBS heeft in een uitgebreid document<sup>5</sup> gereageerd op de conceptnota van Maggie DE BLOCK omtrent de hervorming van de gezondheidsberoepen.

#### 1.4.3 Radioprotectie d.d. 12.03.2016 en de relaties met het FANC<sup>6</sup>

Sinds 2011 organiseert het VBS quasi jaarlijks een symposium omtrent radioprotectie. In 2015 werd voorlopig het laatste symposium radioprotectie voor connexisten en radiologen georganiseerd. Het VBS heeft het thema echter niet volledig links laten liggen. Op 12 maart 2016 werd een symposium radioprotectie georganiseerd specifiek gericht op de nuclearisten en radiotherapeuten. Na een gemeenschappelijke sessie gemodereerd door FANC-directeur Gezondheid en Leefmilieu, Dr. P. VAN DER DONCKT, waar thema's aan bod kwamen die beide disciplines interesseren, werden na de koffiepauze parallelle sessies ingericht voor beide disciplines. Deze sessies werden gemodereerd door Dr. Bart DEHAES voor de nucleaire geneeskunde en Dr. Marc BROSENS voor de radiotherapie.

Het symposium werd bijgewoond door 135 nuclearisten en 52 radiotherapeuten. Het aantal deelnemers was dus niet in verhouding met de sessies georganiseerd voor de connexisten en radiologen, met een gemiddeld deelnemersveld van 450 artsen. Gezien het veel lagere aantal nuclearisten en radiotherapeuten, lag dit ook niet in de verwachting. Het was echter de gelegenheid om kennis te maken met een volledig ander deelnemerspubliek, wat onmiddellijk ook een ander verwachtingspatroon impliceert van de deelnemers. Na het symposium werd een tevredenheidsenquête rondgestuurd. Een aantal nuttige lessen konden worden getrokken uit de

---

<sup>4</sup> [www.KB78.be](http://www.KB78.be)

<sup>5</sup> De VBS-nota werd gepubliceerd in de Arts-Specialist nr. 1 van januari 2017.

<sup>6</sup> Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC)

ontvangen antwoorden. De verhouding tussen de gemeenschappelijke sessie en de parallelle sessies zal in de toekomst omgekeerd worden. De interesse van de deelnemers gaat manifest meer uit naar de thema's behandeld in de parallelle sessie. Terwijl voor de VBS-symposia georganiseerd in het kader van Ethiek en Economie alle sprekers in hun eigen taal spreken wordt voor de meer wetenschappelijk thema's door de deelnemers de voorkeur gegeven aan het Engels. Dit zijn twee suggesties die het VBS meeneemt bij de organisatie van een volgende sessie radioprotectie voor nuclearisten en radiotherapeuten gepland in 2018.

De verplichting om zowel bij aanvang van de sessie als op het einde van de sessie de aanwezigheidslijst te ondertekenen wordt door veel deelnemers als regelneverij, zelfs pesterij ervaren. Om 100 % zeker te zijn dat de sessie zal worden erkend in het kader van de radioprotectie door het FANC organiseert het VBS deze symposia in heel nauwe samenwerking met het FANC. Het programma wordt hen vooraf ter goedkeuring voorgelegd. Er wordt steeds een spreker van het FANC uitgenodigd, die dan het wettelijk kader schetst. De sessies worden systematisch gemodereerd door een vertegenwoordiger van het FANC. Het aanwezige VBS-personeel ontvangt de lijsten die ter ondertekening moeten voorgelegd worden bij het einde van de sessie pas nadat de laatste spreker zijn tussenkomst heeft beëindigd. Aangezien alle deelnemers tegelijkertijd deze lijsten willen ondertekenen, leidt dit onvermijdelijk tot enig tijdverlies en dus frustratie.

Het organiseren van symposia rond het thema radioprotectie beantwoordde aan een reële nood op het terrein. Al sinds 1963 moeten alle artsen die ioniserende stralingen gebruiken een vergunning bezitten voor het gebruik van ioniserende stralingen voor medische doeleinden. In het KB van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen werd deze vereiste in de regelgeving verder gespecificeerd. De opleiding in de radioprotectie omvat 40 uur theoretische opleiding en 35 uur praktische opleiding, Deze cursus wordt aangeboden door alle Belgische universiteiten. De vergunning voor het gebruik van ioniserende stralingen is geldig voor een periode van 10 jaar. In 2011 kwamen dus de eerste afgeleverde vergunningen tot een einde en moesten de artsen kunnen aantonen dat ze een permanente vorming hadden gevolgd om hun kennis op peil te houden<sup>7</sup>. Voor de artsen van wie het gebruik van ioniserende stralingen tot hun core business behoort, was deze permanente vorming geen bijkomende belasting. In de meeste congressen georganiseerd door deze disciplines komt dit thema onder een of andere vorm aan bod. Voor de connexisten daarentegen was het aanbod van dergelijke sessies permanente vorming quasi onbestaande. Vandaar dat het VBS sinds 2011 dergelijke navormingen organiseert specifiek gericht op connexisten. Gezien het zeer grote aantal artsen, zowel connexisten als radiologen, die een permanente vorming moesten aantonen, werd door het FANC de eerste jaren een soepele en pragmatische houding aangenomen. Het volstond om te kunnen aantonen dat men de voorbije 10 jaar gedurende 4 uur een dergelijke permanente vorming had gevolgd om een verlenging van de vergunning te krijgen.

In februari 2016 heeft het FANC, aan alle artsen van wie de overheid weet dat ze ioniserende stralingen gebruiken, een rondschrijven gericht waarin de criteria voor de permanente vorming scherp worden bijgesteld.

- Voor vergunningen die vervallen in 2016 geldt nog steeds de pragmatische aanpak.
- Voor de vergunningen die vervallen in 2017 geldt een overgangsmaatregel. De arts moet kunnen aantonen dat hij 6 u permanente vorming heeft gevolgd in de looptijd van zijn vergunning.
- Voor vergunningen die vervallen vanaf 2018 dient de arts vanaf 2016 gemiddeld 6 u permanente vorming per 3 jaar te kunnen aantonen met bij voorkeur een maximale spreiding

---

<sup>7</sup> Art. 53.1 van het KB van 20.07.2001 (BS 30.08.2001; Ed. 1)



van 2u permanente vorming per jaar. Dezelfde regeling geldt voor de vergunningen die toegekend werden voor onbepaalde duur.

Deze eenzijdige verstrenging van de criteria voor permanente vorming heeft heel wat commotie veroorzaakt bij de artsen-connexisten, vooral omdat in de brief werd aangegeven dat deze nieuwe reglementering werd genomen in overleg met de sector. In de maanden die vooraf gingen aan deze maatregel werd door het FANC regelmatig overlegd met de radiologen. De connexisten werden echter niet betrokken bij deze gesprekken. Eerder had het FANC overleg gepleegd met vertegenwoordigers van de specialisten in de nucleaire geneeskunde en de radiotherapeuten. Ook voor deze disciplines werden de vereisten van permanente vorming sterk opgetrokken. De nuclearisten en radiotherapeuten moeten 3 uur permanente vorming per jaar kunnen aantonen. De nuclearisten die gebruik maken van hybride beeldvorming moeten nog een extra uur kunnen aantonen.

Op 10 mei 2016 werd een uitgebreide delegatie van artsen connexisten van het VBS ontvangen door het FANC. Op deze vergadering was naast de vertegenwoordigers van het FANC eveneens Dr. N. DE SWAEF aanwezig van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle (DGEC), Beleidscel medische beeldvorming van het RIZIV.

Iedereen was het ermee eens dat alle artsen die ioniserende stralingen gebruikten de basisopleiding in de radioprotectie moesten gevolgd hebben. In uitvoering van art. 17 §11 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen heeft het RIZIV een lijst opgemaakt van alle artsen van wie op basis van hun RIZIV-profiel geweten is dat ze gebruik maken van ioniserende stralingen. Opmerkelijk is evenwel dat 50 % van de artsen die voorkomen op deze lijst niet vergund zijn door het FANC. De niet-vergunde artsen zijn verspreid over alle disciplines en alle leeftijdscategorieën, zelfs onder recent erkende artsen. Voor een aantal artsen betreft het ongetwijfeld een administratieve vergetelheid. Het volstaat immers niet om de opleiding te hebben gevolgd, men moet een kopie van het getuigschrift dat men deze vorming heeft gevolgd bezorgen aan het FANC om vergund te worden. Een aantal van deze niet-vergunde artsen voeren slechts een zeer beperkt aantal van dergelijke prestaties uit. Voor hen volstaat het hoogstwaarschijnlijk om in deze uitzonderlijke gevallen de patiënt door te verwijzen naar een collega.

In 2016 startte het FANC in samenwerking met het RIZIV een campagne omtrent de basisopleiding in de radioprotectie bij de niet-vergunde artsen. Gezien er bij de door de cardiologen gebruikte technieken hoge dosissen ioniserende stralingen worden verwekt en omdat de cardiologen bovendien een belangrijke uitgavenpost vertegenwoordigen binnen het RIZIV, kwamen zij als eerste aan de beurt. Iedere niet-vergunde cardioloog werd in de maanden juni/juli 2016 individueel aangeschreven en uitgenodigd om de basiscursus in de radioprotectie te volgen tijdens het academiejaar 2016-2017. Vanaf september 2017 zullen het FANC en het RIZIV bij de cardiologen gerichte controles uitvoeren. Niet-vergunde cardiologen zullen niet langer prestaties kunnen attesteren die het gebruik van ioniserende stralingen impliceren. Ze zullen in voorkomend geval moeten overgaan tot de terugbetaling van de in de ogen van de DGEC ten onrechte geattesteerde prestaties. In overleg met het FANC hebben de universiteiten hun opleidingscapaciteit in de radioprotectie opgetrokken met een 200-tal opleidingsplaatsen per jaar. Dit is veel te weinig om alle niet-vergunde artsen deze opleiding te kunnen aanbieden. Jaarlijks zal het FANC in overleg met het RIZIV de artsen van een ander specialisme doorlichten en aan deze artsen de mogelijkheid bieden om zich vooralsnog in orde te stellen

De discussies met het FANC op 10 mei 2016 hebben niet tot het gewenste resultaat geleid. Het FANC bleef bij zijn standpunt en heeft beslist om de vereiste van permanente vorming van 2u/jaar of 6u/3jaar te handhaven.

In 2017 zal het VBS opnieuw een algemene sessie radioprotectie voor connexisten organiseren. Deze sessie zal enkele maanden later ook via een e-learningmodule ter beschikking gesteld worden. De eerste

contacten in dit verband werden reeds gelegd met het FANC om een aantal concrete afspraken te maken met betrekking tot de technische vereisten van een dergelijk e-learning project.

De beroepsvereniging orthopedie heeft aan het FANC de geanonimiseerde resultaten van een enquête overgemaakt die onder haar leden werd uitgevoerd over de aanwezigheid en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen voor artsen – in casu orthopedisten – in ziekenhuismilieu. Uit deze enquête is gebleken dat in de meeste gevallen er in voldoende mate dosimeters en beschermende loden schorten aanwezig waren en dat deze van voldoende kwaliteit waren. Dit was al veel minder het geval voor het beschermingsmateriaal voor de schildklier, en de beschikbaarheid van beschermingsbrillen met laterale bescherming was quasi nihil. Ook beschermende handschoenen waren slechts sporadisch aanwezig. Het is contradictorisch om van de artsen te eisen dat ze jaarlijks hun kennis omtrent de radioprotectie bijschaven, terwijl de ziekenhuizen niet verplicht zijn om het nodige beschermingsmateriaal ter beschikking te stellen. Allicht wegens... te duur. Het FANC heeft aangekondigd om daar nauwer op toe te zien bij controles in de ziekenhuizen.

#### 1.4.4 Goed voorbereid naar het pensioen d.d. 22.10.2016

Het was sinds 25 mei 2013 geleden dat het VBS een symposium georganiseerd had over het pensioen. Hoog tijd dus om deze ervaring te vernieuwen. Op 22 oktober 2016 werd dus een symposium georganiseerd in het auditorium Jacques Brel van de Passage 44. De zaal zat eivol en enkele dagen voor het congres moest zelfs een inschrijvingsstop worden ingevoerd. Hoewel slechts 1 CP werd toegekend in het kader van de RIZIV-accreditering, bleef iedereen geboeid luisteren naar de uiteenzettingen van alle sprekers, ongetwijfeld mede dankzij de boeiende uiteenzetting van Dhr. Bart DEVOS, secretaris van de accrediteringsstuurgroep, over de RIZIV-reglementering bij het einde van een medische beroepsloopbaan.

Meester Wim DECLOEDT, die ook reeds present tekende op het symposium van 2013 over de pensionering, opende zijn toespraak met een hulde aan Prof. Em. Roger BLANPAIN; de vader van het Belgische arbeidsrecht, die enkele dagen voordien, op 12 oktober 2016, was overleden. Prof. BLANPAIN had het symposium van 2013 nog luister bijgezet met het thema "*Is de nieuwe pensioenregeling discriminerend?*". In het verlengde van dit thema behandelde Meester Wim DECLOEDT het thema "*Verder werken na 65 jaar. Wat zijn uw rechten? Wat is het lot van uw ziekenhuiscontract?*"

Dr. Jean VANDERICK, radiotherapeut en kliniekhoofd aan de CHU Liège, zette bondig uiteen waaraan een arts zich mocht verwachten van zijn wettelijk pensioen. Daarop verder bordurend probeerde Dhr. Alain VAN WICHELEN van BlueGround, enkele concrete antwoorden te formuleren op de vraag of het einde van de carrière ook het einde impliceert van de artsenvennootschap. Als afsluiter gaf het duo André VAN VARENBERG en David VERSCHATSE van onze verzekeringsmakelaar Concordia een overzicht van de verzekeringen die nuttig kunnen blijven na het einde van de actieve loopbaan.

Na de tussenkomsten van de sprekers werd een spervuur aan vragen gelanceerd. De vergadering kende een dermate groot succes dat voorzitter Dr. Jean-Luc DEMEERE ter zitting de organisatie van een 2<sup>de</sup> symposium rond dit thema heeft aangekondigd voor de vakantieperiode 2017. Bij deze gelegenheid zal dieper worden ingegaan op een aantal items die wegens tijdsgebrek slechts oppervlakkig konden worden aangesneden.

#### 1.4.5 Symposium van de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie (BSAR) d.d. 30.01.2016

Het jaarlijks BSAR symposium, vorig jaar getiteld "*The anaesthetist and anaesthesia in a rapidly evolving healthcare landscape*" vond plaats op 30 januari 2016 in Passage 44 en was een groot succes, vergelijkbaar met de vorige jaren. De herdefiniëring van het beroep werd besproken en Drs. Jan MULIER en Erika SLOCK stelden de resultaten voor van een enquête die zowel voor België, de Vlaamse als de

Franse Gemeenschap relevant was. Meer dan duizend anesthesisten beantwoordden de enquête. De anesthesist is de arts van het perioperatieve en van de kritische geneeskunde geworden. Een meerderheid van de anesthesisten wil haar plaats en aanwezigheid op intensive care verdedigen. Een meerderheid vindt ook dat de anesthesist de arts van de perioperatieve periode is en dat ze de vorming hebben om deze zorgtaak te volbrengen.

#### 1.4.6 Symposium van de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de intensieve zorgen d.d. 16.02.2016

De beroepsvereniging van de artsen-specialisten in de intensieve zorgen is binnen het VBS misschien niet de grootste beroepsvereniging wat het aantal leden betreft, maar menig voorzitter van de andere beroepsverenigingen zou tevreden zijn met het aantal leden dat spontaan en actief jaarlijks deelneemt aan de algemene vergadering.

Naast de zuiver administratieve punten die ter gelegenheid van een dergelijke vergadering moeten behandeld worden heeft de beroepsvereniging de gewoonte aangenomen om er een informatiesessie aan te verbinden waarvoor punten in ethiek en economie kunnen behaald worden. Ieder jaar worden een aantal sprekers uitgenodigd die een dossier komen toelichten dat in de aandacht heeft gestaan. In 2016 hadden de sprekers het in het bijzonder over de ziekenhuisaccreditering. Dit thema werd behandeld door zowel een Nederlandstalige als een Franstalige deskundige, zodat ook met de communautaire gevoeligheden rekening werd gehouden.

#### 1.4.7 Symposium van de Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in Inwendige Geneeskunde d.d. 12.03.2016

Op 12 maart 2016 organiseerde de Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in Inwendige Geneeskunde in het Brusselse Radisson hotel een symposium dat in het teken stond van de toekomst van de algemene inwendige geneeskunde in België. Tijdens deze vergadering, die werd gemodereerd door Prof. Francis HELLER, erevoorzitter van de organiserende beroepsvereniging, werd de belangrijke rol die dit specialisme, zowel in het ziekenhuis als ambulant, moet spelen bij de globale benadering van de patiënt in het licht gesteld. In deze rol worden de internisten niet alleen in België, maar in heel Europa en de VS, door de patiënten en de ziekenhuisverantwoordelijken erkend. Diverse aspecten kwamen aan bod: de gevolgen van de nieuwe ziekenhuisfinanciering voor de inwendige geneeskunde (Dr. Jean-Luc DEMEERE, voorzitter van het VBS), de bijdrage van de dienst Inwendige Geneeskunde in een universitair ziekenhuis (Prof. Willy PEETERMANS, UZ Leuven) en in een niet-universitair ziekenhuis (Dr. Geneviève DERUE, CH Jolimont-Lobbes et Tubize-Nivelles). Het algemene debat werd in goede banen geleid door Dr. Johan BOCKAERT (voorzitter van de Beroepsvereniging Inwendige Geneeskunde). Uit de vergadering kwam de noodzaak naar voren om de beleidsmakers te sensibiliseren om de rol van de algemene internist in de organisatie van de gezondheidszorg in België te concreet in te vullen en een correcte financiering voor deze activiteit te garanderen.

#### 1.4.8 Symposium van de Belgische beroepsvereniging van de artsen-specialisten in de pneumologie d.d. 21.06.2016

In navolging van de artsen-intensivisten organiseert ook de beroepsvereniging voor longartsen sedert enkele jaren een informatiesessie ter gelegenheid van de algemene vergadering. Dr. Jan LAMONT schetste de stand van de onderhandelingen (of beter het gebrek aan dialoog) met het RIZIV in het kader van de nCPAP-conventie. Dit item zou nog maanden in de spotlights blijven staan (zie 9.2.).

Ondergetekende er schetste het kader waarbinnen deze nieuwe draconische budgettaire aanval op de pneumologie door de mutualiteitsartsen van het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV werd opgestart.

## 1.5 Website

De huidige website van het VBS werd gelanceerd in 2014. Behalve de jaarverslagen en het archief van ons tijdschrift, vinden de bezoekers er informatie die regelmatig wordt bijgewerkt door de VBS-medewerkers, die zijn opgeleid om de aankondigingen van congressen, nomenclatuurwijzigingen, tarieven en alle andere belangrijke informatie m.b.t. de specialistische geneeskunde te actualiseren. Het VBS-secretariaat zet ook inschrijvingsformulieren voor de door het VBS of een van de aangesloten beroepsverenigingen georganiseerde symposia online. Online registratie doet enerzijds de inschrijver besparen op frankeerkosten, inkt en papier, en vergemakkelijkt anderzijds het beheer van de inschrijvingen door het secretariaat. Na drie jaar is het tijd geworden om de site geleidelijk aan te passen zonder dat de kwaliteit van de geboden informatie er hoeft onder te lijden. In het komende jaar zal het VBS middelen inzetten voor een betere interactie met de bezoekers van onze site, in het bijzonder voor de leden van het VBS.

Het secretariaat, dat zelfstandig de website beheert, heeft statistieken van bezoeken en activiteiten op de site.

Op basis van de trends aangeleverd door Google Analytics werd de website in 2016 bezocht door 21.404 unieke bezoekers, wat neerkomt op een lichte stijging van 8,34 % ten opzichte van 2015 (19.756 bezoekers). Zij bekeken 78.535 pagina's op de site, wat een daling is met 22,22 %. Dit betekent dat het bezoek van de website van het VBS nog steeds een mooie groei vertoont tegenover vorig jaar, maar dat de belangstelling voor de inhoud van de site is afgenomen. Het feit dat de pagina's "oud" zijn, betekent dat ze in de vergetelheid zijn geraakt, aangezien er niet langer naar wordt verwezen<sup>8</sup>.

Wat de verzending betreft van berichten, of het nu om de e-specialist gaat, dan wel het elektronische tijdschrift of andere mededelingen ter attentie van alle leden of de leden van een beroepsvereniging in het bijzonder, verstuurd het VBS 150.439 e-mails. Deze e-mails worden gemiddeld door 38,3 % van de ontvangers gelezen. Volgens een wereldwijde studie worden berichten van beroepsverenigingen gelezen door gemiddeld 38,02 % van de ontvangers. Dit bevestigt de hoge relevantie van de informatie die het VBS per e-mail verzendt aan zijn leden.

## 2 VBS-vertegenwoordiging

### 2.1 Binnenlandse vertegenwoordiging

#### 2.1.1 Activiteiten van de Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr)

De AMSFr is slechts twee keer samengekomen sinds de algemene vergadering van het VBS in februari 2016.

Na het ontslag van Prof. Francis HELLER werd op 10 maart 2016, op de eerste vergadering van het bestuurscomité na de algemene vergadering van het VBS, Dr. Boudewijn MANSVELT verkozen tot nieuwe voorzitter.

De vereniging heeft zich in het eerste semester in hoofdzaak beziggehouden met het probleem van de planning van het medisch aanbod. Dit onderwerp was des te belangrijker, aangezien de AMSFr d.d. 17.05.2016 was uitgenodigd op een "voorbereidende" vergadering over de problematiek, die door de Fédération Wallonie-Bruxelles werd gehouden in de ambtswoning van haar minister-president, Dhr.

---

<sup>8</sup> Er bestaan geen wetenschappelijke studies over de veroudering van websites, maar de meeste websites worden steeds vaker geüpdatet, en op basis van de informatie waar wij over beschikken, schommelt de levensduur van een versie van een website tussen 2 en 3 jaar. De bezoeksstatistieken leiden niet tot de conclusie dat de website moet worden geactualiseerd.

Rudy DEMOTTE. Andere genodigden waren huisartsenverenigingen, de artsensyndicaten en het college van decanen.

De twee vergaderingen van het bestuurscomité stonden in het teken van de voorbereiding van deze vergadering. Om een planningsvoorstel uit te werken dat aan de realiteit op het terrein beantwoordt, riep de AMSFr de beroepsverenigingen op om aan het VBS hun beschouwingen bij het (onvolmaakte) kadaster van hun specialisme te bezorgen, en vooral dan hun inschatting over de behoefte aan specialisten, rekening houdend met de leeftijdsopbouw en het momentele aantal kandidaat-specialisten in opleiding. Vele specialismen reageerden min of meer accuraat op de vragen, wat voor sommige disciplines een echte uitdaging was. Het bestuur van de AMSFr stelde vervolgens een syntheserooster van de behoeften op, die de Franse Gemeenschap moest helpen om realistische cijfers vast te leggen voor de onder-contingentering van de medische specialismen in de loop van de volgende jaren.

Naast deze prospectieve berekeningen stelde het bestuurscomité ook een meer algemene nota op over de onder-contingentering. In deze nota wordt een aantal objectieve factoren opgesomd die in overweging moeten genomen worden:

- De algemene dichtheid van artsen in België ligt rond het Europese gemiddelde. De regionale spreiding van artsen is niet in het nadeel van Brussel of Wallonië. De leeftijdsverdeling is er echter wel minder gunstig.
- Een voltijds equivalent (VTE) arts dat vandaag in het beroepsleven stapt, heeft niet meer (behoefte aan) dezelfde werkcapaciteit als een VTE van meer gevorderde leeftijd. De vervrouwelijking van het medisch beroep is niet de enige reden.
- Een groot aantal kandidaat-specialisten zetten hun opleiding uit eigen beweging voortijdig stop.
- Sommige specialismen, vooral diegene met weinig medisch-technische prestaties, zijn onvoldoende gehonoreerd. De nomenclatuur van hun verstrekkingen moet worden opgewaardeerd om voldoende aantrekkingskracht uit te oefenen op jonge artsen.
- De hervorming van de ziekenhuisfinanciering (vermindering van ziekenhuisopnames en hun duur) en het voornemen om de taken tussen de diverse zorgverstrekkers te herverdelen, zal leiden tot een veranderde behoefte aan artsen. Op de middellange termijn dreigt er voor bepaalde specialismen een overaanbod, voor andere schaarste, ook al wordt dat door het huidige kadaster niet meteen voorspeld.

De vergadering bij de minister-president is zeer algemeen gebleven. Ze vormde voor de verschillende deelnemers de gelegenheid om een aantal problemen of wensen naar voren te brengen, zoals de financiering van de opleidingsjaren van de kandidaat-specialisten; de informatie over de beroepsmogelijkheden in de medische specialismen die binnen redelijke termijnen aan de geneeskundestudenten moet worden bezorgd; wettelijke criteria om de toenemende aanwerving van buitenlandse artsen, die de plaats van Belgische artsen innemen, aan banden te leggen; het probleem van de wachtdiensten bij sommige specialismen; de toegenomen behoefte aan het opleiden van huisartsen gezien het opzet van de federale regering om veeleer thuiszorg dan zorg in het ziekenhuis te promoten; het onthaal van een dubbele cohort gediplomeerden voor de opleiding in de huisartsgeneeskunde en in de specialistische geneeskunde in 2018... Onder al die punten benadrukte de voorzitter van de AMSFr de noodzaak om strengere voorwaarden in te voeren voor buitenlandse artsen om in België de geneeskunde te mogen uitoefenen, met de bedoeling dat onze ziekenhuizen bij voorkeur Belgische artsen aanwerven van wie we zeker zijn dat ze een kwalitatieve opleiding hebben genoten aan onze universiteiten en dat ze voldoende kennis hebben van ons systeem van gezondheidszorg.

De naar voren gebrachte problemen hebben de minister overtuigd van de noodzaak om zo snel mogelijk een taskforce op te richten, samengesteld uit de leden van de diverse vertegenwoordigde groepen. Sinds de vergadering van mei 2016 werd er geen enkel verslag ter goedkeuring aan de deelnemers voorgelegd en werden er geen vergaderingen meer gepland. De minister had nochtans met nadruk gewezen op de urgentie om een bevredigend antwoord te bieden op de aangekaarte problemen. In december 2016 stuurde de voorzitter van het college van decanen geneeskunde een herinneringsmail naar de minister, zonder antwoord tot dusver.

Het hele jaar door was de AMSFr via haar vertegenwoordigers in de organen van het centrale VBS (bestuurscomité en uitvoerend comité) betrokken bij de behandeling van de verschillende dossiers over de medische praktijk van specialisten in een omgeving waarvan de contouren grondig worden herschapen onder leiding van de zeer actieve federale minister van Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK.

In 2017 zal de Franstalige vleugel van het VBS zeker het dossier van de onder-contingentering van de medische specialismen in de Franse Gemeenschap verder volgen. De AMSFr zal zich hoogstwaarschijnlijk ook moeten buigen over het statuut van de ziekenhuisarts, dat, in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, onvermijdelijk zal worden geherdefinieerd op het vlak van vergoeding, medische praktijk, verantwoordelijkheden in het ziekenhuis, en de relatie met de beheerder en de andere zorgverstrekkers.

## 2.1.2 Activiteiten van de Artsenvereniging Vlaamse Specialisten<sup>9</sup> (AVS)

### 2.1.2.1. Erkenningsprocedure voor de artsen-specialisten in opleiding (ASO 's)

Ingevolge de 6<sup>de</sup> staatshervorming zijn sinds 1 januari 2016 de desbetreffende gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de artsen-specialisten. In een eerste fase werd in de Vlaamse Gemeenschap de bestaande federale erkenningsprocedure onverkort verder toegepast. Tegelijkertijd werd door het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap tijdens de maanden mei en juni 2016 een aantal vergaderingen georganiseerd om een specifieke Vlaamse erkenningsprocedure voor artsen-specialisten en huisartsen uit te werken. Een aantal vertegenwoordigers van het VBS die tevens voorzitter waren van de erkenningscommissie<sup>10</sup> van hun specialisme namen actief deel aan deze voorbereidende vergaderingen. Bovendien werd aan de artsenorganisaties verschillende malen de mogelijkheid geboden om schriftelijk bemerkingen te formuleren op de voorliggende teksten. Het VBS heeft actief gebruik gemaakt van deze mogelijkheid<sup>11</sup>.

De tekst die uiteindelijk voor advies werd overgemaakt aan de Raad van State houdt rekening met een aantal bemerkingen die het VBS formuleerde. Andere bemerkingen werden niet in aanmerking genomen, zoals de vaststelling dat een strikt juridische lezing van de bepaling betreffende de samenstelling van de erkenningscommissie zou kunnen leiden tot het doorbreken van de pariteit tussen de universitaire en de beroepsbank. Dit was noch de bedoeling van de administratie, noch van de universitaire bank of beroepsbank. Ook met de bemerking van het VBS dat er een mogelijke bevoegdheidsoverschrijding door de Vlaamse Gemeenschap bestaat werd geen rekening gehouden. Het besluit bepaalt immers dat de ASO bij zijn aanvraag tot erkenning ook het diploma van master in de specialistische geneeskunde van het overeenkomstige specialisme of van master in de huisartsgeneeskunde moet voorleggen. Die vereiste is een toevoeging door de Vlaamse overheid. Ze

---

<sup>9</sup> De AVS is de Vlaamse vleugel binnen het VBS.

<sup>10</sup> Dr. M. Brosens (radiotherapie), Dr. D. Devriendt (chirurgie), Dr. P. Linden (fysische geneeskunde en readaptatie), Dr. Jean-Luc Rummens (klinische biologie) en Dr. J. Van Wiemeersch (gynaecologie)

<sup>11</sup> VBS-brieven d.d. 12.07.2016 en 19.09.2016.

komt niet voor in het ministerieel besluit met de erkenningscriteria voor artsen-specialisten<sup>12</sup>, noch in het ministerieel besluit met de erkenningscriteria voor huisartsen<sup>13</sup>.

Het Vlaams ontwerpbesluit werd overgemaakt aan de Raad van State voor advies. Bij publicatie van dit besluit in het Belgisch Staatsblad zal het VBS de tekst analyseren en beslissen over eventuele stappen die zouden moeten gezet worden.

Op 14.12.2016 heeft het VBS-AVS een schrijven gericht aan alle Vlaamse decanen en de Vlaamse minister van Volksgezondheid, Jo VANDEURZEN, naar aanleiding van geruchten die circuleerden omtrent de eenzijdige beslissing van de Vlaamse faculteiten geneeskunde om vanaf 2018 het opleidingsjaar te laten ingaan op 1 oktober i.p.v. op 1 augustus zoals tot nog toe het geval is. Hierover werd geen overleg gepleegd, niet met de niet-universitaire stagemeeesters, niet binnen de erkenningscommissies. Nochtans benadrukte de NVAO<sup>14</sup> bij de visitatie over de MaNaMa nogmaals dat de samenwerking tussen de universitaire en de niet-universitaire stagemeeesters en -diensten essentieel is. Uit het antwoord van minister Jo VANDEURZEN blijkt dat de universiteiten evenmin met zijn kabinet overleg hebben gepleegd.

Op 03.01.2017 bevestigde Prof. Dr. Paul HERIJGERS, sinds 01.08.2016 decaan van de faculteit geneeskunde van de KU Leuven, schriftelijk dat deze beslissing namens alle Vlaamse decanen was getroffen. Hij gaf meerdere redenen op om deze beslissing te staven. Het verschuiven van de startdatum naar 1 oktober voor alle universiteiten zou minder problemen meebrengen voor de niet-universitaire stagemeeesters die opleiding geven aan ASO's afkomstig uit verschillende universiteiten. De nieuwe startdatum geldt voorlopig enkel voor de studenten die hun zesjarige studie beëindigen in 2018, zodat de instroom van de nieuwe ASO's bij de aanvang van de dubbele cohort (cf. punt 6) gespreid wordt over twee startmomenten. Dit zou bovendien aan de erkenningscommissie meer tijd geven om het dubbele aantal dossiers te verwerken.

Deze laatste reden lijkt alvast niet pertinent. Het goedkeuren door de erkenningscommissies van de stageplannen vindt hoofdzakelijk plaats tijdens de maanden september en oktober. Vanaf oktober, maar voornamelijk vanaf november, worden de stageboekjes van het voorbije opleidingsjaar bezorgd aan de erkenningscommissie. Het nakijken en goedkeuren ervan vormt vanaf dat moment de voornaamste activiteit van de erkenningscommissies. Met deze nieuwe startdatum zal het goedkeuren van de stageplannen tijdens de maanden oktober/november het goedkeuren van de stageboekjes doorkruisen.

Door de dubbele cohort zullen er meer kandidaten dan gebruikelijk op zoek gaan naar een stageplaats. Het is onwaarschijnlijk dat de niet-universitaire stagediensten plots het dubbele aantal plaatsen zullen beschikbaar hebben. Enerzijds zijn er financiële belemmeringen om extra ASO's op te leiden, anderzijds is het niet mogelijk zomaar het aantal ASO's te verdubbelen zonder in te boeten op de kwaliteit van de opleiding. De stagedienst moet voldoende medische activiteit kunnen aanbieden opdat de ASO's de nodige praktijkervaring kunnen verwerven.

#### **2.1.2.2. Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB)**

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) is een instelling van de Vlaamse Gemeenschap. Zij verleent adviezen van deskundigen aan de Vlaamse en federale overheden en

---

<sup>12</sup> Cf. artikel 3 en 19 van het Ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer- specialisten, stagemeeesters en stagediensten (BS 27.05.2014; Ed. 1).

<sup>13</sup> Cf. artikel 4 van het Ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen. (BS 04.03.2010; Ed. 1).

<sup>14</sup> NVAO: Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie

bevordert het wetenschappelijk onderzoek door prijzen uit te reiken. In 2016 heeft de KAGB verschillende themavergaderingen georganiseerd omtrent de opleiding van artsen.

Op 20 september 2016 namen ondergetekende en Mevr. Fanny VANDAMME deel aan het symposium 'Voorstelling van adviezen over stages en knelpuntspecialismen in geneeskunde en tandheelkunde'. De organisatoren legden het accent op de noodzaak voor de artsen om zich levenslang na te vormen en op het theoretische model van "teach the teacher". Het systeem dat door de universitaire gastsprekers uit de doeken werd gedaan leek verdacht veel op een systeem van recertificatie.

Het principe van de permanente opleiding voor stagemeeesters is verankerd in een ministerieel besluit<sup>15</sup> dat werd toegevoegd aan het ministerieel basisbesluit van 23 april 2014. Dit nieuwe MB bepaalt dat de stagemeeester jaarlijks een vorming volgt met inbegrip van een vorming in de evaluatie van de kandidaten<sup>16</sup>. Deze vorming kan door wetenschappelijke verenigingen, door beroepsverenigingen en/of door universitaire instellingen worden georganiseerd. Het bestuurscomité van het VBS heeft in zijn vergadering van 24 november 2016 beslist dat het VBS ten behoeve van de Nederlandstalige en Franstalige stagemeeesters een dergelijke vormingssessie zal organiseren.

Een van de pistes die onderzocht worden om vanaf het academie jaar 2018-2019 de dubbele cohort ASO's op te vangen betreft o.m. de stages die in het buitenland worden verricht. De KAGB wijdde haar themavergadering van 26.11.2016 aan het thema van het 'Statuut van artsen-specialisten in opleiding en klinische en wetenschappelijke academische stafleden van de universitaire ziekenhuizen bij buitenlandse verblijven'. Vanuit zuiver menselijk en wetenschappelijk oogpunt vormen deze buitenlandse stages ongetwijfeld een verrijking voor de ASO. Meester Stefaan CALLENS heeft tijdens zijn tussenkomst echter gewezen op een aantal juridische angels die kunnen opduiken voor de ASO's en waar tot op heden geen sluitende antwoorden voor zijn. Deze vergadering werd bijgewoond door Mevr. Fanny VANDAMME.

### 2.1.2.3. Belgische Vereniging voor Urologie (BVU)

Op 28.10.2016 vond in zaal 'De Schelp' van het Vlaams Parlement een studienamiddag plaats over de rol van de wetenschappelijke verenigingen in het Vlaams kwaliteitsbeleid. Dit symposium was een initiatief van de Belgische Vereniging voor Urologie (BVU).

Uit internationale ervaringen leren we dat kwaliteit meetbaar is en dat er een significant verschil is tussen wat we denken en wat we doen. Kwaliteitsverbetering is het hoogste doel. Kwaliteit wordt verbeterd door kennis te delen en mits registratie van patiëntengegevens. In het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven zijn er verschillende klinische projecten lopende: lage rugpijn, nefrocare en prospectieve registratie van oppervlakkig blaascarcinoma. De projecten komen er op vraag van de artsen en worden geleid en getrokken door artsen. De rol van de beroepsverenigingen bestaat erin de doelpopulaties en sleutelinterventies te bepalen, de internationale guidelines te vertalen naar de lokale context, deze te ondersteunen en implementatiestrategieën uit te werken. "Het zal met de artsen zijn of het zal niet zijn".

De patiëntenorganisaties maken aanspraak op kwaliteitsvolle informatie. Artsen besteden collectieve middelen en moeten bijgevolg publieke verantwoording afleggen. Patiënten beschikken doorgaans niet over de correcte kennis om onderscheid te maken tussen wat 'moet' en wat 'kan'. Er zijn te veel vage indicatoren, er bestaat overconsumptie en er circuleren nogal wat halve waarheden. Elke arts streeft naar de best mogelijke behandeling voor zijn patiënt, want tenslotte geldt: "Wij zijn de patiënt".

---

<sup>15</sup> M.B. van 13.09.2016 toegevoegd aan het MB van 23 april 2014 houdende vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (BS 19.09.2016)

<sup>16</sup> Art. 23 van dit M.B. van 13.09.2016



Minister Jo VANDEURZEN en de Vlaamse regering zijn vragende partij voor meer kwaliteitsindicatoren. Zij zijn er van overtuigd dat dit zal leiden tot best clinical practice in het kader van evidence based medicine. De verantwoordelijkheid voor het uitwerken van best clinical practice wordt bij de verschillende beroepsverenigingen gelegd. De minister is dus ook vragende partij voor het uitwerken en voorstellen van een normering voor de verschillende specialismen, zoals nu reeds bestaat voor nefrologie.

In de 6<sup>de</sup> staatshervorming is een ‘Vlaams instituut voor Kwaliteit en Zorg’ voorzien waarin een wetenschappelijke adviesraad en data-analyse moeten leiden naar een evidence-based gezondheidsbeleid. De wetenschappelijke verenigingen zullen hierin een rol spelen, maar minister VANDEURZEN heeft ook een belangrijke rol weggelegd voor patiëntenparticipatie. “Het zal met de patiënten zijn, of het zal niet zijn”.

#### 2.1.2.4. Urgentiegeneeskunde – verlenging van de overgangsmaatregelen i.v.m. de permanentie

De BeCEP en het VBS hebben de voorbije maanden meerdere malen de aandacht gevestigd van alle bevoegde overheden op de dringende noodzaak om de overgangsmaatregelen te verlengen waardoor de artsen van de 13 basisspecialismen en geriatrie die daar bij KB toe bevoegd zijn<sup>17</sup> de permanentie kunnen blijven waarnemen op de spoedgevallendiensten. Aanvankelijk had minister Maggie DE BLOCK in dit dossier een ontwerp van besluit voor advies voorgelegd aan de Raad van State. Dit ontwerp voorzag in een verlenging voor onbepaalde tijd van deze overgangsmaatregelen. De Raad van State deelde echter in een advies van juli 2016 mee dat de bevoegdheid om deze maatregel te verlengen niet meer behoort tot de federale overheid, maar tot die van de verschillende gemeenschappen. In allerijl werden de gemeenschappen d.d. 14.07.2016 door de BeCEP en het VBS schriftelijk gecontacteerd. Het is pas nadat in september een herinneringsbrief werd gericht tot de gemeenschappen dat men zich op politiek niveau bewust is geworden van de urgentie van dit dossier.

De BeCEP en het VBS werden over deze aangelegenheid, samen met een aantal vertegenwoordigers van Zorgnet-Icuro, op 12.10.2016 uitgenodigd op het kabinet van Vlaams minister Jo VANDEURZEN. De vergadering werd geleid door Dr. Wim TAMBEUR, raadgever gezondheidszorg (ziekenhuizen). Het dossier werd sindsdien reeds verschillende malen besproken op de interkabinettenwerkgroep, die een verlenging van de overgangsmaatregelen met vier jaar heeft goedgekeurd. De procedure in de Vlaamse en Franse Gemeenschap is echter van dien aard dat het onmogelijk was om deze beslissing nog tijdig – met andere woorden voor het einde van 2016 – te kunnen publiceren in het Belgisch Staatsblad, zelfs indien voor alle stadia van het wetgevend proces de hoogdringendheid zou worden ingeroepen. Om de periode tussen 01.01.2017 en de datum van de publicatie van de besluiten van de gemeenschappen in het Belgisch Staatsblad te overbruggen, wordt er gewerkt op basis van een RIZIV-omzendbrief.

#### 2.1.3 MedicaNorm

De voorbije jaren heeft het MedicaNorm-project een zeer wisselend succes gekend. Het is op een min of meer gestructureerde manier van start gegaan in 2010. In de eerste jaren werden verschillende druk bijgewoonde opleidingssessies georganiseerd voor artsenbezoekers. Deze dynamiek viel helemaal stil na het afhaken van Pharma.be. In het jaarverslag 2013 werd zelfs de vraag gesteld of 2014 de zwanenzang van het project zou inleiden. Begin 2016 flakkerde het enthousiasme even op. Het ‘Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische sector’, dat minister Maggie DE BLOCK op 27 juli 2015 afsloot met Pharma.be bepaalt immers dat de medische informateurs, die een sleutelrol spelen bij het verspreiden van informatie over geneesmiddelen bij gezondheidswerkers, moeten beschikken

---

<sup>17</sup> Art. 13§2 en 3 van het KB van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden

over een adequate opleiding<sup>18</sup>. Een bepaling die als het ware op maat geschreven was voor MedicaNorm. Het project werd op 3 februari 2016 uiteengezet aan Briec VAN DAMME, toenmalig kabinetsmedewerker van Maggie DE BLOCK, die het zou aankarten op de geplande overlegvergadering met de farmaceutische sector.

Enkele maanden na deze ontmoeting verliet Briec VAN DAMME het kabinet om zijn carrière verder te zetten in Noorwegen. Het initiatief viel stil, ook al omdat de financiële situatie de overheid er toe aanzet om in alle sectoren van de gezondheidszorg te besparen. Het werd duidelijk dat noch de farmaceutische sector noch de overheid happig zijn om verdere stappen te zetten in dit dossier. Nochtans zouden investeringen in deze opleidingen op termijn kunnen resulteren in meer adequaat gebruik van geneesmiddelen, wat toch de initiële bedoeling van MedicaNorm en van de minister is. De in 2016 geplande opleidingssessies werden afgelast wegens gebrek aan belangstelling.

#### 2.1.4 Mdeon

De algemene vergadering van Mdeon, die plaatsvond op 06.12.2016, werd gekenmerkt door het afscheid van Dhr. Richard VAN DEN BROECK, huidig voorzitter en medeoprichter van Mdeon namens het toenmalige UNAMEC, thans beMedTech. Alvorens de felicitaties in ontvangst te nemen en te worden gehuldigd met een videomontage waarin zelfs minister DE BLOCK haar sympathie uitsprak, gaf de voorzitter het activiteitenverslag van 2016.

Daaruit onthouden we de indirecte sponsoring en het Visum V1 bis, de reorganisatie en het streven naar efficiëntie van het visumbureau met de wijziging van de rechtspraak, en de transparantie met de site beTransparent.be. Tot slot onthouden we dat de organisatie financieel gezond is, waardoor het tarief van een visumaanvraag kan worden verlaagd.

De idee van de indirecte sponsoring is afkomstig uit de farmaceutische industrie en de industrie van medisch materiaal. De sponsoring wordt niet meer toegekend aan een specifieke arts, maar aan een wetenschappelijke organisatie, laboratorium of dienst, of aan een ziekenhuisinstelling. Deze organisatie moet vervolgens de sponsoring toekennen aan een arts (of apotheker, of aankoopverantwoordelijke...) van haar keuze. Het VBS heeft zich altijd verzet tegen dergelijke sponsoring. Als men immers inzet op transparantie, is het geen goed idee om het geld via de instelling over te maken, waardoor de sponsoring geanonimiseerd wordt. Bovendien hebben we vragen bij de "niet-commerciële" waarde van dit type sponsoring. De keuze van de gesponsorde persoon hangt immers af van de goodwill van de organisatie en gebeurt niet noodzakelijk met het oog op een wetenschappelijk of therapeutisch doel. We durven niet te denken wat de objectieve overwegingen van een organisatie zijn om de ene arts wel, en de andere niet, of zelfs een niet-arts te sponsoren. Zo'n transparantie lijkt op institutioneel obscurantisme.

Ook de controle instantie van het geneesmiddelenagentschap (FAGG) gaat niet akkoord met de ontwikkeling van het Visum V1 bis. Mdeon en de industrie proberen met het agentschap te onderhandelen om de indirecte sponsoring met V1 bis toch door te drukken. Mdeon steunt haar motivatie op de idee dat de sector aan autoregulering doet volgens zijn ethische code. Het FAGG heeft niet dezelfde opvatting over autoregulering.

De visumaanvragen blijven momenteel dus behouden met de formulieren V1, ingediend door een onderneming die een deelnemer sponsort, en V2, ingediend door een organisator van een wetenschappelijke bijeenkomst.

Met betrekking tot de autoregulering en de rechtspraak van de (geweigerde en toegekende) visa heeft Mdeon de geldigheid van de criteria voor het verkrijgen van de visa geperfectioneerd. Het visumbureau benadrukt het exclusief wetenschappelijk karakter op het gebied van de medische en farmaceutische

---

<sup>18</sup> Punt 3.6.2. van het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische sector.

wetenschap. Een fabrieksbezoek is in dat opzicht niet-wetenschappelijk en zal geen visum krijgen, tenzij er in dat kader een duidelijke wetenschappelijke inbreng is, zoals een symposium... Met dat doel heeft Mdeon 8 updates voorgesteld en heeft het 23 corrigerende bestanden bestudeerd, afkomstig van 19 bedrijven. Voor sprekers is een plaats in business class gesponsord als de vlucht meer dan 6 u duurt. Na advies van 2 'Key Opinion Leaders' heeft Mdeon ermee ingestemd dat de minimale vluchtduur van 6 u ook in aanmerking komt voor vluchten met overstap, op voorwaarde dat de gecumuleerde duur van de vluchten meer dan 6 u bedraagt.

Met de site betransparent.be maken Mdeon en Pharma.be de sponsoring openbaar die wordt toegekend aan de artsen die hebben ingestemd met de publicatie van die gegevens. Diegenen die hebben geweigerd zijn opgenomen in een niet-nominatieve rubriek. De publicatie over deze transparantie vormde voor de pers de aanleiding om de steun van meer dan 138,546 miljoen euro aan artsen te mediatiseren.

Het aantal visumaanvragen is licht toegenomen met 0,7 %. In het kader van haar transparante communicatie heeft Mdeon een telefoonlijn geopend waar een antwoord kan worden geboden op de talrijke vragen van artsen, farmaceutische bedrijven en organisatoren van wetenschappelijke vergaderingen. Ingevolge art. 41 ev. van de wet van 18 december 2016<sup>19</sup> houdende diverse bepalingen inzake gezondheid zal het voor de zorgverstrekkers binnenkort niet langer mogelijk zijn om zich te verzetten tegen een nominatieve publicatie van de ontvangen sponsoring.

Gezien de positieve resultaten gerealiseerd door Mdeon werd in het budget 2017 een verlaging van de prijs van de visumaanvragen voorgesteld.

#### 2.1.5 Vertegenwoordiging door Prof. Fr. HELLER: de geneesmiddelensector.

Sinds het begin 2016 bouwt Prof. Francis HELLER langzaam aan zijn activiteiten binnen de beroepsverdediging af. Alle onderwerpen die handelen over geneesmiddelen blijven hem echter boeien en hij is steeds bereid om de anderen te laten delen in zijn kennis. Zo heeft hij op 25.01.2017 nog een interview toegestaan aan een masterstudente in de biomedische wetenschappen rond ziektepreventie en de vraag 'Op welke manier kan een farmaceutisch bedrijf bijdragen tot ziektepreventie en gezondheidspromotie?'

Samen met Dr. Chantal DE GALOCSY, gastro-enterologe, zetelt Prof. Francis HELLER nog in het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Jaarlijks organiseert dit Comité 2 consensusvergaderingen die bedoeld zijn om de medische praktijk inzake geneesmiddelen in een bepaalde sector te evalueren en om aanbevelingen te formuleren voor de zorgverleners. Op verzoek van Dhr. Herman BEYERS, attaché bij het RIZIV, verspreidt het VBS oproepen onder zijn leden van de disciplines die betrokken zijn bij een welbepaalde studie om als jurylid te willen fungeren in dergelijke consensusvergadering.

Prof. Francis HELLER heeft eveneens actief meegewerkt aan de opstart en het uitwerken van het medisch farmaceutisch overleg (MFO). Dit heeft tot doel het verbeteren van de zorg geleverd aan de patiënt door het op elkaar afstemmen van de respectievelijke rol van artsen en apothekers inzake het rationeel voorschrijven, het afleveren en het veilig gebruiken van geneesmiddelen. Deze samenwerking is gesteund op lokale vergaderingen tijdens dewelke de artsen en de apothekers met elkaar in gesprek gaan rond een bepaald thema. De discussies gaan over de problemen die zich op het terrein voordoen, de mogelijke oplossingen die in overweging kunnen worden genomen en de richtlijnen die in acht moeten worden genomen om de voorgestelde oplossingen in praktijk te kunnen omzetten.

---

<sup>19</sup> BS 27.12.2016

Prof. Francis HELLER heeft zijn mandaat als VBS-vertegenwoordiger in de vzw IFEB<sup>20</sup> ter beschikking gesteld. In dit mandaat wordt hij opgevolgd door Dr Chantal DE GALOCSY.

### 2.1.6 Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen

De plenaire vergadering van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen, vanaf hier kortweg Hoge Raad genoemd, kwam het voorbije jaar 4 maal bijeen: op 28.04.2016, 23.06.2016, 27.10.2016 en 15.12.2016. Deze data betreffen steevast de tweede datum waarop de Hoge Raad wordt bijeengeroepen. Behalve de nieuwkomers in de Hoge Raad, onder wie in 2016 ook Dr. Jean-Luc DEMEERE, is iedereen er ondertussen mee vertrouwd dat de leden worden verondersteld zich te verontschuldigen voor de vergadering van de eerste meegedeelde datum, maar aanwezig te zijn op een tweede vergadering een week later, met exact dezelfde agenda, zodat dan rechtsgeldig kan gestemd worden, ongeacht het aantal aanwezige leden.

De eerste deelname van Dr. Jean-Luc DEMEERE bleef niet onopgemerkt door Prof. Jan DE MAESENEER. Die had eerst de voorzitter van de Hoge Raad, Prof. Jacques BONIVER, geschoffeerd door te eisen dat de agenda van de vergadering volledig zou omgegooid worden, zodat het dossier van de praktijkassistent als eerste zou kunnen worden besproken, en kreeg nadien een aanvaring met Dr. Jean-Luc DEMEERE. Deze laatste had immers durven voorstellen om te stemmen over het dossier van 'de praktijkassistent'. Tijdens de vergadering kwamen immers duidelijk verschillende standpunten aan het licht. Prof. DE MAESENEER stelde voor dat de praktijkassistent erkend zou worden als een nieuw paramedisch beroep. Naast de zuivere administratieve taken zouden aan de praktijkassistent ook bepaalde eenvoudige medisch-technische prestaties kunnen worden toevertrouwd, onder meer de bloedafname. Prof. DE MAESENEER verweet de verpleegkundigen en de andere paramedische beroepen een corporatistische houding, omdat ze over dit dossier al een negatief advies hadden uitgebracht respectievelijk in de Nationale Raad voor Verpleegkunde en in de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen. Ondergetekende had dit voorstel in de medische pers over de hekel gehaald. Het voorstel werd verworpen met 10 stemmen tegen, 3 onthoudingen en 7 stemmen voor.

Het voorbije werkingsjaar werkte de Hoge Raad onverdroten verder aan de actualisering van de erkenningscriteria. Tijdens de vergadering waarin de voorstellen ter advies worden voorgelegd, worden steeds een aantal vertegenwoordigers van de betrokken discipline uitgenodigd om het voorstel toe te lichten. De leden ontvangen die voorstellen elektronisch vooraf van de FOD Volksgezondheid via Sharepoint. Ze kunnen dus vóór de vergadering kritisch worden doorgenomen, zodat ter zitting punctueel kan worden tussengekomen. Frequent moet ondergetekende laten notuleren dat verkeerdelijk wordt gesteld dat "de coördinerende stagemeeester het stageplan opstelt". Dit is niet correct. Het stageplan wordt opgesteld door de arts-specialist in opleiding (ASO) zelf. Onder de stagemeeesters die voorkomen in het stageplan van de ASO wordt een coördinerende stagemeeester aangesteld. De universitaire collega's houden hardnekkig de mythe in stand dat die coördinerende stagemeeester een universitaire stagemeeester moet zijn. Juridisch is er geen enkel bezwaar dat die coördinerende rol toekomt aan een niet-universitair stagemeeester.

De voorstellen tot wijziging van de erkenningscriteria van onder meer volgende disciplines werden door de Hoge Raad positief geadviseerd: cardiologische, pneumologische en oftalmologische revalidatie; pneumologie; reumatologie; endocrinologie; radiologie en pathologische anatomie.

Wat betreft de inwendige geneeskunde en haar zusterdisciplines wordt voorzien in een 3-jarige truncus communis voor alle interne disciplines. Tijdens de 3-jarige hogere opleiding wordt dan geopteerd voor een van de interne disciplines. De disciplines die tot nu toe enkel een bijzondere beroepsbekwaamheid

---

<sup>20</sup> IFEB Instituut voor Farmaco-Epidemiologie in België. De hoofdactiviteit van het Instituut is het beheren en uitbaten van een database (IFSTAT) met gegevens betreffende de farmaceutische verstrekkingen in de Belgische apotheken die worden terugbetaald door het RIZIV.

van niveau 3 kregen, worden in het kader van deze nieuwe constructie eveneens erkend als een bijzondere beroepstitel van niveau 2. Het betreft meer bepaald de nefrologie en de endocrinologie.

Wat de psychiatrie betreft, stelde de Hoge Raad vast dat de standpunten van de beroepsvereniging en sommige universiteitsprofessoren mijlenver uit elkaar liggen. In die mate zelfs dat twee totaal verschillende en niet met elkaar verzoenbare voorstellen werden uitgewerkt en voorgelegd aan de Hoge Raad. De beroepsvereniging verdedigt het standpunt dat er best twee beroepstitels van niveau 2 zouden worden gecreëerd: enerzijds de kinder- en jeugdpsychiatrie en anderzijds de psychiatrie voor volwassenen. De academische bank houdt vast aan één beroepstitel: de psychiatrie. De Hoge Raad heeft zich uitgesproken ten voordele van het voorstel van de beroepsbank, maar wou na 'specialist in de psychiatrie' de woorden 'en psychotherapie' niet toevoegen in de titel. Psychotherapie verwijst immers naar een bepaalde therapie die inherent is aan het beroep van psychiater op zich en is er geen apart gedeelte van. De creatie van een titel niveau 3 voor de gerontopsychiatrie werd unaniem afgewezen door de Hoge Raad.

## 2.2 Internationale vertegenwoordiging

Als het regent in Europa, druppelt het in Brussel. Het is dan ook belangrijk om de nodige aandacht te schenken aan de activiteiten van de Europese medische organisaties. De beslissingen die op Europees vlak genomen worden, vinden na verloop van tijd hun uitwerking in de nationale reglementeringen. Dr. Bernard MAILLET neemt sinds vele jaren de taak op zich om het VBS, en in voorkomend geval de BVAS<sup>21</sup>, te vertegenwoordigen in de Europese artsorganisaties.

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

In 2015 besliste de nieuwe VBS-delegatie binnen de Council van de UEMS, zijnde Dr. Bernard MAILLET, head of delegation, en Dr. Jean Paul JORIS om de jaarlijkse vergadering van de Belgische vertegenwoordigers in de secties van de UEMS te organiseren in de maand maart om zo op de lentevergadering van de Council de standpunten van de Belgische vertegenwoordigers te kunnen verdedigen. Deze vergadering vond plaats op 5 maart 2015.<sup>22</sup> De uitnodigingen voor de vergadering van 2016 werden verstuurd op 4 februari 2016. De vergaderdatum werd vastgelegd op 22 maart 2016, een datum die in ons aller geheugen zal gegrift blijven. Deze vergadering zou, wegens de gruwelijke aanslagen op de luchthaven van Zaventem en de metro van Maalbeek, en ingevolge het optrekken van het dreigingsniveau naar 4, in de loop van de dag nog geannuleerd worden om onnodige verplaatsingen van en naar Brussel te vermijden. Wegens de ravage in het luchthavengebouw, die luchtverkeer van en naar Zaventem onmogelijk maakte, besliste de executieve van de UEMS op 7 april 2016 om de vergadering van de Council van 22 en 23 april 2016 af te gelasten. Het was niet verantwoord om de meer dan 100 deelnemers via de regionale luchthavens van Charleroi, Oostende en Antwerpen naar Brussel te laten afzakken. Ironisch genoeg was het de bedoeling om op deze vergadering van de Council te bespreken of het veilig genoeg was om in oktober 2016 te vergaderen in Tel Aviv. Deze vergadering zal wel degelijk doorgaan, maar dan in april 2017.

De meeste agendapunten van de afgelaste vergadering in april konden zonder veel problemen verplaatst worden naar de oktobervergadering. De rekeningen afgesloten op 31 december 2015 moesten evenwel wettelijk goedgekeurd worden uiterlijk op 30 juni 2016. Wegens de uitzonderlijke omstandigheden werd aan de lidorganisaties gevraagd in te stemmen met een alternatieve procedure voor de goedkeuring van de rekeningen. Behalve de vertegenwoordigers van de Duitse lidorganisatie,

---

<sup>21</sup> Belgische Vereniging van Artsensyndicaten

<sup>22</sup> Cf. punt 2.2.1 VBS-jaarverslag: *Verandering in statu nascendi*

die op geen enkele mailing van de UEMS reageren, stemden alle lidorganisaties ermee in om de rekening uitsluitend op basis van de financiële stukken goed te keuren. Er werd de mogelijkheid geboden aan de vertegenwoordigers van de lidorganisaties om per mail alle gewenste bijkomende informatie op te vragen. Er werd bovendien de verzekering gegeven dat ter gelegenheid van de vergadering van de Council van 20 tot 22.10.2016 alle nuttige vragen konden worden gesteld. De rekeningen afgesloten op 31.12.2015 werden, behoudens het stilzwijgen van de vertegenwoordigers van de Duitse lidorganisatie, een onthouding van België en Zweden en twee tegenstemmen, goedgekeurd.

Op 1 januari 2016 heeft Dr. Bernard MAILLET, zijn mandaat als schatbewaarder van de UEMS opgenomen en vanaf dan kon hij dus het VBS niet langer vertegenwoordigen in de Council. Het bestuurscomité van het VBS verkoos in zijn vergadering van 21 januari 2016 Dr. Marc HERMANS, bestuurslid van de beroepsvereniging psychiatrie en voorzitter van de UEMS Sectie Psychiatrie, als VBS-vertegenwoordiger in de Council van de UEMS. Tijdens de herfstvergadering van de Council werd hij verkozen tot ondervoorzitter van de UEMS. Dit mandaat verhindert echter niet dat Dr. Marc HERMANS ook een nationale lidorganisatie vertegenwoordigt. Dr. Jean Paul JORIS werd hoofd van de Belgische delegatie.

De jaarlijkse vergadering van de Belgische vertegenwoordigers in de secties vond plaats op 4 oktober 2016 ter voorbereiding van de agenda van de Council-vergadering van 20-21.10.2016. Deze herfstvergadering van de Council, die traditioneel plaatsvindt in een van de lidstaten, ging uitzonderlijk door in Brussel. De meeste hotels en vliegtuigmaatschappijen waren na de terreuraanslagen van 22 maart bereid om de gemaakte reservaties zonder veel kosten over te boeken van april naar oktober 2016.

De financiële situatie van de UEMS evolueert gunstig, maar alle problemen zijn nog niet van de baan. Tijdens de wekelijkse teleconferenties van de executieve wordt deze situatie op de voet gevolgd. De UEMS heeft definitief het idee verlaten om alle medische organisaties – waarbij in een eerste instantie gedacht werd aan CPME, FEMS e.d. – die zich op Europees niveau bezighouden met de artsen en de organisaties van de gezondheidszorg onder één dak te verenigen in het Domus Medica Europea (DME)<sup>23</sup>. Teneinde de investering te laten renderen, werd in 2016 actief gezocht naar organisaties die niet noodzakelijk gelinkt zijn aan de medische sector, die hun intrek zouden kunnen nemen in deze lokalen in het hartje van de Europese wijk. Enkele dagen na het referendum op 23 juni, waarbij het Verenigd Koninkrijk met een meerderheid van 51,9 % besliste tot de Brexit, werd een huurovereenkomst afgesloten met de Britse National Health Service. Naast de NHS hebben ook de ESR<sup>24</sup> en een organisatie die de strijd aanbindt tegen tabaksgebruik onderdak gevonden in het DME. Er blijft dus toch een verband bestaan tussen de gezondheidszorg en de bewoners van het DME.

De secties vormen de ruggengraat van de UEMS. Om de secties een grotere invloed te geven op het beleid van de UEMS werd enkele jaren geleden beslist om de vergaderingen van de secties te laten samenvallen met de vergaderingen van de Council. Op die manier kunnen de Secties en de Council elkaar beter leren kennen en kunnen ervaringen uitgewisseld worden. Dit systeem heeft echter zijn limieten bereikt en een volgende stap moet gezet worden, ondanks het feit dat de UEMS een complexe structuur is met een trage dynamiek. Van overal ter wereld blijkt echter de interesse voor de activiteiten en de rol van de UEMS. Het zou contraproductief zijn om te proberen overhaast de structuur en de werking van de UEMS om te gooien. In een specifieke werkgroep van de UEMS wordt gereflecteerd over de interne structuur. Deze werkgroep heeft het hieronder samengevatte voorstel uitgewerkt. Het zal ter stemming worden voorgelegd aan de vergadering van de Council van 27-28.04.2017 in Tel Aviv.

---

<sup>23</sup> Nijverheidsstraat 24, 1040 Brussel

<sup>24</sup> European Society for Radiology

1. De voorzitters en de secretarissen van de drie *Groupings* zullen in de toekomst worden verkozen volgens een strikt uitgewerkte procedure. De voorzitters en desgevallend de secretarissen zullen de facto leden worden van de Extended Executive met een status van observator.
2. De oprichting van een *UEMS Advisory Board*, samengesteld uit de voorzitters en de secretarissen van de *Secties*, *Multiple Joint Commissions* en *Thematic Federations*. Deze Advisory Board zal voorafgaand aan de Council vergaderen over punten waarover de Council dient te stemmen. De Enlarged Executive bepaalt samen met de voorzitters van de *Groupings* de agenda van de Council.
3. De uitkomst van de stemming in de Advisory Board zal worden meegedeeld aan de Council voorafgaand aan diens stemming over dezelfde punten. Zo de uitslag van de stemming in de Council tegengesteld is aan deze van de Advisory Board, kan de Council dienaangaande geen geldige beslissing nemen, maar dient de Enlarged Executive Committee (EEC<sup>25</sup>) een constructief consultatief traject te volgen om tot eenstemmigheid te komen op de volgende Council meeting.

De onderwerpen m.b.t. het zogenaamde 'chapter VI', met andere woorden onderwerpen in relatie tot de opleiding, en het UEMS Charter over specialisatie, werden tot voor kort goedgekeurd door de Council. In de toekomst zullen deze 'European Training Requirements' (ETR), zoals de opleidingscriteria nu worden genoemd, een belangrijke rol gaan spelen, wanneer bij de volgende herziening van de Europese richtlijn over de wederzijdse erkenning van beroepskwalificaties de competenties als criterium zullen worden opgenomen en de ETR's zullen worden gebruikt om deze competenties uit te drukken. Daarom is het noodzakelijk dat een groep collega's de ETR's op een meer systematische manier bestudeert en er opmerkingen over maakt, zodat ze meer waarde krijgen. Daartoe zal een 'ETR Reviewing Committee' worden opgericht, dat zal worden aangesteld op voordracht door de Executieve van de UEMS door leden van de UEMS Council en Secties voor een hernieuwbare termijn van twee jaar.

Tijdens de herfstvergadering van de Council werden de opleidingscriteria voor de volgende specialismen goedgekeurd: inwendige geneeskunde, neurologie, laboratoriumgeneeskunde (Laboratory Medicine).

Binnen de UEMS-structuur vormen de CESMA<sup>26</sup> en de EACCME<sup>27</sup> ongetwijfeld de twee paradepaardjes.

### 2.2.2 Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA)

De **CESMA** is een adviesorgaan van de UEMS dat in 2007 werd opgericht om aanbevelingen en advies te verstrekken over de inrichting van examens voor medisch specialisten op Europees vlak.

Haar belangrijkste taak is:

- de harmonisatie van de boardevaluaties op Europees niveau te bevorderen
- richtlijnen te verstrekken aan de Boards over het verloop van evaluaties
- de invoering van boardevaluaties te promoten als kwaliteitslabel
- een alternatief aan te bieden voor nationale evaluaties

In 2016 vergaderde de CESMA tweemaal. Een eerste vergadering vond op 6-7 mei 2016 plaats in Boekarest (Roemenië). Bij deze gelegenheid werden eveneens contacten gelegd met de top van het Roemeense Ministerie van Gezondheid. Een tweede vergadering vond plaats in Brussel op 2-3 december 2016 in het DME. De workshops waren gewijd aan de organisatie van examens, de logistiek en hoe het idealiter zou moeten.

<sup>25</sup> EEC Enlarged Executive Committee, d.w.z. EC (voorzitter, secretaris-generaal en penningmeester) + 4 ondervoorzitters

<sup>26</sup> Council for European Specialty Medical Assessment

<sup>27</sup> EACCME : European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Uit de discussies tijdens de jaarlijkse vergadering van de Belgische vertegenwoordigers in de secties van de UEMS blijkt dat de nood aan informatie van de secties omtrent de organisatie van de examens heel groot is. Het zou nuttig zijn dat algemene richtlijnen worden geformuleerd zodat een meer gestroomlijnde aanpak mogelijk wordt. Tot nu toe hanteert iedere sectie haar eigen regels. Er moet een centraal antwoord komen op de vraag wie aan dit examen mag deelnemen. Staat dit examen enkel open voor de artsen die hun opleiding genoten hebben in Europa, of ook voor niet-Europeanen? Aan welke voorwaarden moeten de deelnemers in dit geval beantwoorden? Er moet vermeden worden dat artsen die niet kunnen aantonen dat zij een opleiding hebben gevolgd die kwalitatief beantwoordt aan de in Europa geldende standaarden kunnen deelnemen aan het Europese examen om aldus op een onrechtstreekse manier toegang te kunnen krijgen tot de Europese markt. Aan welke minimale kwaliteitsvereisten moeten de examens georganiseerd door de Secties beantwoorden?

Het Europese examen heeft tot op heden geen wettelijke erkenning. Wel is het zo dat een aantal kleinere Europese landen, die niet over de financiële mogelijkheden beschikken om zelf opleidingen en examens te organiseren, het succesvol afleggen van het Europese examen opgenomen hebben in hun nationale criteria. In Roemenië werd het slagen in het Europese examen in anesthesie en intensieve zorg recentelijk erkend als een verplicht onderdeel voor het behalen van de erkenning in deze discipline. Een aantal andere disciplines, waaronder de chirurgie, staan op het punt om dezelfde weg te volgen.

De organisatie van het Europese examen door de Sectie Orthopedie kent een dermate groot succes dat het in de toekomst moeilijk wordt om deze examens centraal te blijven organiseren. De sectie overweegt om een gedecentraliseerd systeem uit te werken, waarbij moet worden toegezien dat de kwaliteit van het examen wordt gewaarborgd.

2017 zal voor CESMA een feestjaar worden, aangezien de Glasgow Declaration, die de grondslag vormt van de organisatie, tien jaar bestaat.

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

UEMS-EACCME® vatte haar activiteiten aan in januari 2000 met de wederzijdse erkenning van accreditering van internationale medische navormingsactiviteiten over de hele EU en op internationaal vlak voor educatieve live-evenementen. Dat doet ze door Europese Continuing Medical Education credits (ECMEC's) toe te kennen aan individuele artsen-specialisten. Op die manier bevordert ze de erkenning en uitwisseling van CME credits tussen alle Europese landen.

EACCME is een vlaggenschip van het UEMS-project. Het is de dominante accrediteringsinstantie in Europa en de EACCME-inkomsten stellen de UEMS in staat te investeren in belangrijke projecten. De beslissing om EACCME-procedures te verbeteren werd ingegeven door de commentaren die men kreeg vanuit de UEMS en van de partners. Stakeholders drongen er bij de UEMS op aan om sneller, efficiënter en gebruiksvriendelijker te zijn, alsook om met meer elementen rekening te houden en open te staan voor erkenning.

De fundamentele nieuwe elementen van EACCME 2.0 worden hieronder in de schijnwerpers gezet. Deze wijziging werd goedgekeurd in de Council-vergadering in oktober in Brussel.

- De hele procedure aanvraag-review-accreditatie zal veel sneller en veel efficiënter verlopen.
- De EACCME-procedure zal worden ondersteund door een gloednieuw IT-platform, dat afgestemd is op de noden en in overeenstemming zal zijn met de complexiteit van het project.
- Het accreditatieportfolio zal uitgebreid worden om een veel breder spectrum van educatief materiaal te bestrijken, dat weergeeft hoe specialistische medische vorming in de moderne wereld wordt verstrekt.



- Invoering van het concept van 'Trusted Providers'. Voor deze aanbieders zal de procedure aanvraag-review-accreditatie even robuust zijn als tevoren, maar veel sneller verlopen.
- Uitbreiding van het proces van erkenning van Continuing Medical Education - Continuing Professional Development- activiteiten (CME-CPD) naar andere initiatieven, naast live-evenementen en e-learning-materiaal.
- Invoering van een kwaliteitscontroleprocedure voor geaccrediteerde evenementen om ervoor te zorgen dat wat er "op papier" is voorgelegd aan EACCME, ook datgene is wat werkelijk wordt aangeboden wanneer het evenement plaatsvindt (live evenementen) of wordt uitgezonden (e-learning-materiaal).
- Uitbreiding van het systeem naar andere gezondheidsberoepen door in deze beroepen op zoek te gaan naar partners om er afspraken over samenwerking mee te maken en op die manier de EACCME-koepel verder te verstevigen.

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

De FEMS organiseerde in 2016 twee vergaderingen. De eerste op 6-7 mei 2016 in het Turkse deel van Cyprus en de tweede op 7-8 oktober 2016 in Boekarest.

Het aanwezigheidsquorum werd tijdens de lentevergadering niet bereikt, waardoor er formeel geen beslissingen konden worden genomen. De redenen voor deze lage opkomst van deelnemers was van velerlei aard. Enerzijds was de vluchtverbinding niet evident, anderzijds lieten sommige deelnemers zich, in de context van de Turks-Griekse Cypriotische kwestie, uit politieke overwegingen verontschuldigen. Het VBS was niet aanwezig. De FEMS-vergadering viel immers samen met de vergadering van de CESMA, waar Dr. Bernard MAILLET België vertegenwoordigde.

De corebusiness van de FEMS betreft hoofdzakelijk de werkvoorwaarden, vergoedingen en werktijd van gesalarieerde artsen. De activiteitthema's verschillen dan ook duidelijk van deze van de andere Europese artsenorganisaties. De samenstelling van de delegaties van de deelnemende lidorganisaties zijn helemaal anders dan deze van de andere artsenorganisaties. Dit laat een volledig ander specifiek netwerkgebeuren toe.

Tijdens de herfstvergadering werd een symposium georganiseerd over de organisatie van de gezondheidszorg in Oost-Europa. De verschillen met de West-Europese gezondheidszorg zijn schrijnend. Dat zal in de komende jaren ongetwijfeld nog zo blijven. Terwijl in West-Europa ongeveer 8 procent van het bruto binnenlands product wordt besteed aan gezondheidszorg, is dat in Oost-Europa maar 2 tot 3 procent, terwijl het BBP in die landen sowieso al veel lager is dan dat van de West-Europese landen.

In 2016 vond geen gemeenschappelijke vergadering van FEMS en AEMH<sup>28</sup> plaats, zoals dat in 2015 wel het geval was. Er werd evenwel beslist om dit experiment te herhalen in 2017. BVAS is de Belgische lidorganisatie van de AEMH.

Tijdens de herfstvergadering lieten sommige lidorganisaties een kritische stem horen. Er werd het FEMS een gebrek aan langetermijnstrategie verweten. Tijdens de recentste vergaderingen beperkte het FEMS-bestuur zich hoofdzakelijk tot het louter informatie verstrekken over activiteiten georganiseerd door de andere Europese artsenorganisaties en de standpunten die ze innemen. Het bestuur van het FEMS werd uitgenodigd om tegen de lentevergadering een strategisch plan op lange termijn uit te werken.

---

<sup>28</sup> AEMH: Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Hospital Physicians

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

Ondanks de terroristische aanslagen van 22 maart 2016 besloot de CPME om haar vergadering gepland op 08-09.04.2016 gewoon te laten doorgaan. Er waren echter duidelijk minder afgevaardigden aanwezig. De meeste lidorganisaties hadden slechts een heel beperkte delegatie afgevaardigd. De herfstvergadering vond plaats op 17-19 november in Tel Aviv (Israël).

Binnen de CPME zijn veel themagerichte werkgroepen actief die commentaren leveren op standpunten die geformuleerd werden door de Europese Commissie. De dossiers omtrent gezondheidszorg staan in de huidige politieke context van de vluchtelingencrisis en de Brexit niet hoog op de agenda van de Europese Commissie. Dit laat zich ook voelen bij de opmaak van de agenda van de CPME.

De werkgroep vergadering 'eHealth' werd voorgezeten door Dr. Bernard MAILLET, vicevoorzitter van de CPME. Er werd gedebatteerd over de guidelines voorgesteld door de Europese Commissie naar aanleiding van de 'Green Paper on mobile health (mHealth)'. In het verlengde hiervan werd ook gediscussieerd over de veiligheidsmaatregelen die in acht moeten genomen worden voor de opslag van medische data en de bescherming van de privacy van de patiënt.

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) is de nationale lidorganisatie van de CPME<sup>29</sup>. De delegatie werd verdeeld tussen vertegenwoordigers van de BVAS en de Orde van Artsen. Deze laatste heeft echter besloten om zich te concentreren op de World Medical Association (WMA) en niet meer deel te nemen aan Europese medische organisaties. Hier ligt misschien een kans voor het VBS om op een meer prominente en actievere wijze deel te nemen aan de activiteiten van de CPME.

## 2.2.6 European Forum of Medical Associations (EFMA) en World Medical Association (WMA)

In het verleden was België via Dr. Bernard MAILLET ook actief aanwezig bij de vergaderingen van de European Forum of Medical Associations (EFMA) en de World Medical Association - Association Médicale Mondiale (WMA-AMM), maar in 2016 was dat niet het geval.

Wat EFMA betreft, werd besloten dat er geen directe belangstelling meer was voor deze organisatie die initieel tot doel had de integratie van de zogenaamde Oostbloklanden in de Europese Unie te vergemakkelijken. Dit was nuttig toen Polen, Hongarije, Tsjechië, Slowakije en Slovenië in 2014 de stap zetten om de EU te vervoegen, maar de kans is veeleer klein dat de overige Oost-Europese landen, zoals Oezbekistan, Armenië of Georgië bijvoorbeeld binnenkort hun kandidatuur zullen indienen voor het lidmaatschap van de EU. De gesprekken met die landen blijven interessant, maar het nut ervan is beperkt en daarom werd besloten momenteel de vergaderingen niet meer bij te wonen.

De vergaderingen van de WMA werden in 2016 georganiseerd in ver afgelegen landen, die dan nog meestal moeilijk bereikbaar waren. Dr. Vincent LAMY woonde deze bij in naam van BVAS-ABSyM. In 2017 zullen de vergaderingen plaatsvinden in Riga (Estland) of Reykjavik (IJsland) of in Chicago (USA) en mogelijk zal de Belgische delegatie dan opnieuw groter zijn.

---

<sup>29</sup> Het VBS is vertegenwoordigd in de CPME via de BVAS. 10 % van de lidgeldbijdrage aan de CPME wordt ten laste genomen door het VBS.

## 3 Ziekenhuisfinanciering

### 3.1 Rapport KCE 277<sup>30</sup> en nota van de minister m.b.t. de ziekenhuisnetwerken<sup>31</sup>

Leve de ziekenhuisnetwerken en ziekenhuisbeheerders! Leve de billijke en gefundeerde politieke beslissingen!

De principes van de hervorming zijn lovenswaardig. Dichter bij de patiënt, efficiënter, economischer: de 25 locoregionale ziekenhuisnetwerken zullen ervoor zorgen dat de vraag in het gezondheidssysteem beter wordt beheerd en dat de middelen beter worden ingezet. Het ideale systeem, dus. Een tweede netwerk van zorg waarvoor een bijzondere bekwaamheid vereist is, een supraregionaal netwerk, zal het mogelijk maken de complexere pathologieën en de middelen om ze te behandelen samen te brengen. Tot slot is er een academisch netwerk, voor transplantaties, genetische aandoeningen en zeldzame kankers. Een manager bij bpost zou het net zo gedaan hebben.

Dit is een perfect managementmodel, dat vertrekt van het onbestaande, en een complete herstructurering van het systeem van de ziekenhuiszorg mogelijk maakt. Vanuit het niets kan men een ideaal systeem voor het ziekenhuisaanbod opbouwen. Het probleem is echter dat men vertrekt van iets wat al bestaat. De huidige structuur van het ziekenhuisaanbod, de erkenning van diensten en zorgprogramma's per ziekenhuis bestaan. Het bestaande systeem garandeert de therapeutische vrijheid voor patiënt en arts. Financiering wordt toegekend per instelling, per ziekenhuis, en de betaling van de arts geschiedt via een nomenclatuur van verstrekkingen. Met deze honoraria worden ook de ziekenhuizen voor een deel gefinancierd.

Eerste wijziging: de financiering en erkenning worden toegekend aan het netwerk. Om te kunnen bestaan, telt een netwerk minstens twee ziekenhuizen, in hetzelfde territoriale gebied of zorgzone met een bevolking van 400.000 à 500.000 inwoners. In elk van die regio's zal de overheid de zorgbehoeften omschrijven en locoregionale zorgopdrachten vastleggen. De federale overheid zal de financiële middelen en de zware apparatuur ter beschikking stellen om de goede werking van de netwerken te verzekeren. De erkenningen en controle zijn echter de bevoegdheid van de deelstaten, die de activiteiten, zorgprogramma's, middelen en zware toestellen onder de netwerken zullen verdelen. Het individuele ziekenhuis verdwijnt als zorgentiteit en wordt ingelijfd bij een locoregionaal of supraregionaal netwerk.

Tweede wijziging: de rechtspersoon, die het ziekenhuis is, verdwijnt. In de plaats wordt een nieuwe rechtspersoon gecreëerd: het netwerk. In afwachting van deze nieuwe rechtspersoonlijkheid worden de ziekenhuisbeheerders verzocht om de locoregionale zorgnetwerken op te richten. Men heeft het niet over ziekenhuisassociaties, -fusies of groepen; men heeft het over netwerken, die vandaag juridisch nog niet bestaan.

Om die netwerken op te richten, worden de artsen, met inachtneming van de geldende wetgeving, geraadpleegd en geven ze een advies via de medische raad. Overeenkomstig de ziekenhuiswet is dat echter geen verzaamd advies en hoeft de beheerder het niet te volgen. De beheerder neemt het in overweging en beslist alleen. Doordat de huidige wetgeving niet is aangepast, vormt het ziekenhuisnetwerk een juridische leemte die zal worden opgevuld door de bestaande rechtspersonen, namelijk de OCMW's, vzw's, provincies, publiek-private samenwerkingen en andere rechtsvormen.

Al die rechtspersonen zullen hun middelen moeten afstaan aan een netwerk, maar doordat ze ook passiva hebben, zoals leningen, afschrijvingen en schulden, moet de nieuwe rechtspersoon – het netwerk dus – in principe het actief en passief van alle ziekenhuizen overnemen. Als het ziekenhuis bovendien juridisch verdwijnt, zal de contractuele band tussen de arts en het ziekenhuis naar het netwerk verschuiven. De beheerder van het netwerk wordt de werkgever van het personeel. Als klap

<sup>30</sup> Governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen. KCE Reports 277A. 16.12.2016.

<sup>31</sup> Klinische ziekenhuisnetwerken. Conceptnota in het kader van de ziekenhuishervorming. Minister De Block; 20.12.2016.

op de vuurpijl zullen sommige ziekenhuizen moeten sluiten. Het sociaal passief van die sluitingen zal niet te onderschatten zijn, zelfs als sommige ziekenhuizen worden omgevormd tot rust en verzorgingstehuizen (RVT 's) of zorghotels.

Tot slot zullen al deze herstructureringen moeten worden erkend door de deelstaten zonder dat er daaromtrent momenteel een juridisch kader bestaat. Voor de juristen zal dit een aanzienlijk werk worden en, zoals zo vaak in België, zal dit werk meer dan eens aanleiding vormen tot bezwaarschriften bij de Raad van State of rechtbanken. Het is nogal bizar dat men de ziekenhuisbeheerders vraagt om vanaf nul deze netwerken te creëren, terwijl het juridisch kader vandaag 4 februari 2017 nog niet bestaat.

Derde wijziging: de therapeutische vrijheid. De activiteit van de zorginstelling wordt van tevoren bepaald door de zorgopdrachten van het locoregionale en supraregionale niveau. Per netwerk zijn er zorgopdrachten. En geen enkele zorginstelling zal alles kunnen doen. Bepaalde activiteiten of ziekenhuisfuncties zullen in één enkele vestigingsplaats van het netwerk moeten worden samengebracht. Het concept van het algemeen ziekenhuis verdwijnt. Het is heel eenvoudig: de netwerkbeheerder zal een specifieke activiteit in één instelling moeten concentreren en deze activiteit in de andere ziekenhuizen schrappen. De artsen die in het ziekenhuis met de specifieke activiteit werken, kunnen er in principe blijven, hoewel sommigen dreigen uitgerangeerd te worden. De artsen van de andere ziekenhuizen die ingeschakeld waren in deze activiteit zullen worden overgeplaatst of vergeten. Efficiëntie is niet gebaat bij al te veel artsen. De numerus clausus dreigt nog noodzakelijker te worden!

Voor de patiënt zou goede informatie moeten volstaan om te weten waar hij naartoe moet. Theoretisch behoudt hij zijn keuzevrijheid. In de tekst lezen we echter dat de overgangsgebieden tussen de zorgzones problemen kunnen opleveren, omdat moet vermeden worden dat er dubbel wordt geteld bij het vastleggen van de zones van 400.000 à 500.000 inwoners. Als we de tekst anders lezen, betekent dit dat de patiënt verondersteld wordt de instelling van zijn geografische zone te bezoeken. Aangezien de instelling een schakel wordt in de locoregionale zorgketen, wordt de patiënt gevraagd om in zijn zorgzone te blijven. Voor complexe zorg zijn er supraregionale referentiecentra.

Voor elke complexe pathologie zal een netwerk een contract moeten afsluiten met een supraregionaal netwerk. Er zullen minder supraregionale netwerken zijn dan de 25 locoregionale netwerken. Een locoregionaal netwerk kan dus zijn patiënten naar meerdere supraregionale netwerken verwijzen, naargelang de pathologie. De gewone arts zal de contracten en akkoorden tussen de twee netwerken – het locoregionale en het supraregionale – moeten respecteren. Deze arts is verantwoordelijk voor zijn patiënt en geniet volgens de bestaande ziekenhuiswet therapeutische vrijheid. De beheerder mag hier niet in tussenkomen. Morgen zal de netwerkbeheerder de contracten tekenen na gewoon advies van de medische raad en kiest hij het supraregionale centrum.

Het huidige model wordt vervangen door het bpost-model. Net zoals in de post komen de klanten voor de instelling en de diensten die men er krijgt. De privégeneeskunde bestaat niet meer. Er is het systeem en de klant-patiënt past er zich aan aan. Net zoals bij bpost zullen de vakbonden er het hunne over te zeggen hebben. De artsen zullen een advies verstrekken en de ziekenhuisbeheerder zal kunnen kiezen wat hij ermee doet. Net zoals bij bpost zal men besparingen doorvoeren en moet de efficiëntie naar omhoog, ook al betekent dat dat de post dan later, onregelmatiger of helemaal niet meer komt. De patiënt zal zijn zorgaanbod beperkt zien, met kans op wachtlijsten.

Merkwaardig genoeg doet dit systeem aan de NHS denken, al kan het er niet mee vergeleken worden: de meeste Belgische artsen zijn (nog) niet loontrekkend en privénetwerken of medische zorg buiten het sociale zekerheidssysteem bestaan hier (nog) niet. Daar durft zelfs een liberale minister van Sociale Zekerheid en Volksgezondheid niet aan te beginnen.

## 3.2 Ziekenhuishervorming in economisch perspectief

### 3.2.1 Economische prognose

Economische prognose: in 2017 zal opnieuw worden aangeknoopt met groei, weliswaar beperkt tot 1,2 %, maar gekenmerkt door een beperking van de toename van de sociale en medische voordelen om het concurrentievermogen t.o.v. de buurlanden te vrijwaren.

Als we de analisten mogen geloven, hebben de aanzienlijke besparingen in de gezondheidszorg bijgedragen aan de vertraging van de inflatie en een matige stijging van de prijzen in de dienstensector, wat goed nieuws is voor hen. Deze besparingen passen in een logica van vermindering van de overheidsuitgaven opgelegd door de Europese Unie, die eist dat de tekorten op de overheidsbegrotingen onder de 3 % worden gebracht<sup>32</sup>. Deze budgettaire beperkingen knagen ietwat aan de economische groei, die normaal gezien iets lager zal zijn dan door de regering voorspeld toen ze in de loop van het boekjaar 2016 haar begroting opmaakte<sup>33</sup>. De vermindering van de overheidsuitgaven, met inbegrip van de uitgaven voor de gezondheidszorg, heeft een negatief effect op de vraag, en is verantwoordelijk voor de daling van de investeringen, zowel in de publieke<sup>34</sup> als in de private sector.

Ondanks de indexsprong in 2016 is de particuliere consumptie de belangrijkste motor van de economische groei, geruggensteund door een zich handhavende arbeidsmarkt, en een hernieuwd vertrouwen van ondernemingen en huishoudens.

### 3.2.2 Naar een versnelling van de economische groei?

De meest optimistische economen verwachten momenteel een economische groei van 1,5 % in 2017<sup>35</sup>, terwijl de Nationale Bank een groei van 1,4 % in het vooruitzicht heeft gesteld, en de OESO en de Europese Unie zich zeer voorzichtig tonen met een groeiverwachting van niet meer dan 1,3 %<sup>36</sup>. Deze verschillen lijken onbetekenend, maar zijn dat niet als men weet dat 0,1 % van het BBP overeenkomt met 415 miljoen euro<sup>37</sup>.

Doordat de economische groei bescheiden blijft en de Belgische werknemers een lagere productiviteit laten optekenen, hebben de beleidsmakers weinig manoeuvreerruimte om de consumptie of de overheidsinvesteringen aan te zwengelen. Ons land zal desondanks van de conjunctuurverbetering op wereldvlak profiteren, hoewel er grote onzekerheden blijven:

- de situatie van de opkomende economieën wordt verzwakt door de huidige lage kosten van grondstoffen<sup>38</sup>,

---

<sup>32</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/countries/belgium\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/countries/belgium_en.htm) De regering heeft zich er overeenkomstig de prognoses toe verbonden om het overheidstekort, dat 3 % bedroeg in 2016, tot 2,3 % terug te brengen in 2017, aldus de Europese Commissie, die vele aanbevelingen heeft gedaan, onder meer om het loonverschil met de buurlanden te behouden, wat impliceert dat er nog andere inspanningen zullen nodig zijn, aangezien de groei slechts 1,2 % zal bedragen.

<sup>33</sup> Het afgelopen jaar verwachtten de experts een economische groei van meer dan 1,3 %. Dat cijfer zal uiteindelijk lager uitvallen. De definitieve groeicijfers zullen pas in de loop van de volgende weken bekend zijn, maar deskundigen zijn van mening dat de groei ongeveer 1,2 % van het bruto binnenlands product zal bedragen.

<sup>34</sup> [https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social\\_Profit/Persbericht\\_%20MAHA\\_2016.pdf](https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/Persbericht_%20MAHA_2016.pdf): volgens de MAHA-studie is de ziekenhuissector blijven investeren in 2015, voor een bedrag van niet minder dan € 1,4 miljard. Dat vergroot zijn schuldgraad en ondermijnt verder zijn financiële situatie, terwijl alle andere factoren gelijk blijven, behalve de zuiver baremieke loonkostevoluitie van het administratief en verplegend personeel.

<sup>35</sup> De economische prognose is optimistischer dan die van de IRES (Institut de Recherches Economiques et Sociales van de UCL) [http://www.regards-economiques.be/images/reco-pdf/reco\\_168.pdf](http://www.regards-economiques.be/images/reco-pdf/reco_168.pdf)

<sup>36</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016_h1.pdf): p.12: de Belgische groei zal in elk geval lager uitvallen dan in de eurozone, waar ze volgens de schattingen 1,7 % zal bedragen.

<sup>37</sup> Schattingen op basis van de statistieken van de Nationale Bank: <http://stat.nbb.be/Index.aspx?DataSetCode=QNA&lang=nl>

<sup>38</sup> Een te grote stijging van de aardolieprijs zou dan weer het prille economische herstel kunnen bemoeilijken.

- China gaat langzaam maar zeker in de richting van een economische vertraging die groter dan verwacht zou kunnen zijn,
- Theresa MAY, de nieuwe Britse premier, heeft beloofd de Brexit uit te voeren<sup>39</sup>,
- met Donald TRUMP is er een nieuwe Amerikaanse president. Naast zijn belofte om de Obamacare<sup>40</sup> te ontmantelen en te vervangen door de 'Trump doesn't care', zal de nieuwe Republikeinse regering waarschijnlijk protectionistische maatregelen uitvaardigen, en tegelijkertijd een expansionistisch budgettaire beleid voeren, wat overigens de euforie op de beurzen in de VS verklaart, waar de economie momenteel op volle toeren draait.

In België zal het herstel echter lager uitvallen dan dat in de andere ontwikkelde economieën, als gevolg van zwakke overheidsinvesteringen<sup>41</sup>, de productiviteit die niet verbetert en de hoge werkloosheid van de laagst opgeleiden. De fiscale heffingen moeten nog verder worden verlaagd tot minstens op het niveau van de buurlanden, omdat ze nog steeds tot de hoogste in de ontwikkelde landen behoren.<sup>42</sup>

Er mag dan wel geen direct verband zijn tussen deze macro-economische bevindingen en de kosten van de gezondheidszorg, een belastingvermindering in de ruime zin houdt een verlaging in van de sociale bijdragen, die ons gezondheidszorgsysteem financieren, en beperkt de mogelijkheden om het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen ( het "BFM") te laten evolueren.

Volgens de OESO zou de economische sector die verband houdt met de gezondheidszorg (niet de ziekenhuissector in de strikte zin) 10,4 % van het Belgische BBP uitmaken<sup>43</sup>. De sector stelt ook 652.900 mensen te werk in 2014; dat is ongeveer 14,5 % van de actieve Belgische beroepsbevolking<sup>44</sup>. Zelfs als de bijdrage van de patiënt ("out-of-pocket") in België (22 %) hoger is dan in de meeste buurlanden, dan nog worden de uitgaven voor de gezondheidszorg voornamelijk gefinancierd door de federale staat, die de groei van de uitgaven van de sociale zekerheid wil temperen "door een reeks maatregelen die onder meer het verloop van de kosten voor gezondheidszorg moeten afremmen".<sup>45</sup>

### 3.2.3 Nog meer besparingen?

Voortzetting van het plan voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering: nog meer besparingen, terwijl het financiële evenwicht van het zorgsysteem precair is

De beheersing van de overheidsuitgaven is, net zoals het na uitvoerige analyses invoeren van hervormingen die door trial and error vorderen, een wezenlijk kenmerk van een liberaal beleid en, arts of niet, het moge duidelijk zijn dat minister Maggie DE BLOCK niet gearzeld heeft om de eerder genomen maatregelen met het oog op een vermindering van de kosten van de gezondheidszorg uit te breiden, en om de stijging van de kosten van de geneeskundige verstrekkingen te beperken. Helaas vormen, van de weersomstuit, de besparingen bij de artsen een bedreiging voor de financiële situatie

<sup>39</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016_h1.pdf): Op dit moment zijn de economen van mening dat de financieel-economische gevolgen van de Brexit moeilijk te voorspellen zijn. Bij de Nationale Bank van België verwacht men echter wel degelijk negatieve effecten voor België: "België is, na Ierland, in het eurogebied overigens het meest kwetsbaar voor een groeivertraging in het verenigd Koninkrijk".

<sup>40</sup> De 'Patient Protection and Affordable Care Act' heeft 20 miljoen Amerikanen in staat gesteld om een gezondheidsverzekering te onderschrijven. Vele republikeinen beschouwen de realisatie van deze maatregel als een ontsporing van de privésector van de gezondheidszorgverzekeringen.

<sup>41</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016_h1.pdf): de overheidsinvesteringen zouden in 2018 naar verwachting stijgen in de aanloop naar de gemeenteraadsverkiezingen.

<sup>42</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2016\\_autumn\\_forecast\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2016_autumn_forecast_en.htm): de groei in de eurozone bedraagt 1,7 % voor het jaar 2017.

<sup>43</sup> Zie [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) voor de statistieken afkomstig van de databank van de OESO.

<sup>44</sup> [http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid\\_leven/werk/absoluut/](http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid_leven/werk/absoluut/): de totale tewerkgestelde bevolking in België bedraagt 4.499.293 personen.

<sup>45</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/ecotijdiii2016_h1.pdf) :p. 10

van de ziekenhuizen, die zich geconfronteerd zien met de baremaverhogingen van het administratief en verplegend personeel, en die als gevolg van de niet-toekenning van de index nog een vorm van financiering zien wegvallen, namelijk het door de artsen afgedragen deel van de index<sup>46</sup>. Deze hervormingen, die vanuit macro-economisch oogpunt te rechtvaardigen zijn, worden systematisch doorgevoerd en hebben niet alleen gevolgen voor de artsen, maar veroorzaken ongenoegen in de hele sector, ondanks de duidelijk getoonde bereidheid tot dialoog met alle betrokken partijen.

Tegelijkertijd gaat de minister door met de uitvoering van haar plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Dit zeer ambitieuze hervormingsplan, dat als proefproject werd opgestart op 24 april 2015, zal worden voortgezet in 2017. De minister van Volksgezondheid selecteerde zeven specifieke proefprojecten om de verblijfsduur in het ziekenhuis te verminderen na een bevalling<sup>47</sup> en ze heeft begin 2017 een proefproject gestart rond thuishospitalisatie: de Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT).

In het kader van haar plan voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering wil de minister 25 netwerken oprichten die elk tussen de 400.000 en 500.000 inwoners omspannen. De opsplitsing in netwerken zal leiden tot een herstructurering van het ziekenhuislandschap. De minister meent dat ze minstens € 92 miljoen extra besparingen zal kunnen realiseren, terwijl het BFM in 2017 werd vastgesteld op € 7,629 miljard en de sociale situatie nogal gespannen is in de non-profitsector.

Deze besparingsmaatregelen, die bovenop andere bezuinigingsmaatregelen voor de ziekenhuizen komen (besparingen op het BFM), vergroten de kans dat de financiële situatie van de ziekenhuizen verder verslechtert, terwijl de resultaten volgens de laatste MAHA-studie al niet briljant zijn. De eenvoudige afschaffing van de indexering betekent dat er in 2017 geen reële groeinorm van de honoraria is, wat de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen ongetwijfeld nog verder zal verzwakken.

### 3.2.4 Ziekenhuizen in het rood

32 algemene ziekenhuizen hebben een negatief operationeel resultaat!

Op 26 september jl. stelde Belfius de geconsolideerde resultaten van de 91 Belgische algemene ziekenhuizen (met uitzondering van de academische en psychiatrische ziekenhuizen) voor in de 22<sup>ste</sup> uitgave van de MAHA-studie<sup>48</sup>. De MAHA-studie maakt een onderscheid tussen de resultaten van de publieke en de privéziekenhuizen, maar maakt geen regionale opsplitsing in haar publieke presentatie. De studie toont aan dat de 91 algemene ziekenhuizen een geconsolideerd bedrijfsresultaat van 106 miljoen euro realiseren – een positief resultaat dat volgens de geruchten vooral in Vlaanderen en het Brussels Gewest zou gerealiseerd zijn – terwijl minister DE BLOCK een bijkomende besparing op het BFM heeft doorgevoerd van 92 miljoen euro. Door de band genomen is het volledige bedrijfsresultaat toe te schrijven aan de privéziekenhuizen. De openbare ziekenhuizen bereiken geconsolideerd net een budgettair evenwicht. Het spreekt voor zich dat de ziekenhuisbeheerders beducht zijn voor de geplande hervormingen, die, vooral in de 32 ziekenhuizen met een negatief bedrijfsresultaat behoorlijk wat spanningen dreigen te veroorzaken. Zij weten ook dat het positieve bedrijfsresultaat vooral te danken

---

<sup>46</sup> Volgens de MAHA-studie bedraagt het afgedragen gedeelte van de artsenhonoraria aan de ziekenhuizen 41 %.

<sup>47</sup> De geselecteerde pilootprojecten zijn georganiseerd rond volgende ziekenhuizen:

1) Brussel: Cliniques universitaires Saint-Luc; 2) Brussel: CUB Erasme/UZ Brussel; 3) Gent: AZ Jan Palfijn Gent - AZ Maria Middelaars Gent - AZ St-Lucas Gent - UZ Gent; 4) Luik: CHU de Liège – CH du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye – CHR La Citadelle; 5) Leuven: UZ Leuven – Heilig-Hart ziekenhuis Leuven (Regionaal Ziekenhuis Tienen in een 2<sup>e</sup> fase) – Algemeen ziekenhuis Diest; 6) Bergen: CHR Mons-Hainaut; 7) Sint-Niklaas: AZ Nikolaas

<sup>48</sup> Raadpleegbaar op de [website van Belfius](#).



is aan de goede prestaties van de ziekenhuisapotheken, die hun inkomsten sterk hebben zien groeien<sup>49</sup>. Het sociale klimaat in de ziekenhuizen zal in de komende maanden ongetwijfeld zeer gespannen worden, vooral als de minister een leeftijdsverhoging invoert in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen. Dat het sociale klimaat verzuurt, blijkt uit de talrijke manifestaties op het einde van het jaar 2016 in de non-profitsector, die onder meer de 97.659 werknemers van de ziekenhuissector omvat.<sup>50</sup>

Omdat ze niet alleen onbegrip wil oogsten, blijft minister van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK de sector bij haar hervormingsplannen betrekken, zoals ze had beloofd toen ze in 2015 haar plan voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voorstelde.

De nog niet voltooide hervormingen zijn het gevolg van het regeerakkoord van oktober 2014, dat voorzag in een reeks grote projecten, waaronder dat met betrekking tot een “een grondige herziening van het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering.”

Het Plan van aanpak “Hervorming van de ziekenhuisfinanciering” van april 2015 voorziet in de uitvoering van het regeerakkoord in fasen. Bij de presentatie van haar hervormingsplan, had de minister verschillende financieringswijzen voor drie clusters van ziekenhuisverblijven voor ogen: clusters met een lage, gemiddelde en hoge variabiliteit.<sup>51</sup>

Voor de cluster van de laagvariabele zorg (ziekenhuisverblijven in verband met weinig complexe en “standaardiseerbare” zorg), streeft de minister naar de invoering van een prospectief betalingssysteem, in de vorm van forfaits per verblijf, afhankelijk van de aard van de aandoening. Met deze forfaits zal een groot deel van het Budget van de Financiële Middelen (BFM) en de geneesmiddelen worden gefinancierd. Deze hervorming zal tijd vergen en veronderstelt dat aan de zorgverstrekkings een economische waarde wordt toegekend, zowel in termen van operationele kosten als van medisch werk. Deze hervorming zal op middellange termijn beslist geen vereenvoudiging zijn, integendeel. De invoering van een prospectieve financiering per pathologie is immers maar van toepassing voor 25 % van de activiteiten van een ziekenhuis, dat zal blijven gebruik maken van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voor de overige activiteiten.

Om dit financieringssysteem tot uitvoering te brengen, moet minister DE BLOCK weten hoe binnen de honoraria de financieringskosten zich verhouden ten opzichte van het zuivere honorarium. Ze gaf aan twee universitaire teams de opdracht om een antwoord te vinden op die vraag.

De minister vertrouwde de eerste studie toe aan een team van het UZ Leuven, dat, onder de leiding van Prof. Katrien KESTELOOT, binnen het ziekenhuis de bijdrage van elke opgenomen patiënt aan het BFM moet onderzoeken, en de opsplitsing van de kosten verbonden aan de hospitalisatie. Het is met andere woorden de bedoeling een kosten-batenanalyse te maken, opgesplitst per prestatie.

In het tweede project, dat werd toevertrouwd aan het team van de École de Santé Publique van de ULB, wordt een evaluatie gemaakt van een aantal medische prestaties, en meer bepaald wordt de geldwaarde bepaald van de middelen die ervoor worden ingezet. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen medische en niet-medische middelen.

---

<sup>49</sup> Deze omzetting is vooral te verklaren door de toepassing van duurdere hemato-oncologische behandelingen en de “Maggie-deal” met de farma-industrie.

<sup>50</sup><http://www.lesoir.be/1375041/article/actualite/regions/bruxelles/2016-11-23/manifestation-du-non-marchand-police-conseille-d-eviter-bruxelles-en-voit> : Le secteur non-marchand, accompagné de représentants hospitaliers a manifesté à plusieurs reprises en 2016

<sup>51</sup> 1 Devriese S, Van de Voorde C. Clusteren van pathologiegroepen volgens gelijkenissen tussen ziekenhuisverblijven – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 270A. D/2016/10.273/60



De tweede studie maakt aan de hand van de PACHA-methode<sup>52</sup> voor een reeks verstrekkingen de opsplitsing in geldwaarde tussen de onderscheiden componenten van deze verstrekkingen, namelijk tussen de kosten voor het niet-medisch personeel, de operationele kosten, de kosten van de zorgvoorzieningen en het honorarium, wat er samengevat op neerkomt dat het honorarium geïsoleerd wordt en er aan de hand van herhaaldelijke uitzuivering van de overige kosten een “zuiverder honorarium” wordt vastgesteld.

Dit onderzoek kan best een tijdje duren: de kosten van de medisch-technische diensten uitsplitsen mag nog vrij eenvoudig lijken, hetzelfde doen voor de klinische disciplines is dat allerminst en dreigt veel meer tijd in beslag te nemen. Om tot bruikbare resultaten te komen, zijn de betrokkenheid en de acceptatie van de artsen cruciaal, vooral omdat de resultaten tot heel wat ontevredenheid kunnen leiden, aangezien ze als basis zullen gebruikt worden voor de invoering van de forfaits. Om de acceptatie van de resultaten te maximaliseren, heeft het team van de École de Santé Publique van de ULB, onder coördinatie van de professoren Magali PIRSON en Pol LECLERCQ, contact opgenomen met het uitvoerend bestuur van het VBS om hun studie voor te stellen en de deelname van de beroepsverenigingen te vragen aan een onderzoek om de geneeskundige verstrekkingen te taxeren op basis van 3 objectieve criteria: duur, complexiteit en risico van de verstrekking. Het bestuurscomité van het VBS gaf zijn goedkeuring voor de deelname aan de studie, omdat ze de rol van de artsen-specialisten op het terrein benadrukt. Tijdens de besprekingen kwamen o.m. Drs. Chantal DE GALOCSY, Bart DEHAES en Marc BROSENS tussenbeide om leden van het VBS zowel bij de concrete uitwerking van het onderzoek in de prevalideringsfase als bij de conclusie van het onderzoek te betrekken, en om ervoor te zorgen dat de artsen-specialisten niet klakkeloos de door de onderzoekers voorgestelde referentiewaarden zouden valideren.

### 3.2.5 Economische waardebeoordeling van laagvariabele zorg: context van de studie en eerste resultaten

In het totaal zullen niet minder dan 349 in de nomenclatuur opgenomen verstrekkingen worden gevalideerd door artsen-specialisten aangesloten bij een beroepsvereniging van het VBS.<sup>53</sup>

Het VBS is bij de studie betrokken vanaf de uitwerking ervan tot aan het afsluiten van de studie. In een eerste valideringsfase, die geleidelijk zal plaatsvinden al naargelang de vragenlijsten worden opgesteld, zullen de referentiewaarden worden gevalideerd tijdens pretestsessies, waaraan per specialisme twee VBS-leden zullen deelnemen. In de fase van het eigenlijke onderzoek zullen de leden van het VBS via een online vragenlijst de duur, de complexiteit en het risico valideren van de verstrekkingen die tot hun specialisme behoren, en dit voor de 349 geselecteerde verstrekkingen. Als ze het er niet mee eens zijn, kunnen ze andere waarden voorstellen, met motivatie van hun voorstel. Tijdens de derde fase, die van de analyse van de resultaten, zal een expertengroep, waar voor elk specialisme ook VBS-leden zullen worden uitgenodigd onder leiding van Drs. Jacques DE TŒUF en Johan KIPS, de coherentie van de verzamelde gegevens moeten verzekeren. Tot slot zullen de gevalideerde gegevens (risico, complexiteit, duur) worden ingevoerd in een wiskundig *scoring*-model, opgesteld door het rekencentrum van de ULB. Aan de hand van deze *scoring* zal aan elke verstrekking een aantal punten kunnen worden toegekend, wat uiteindelijk het relatieve gewicht van elke verstrekking binnen een specialisme zal weergeven. De *scoring* die het verbruik van medische hulpmiddelen meet, is dus wel degelijk een relatieve *scoring*,

---

<sup>52</sup> PACHA : Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés. Cf. : Magali Pirson, « PACHA: proefproject voor kostenanalyse per pathologie », Healthcare-executive.be, 24 juni 2014.

<sup>53</sup> Enkel voor handelingen die tot hun vakgebied behoren. Dit verklaart waarom het opstellen van sommige vragenlijsten meer tijd vergt, door het bestaan van subdisciplines in bepaalde specialismen, zoals orthopedie (handchirurgie, thoraxchirurgie, beenchirurgie) en heelkunde (vasculaire heelkunde, hartchirurgie enz.).

waarmee dus niet alle verstrekkingen met elkaar zullen kunnen vergeleken worden, maar wel de verstrekkingen binnen eenzelfde specialisme.

Op dit moment heeft het VBS de prevalideringsvragenlijst verstuurd naar de specialismen in onderstaande tabel 1. We kunnen vaststellen dat de bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen in het algemeen positief hebben gereageerd en dat de deelname vrij hoog is.

Specialisme	Aantal verstuurd mails	Responsgraad
Gastro-enterologie	477	12,8 %
Neurologie	507	14,2 %
Urologie	505	8,1 %
Pneumologie	373	18,8 %
Oftalmologie	942	15,4 %
Stomatologie	487	18,1 %
Cardiologie	263	15,2 %
Neurochirurgie	116	32,8 %
ORL	335	24,8 %
Plastische chirurgie	254	17,7 %
Gynaecologie-verloskunde	642	21,5 %

Tabel 1

Het VBS heeft meer dan 5.000 vragenlijsten verstuurd. De gemiddelde responsgraad bedraagt op dit ogenblik 17 %.

Volgens de statistieken van onze mailingapplicatie zou de responsgraad voor soortgelijke onderzoeken slechts ongeveer 3 % bedragen (aantal keren dat de link naar de enquête wordt aangeklikt); op de website van het VBS worden links in gemiddeld 6 % van de gevallen geopend. Deze responsgraad, die tot gemiddeld 17 % stijgt voor de enquête, is uitzonderlijk hoog en kan zonder twijfel worden verklaard door het belang van het onderwerp.

### 3.2.6 Pathologiegroepen en overeenkomsten tussen ziekenhuisverblijven

Is de oprichting van pathologiegroepen op basis van de overeenkomsten tussen ziekenhuisverblijven: evidence-based clustering of is het een “smoking out”?

De KCE-studie 270A<sup>54</sup> werd voorgesteld op 21 juni 2016. De *clustering* die de statistici in opdracht van het federale kenniscentrum hebben uitgewerkt, berust op een koppeling van MZG-gegevens<sup>55</sup> – AZV<sup>56</sup> en ADH<sup>57</sup> – die op het RIZIV werd uitgevoerd. De statistici hebben technieken toegepast die erop gericht zijn de zorgen in groepen in te delen volgens hun variabiliteit op basis van de beschikbare ziekenhuisdata. Van de beschikbare gegevens hebben ze slechts twee variabelen (de enige die statistisch relevant zijn) geselecteerd om alle APR-DRG 's<sup>58</sup> in 3 clusters in te delen die min of meer homogeen zijn in termen van variabiliteit van zorg en van vergoeding<sup>59</sup>: de verblijfsduur<sup>60</sup> en het bedrag

<sup>54</sup> [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_270A\\_Clusteren\\_pathologiegroepen\\_Rapport.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_270A_Clusteren_pathologiegroepen_Rapport.pdf)

<sup>55</sup> Minimale ziekenhuisgegevens (MZG)

<sup>56</sup> Anonieme Ziekenhuisverblijven (AZV)

<sup>57</sup> Anonieme Daghospitalisatie – ADH).

<sup>58</sup> All Patient Diagnosis Related Groups (APR-DRG)

<sup>59</sup> Toch stellen we overlappings vast tussen de 3 clusters, vooral tussen mediumvariabele zorg en hoogvariabele zorg.

<sup>60</sup> De in de MZG opgenomen verblijfsduren geven op een manier de bezettingsgraad van de ziekenhuisinfrastructuur weer.

van de terugbetaling<sup>61</sup>. Enkel op basis van deze twee variabelen hebben de auteurs van de studie drie verschillende APR-DRG-groepen kunnen definiëren.

Het bestuurscomité van het VBS heeft de studie onderzocht, en Dr. Jean-Luc DEMEERE heeft erop gewezen dat de mogelijkheid om de APR-DRG in 3 onderscheiden groepen in te delen bestaat, maar dat deze conclusie zich niet opdringt omdat ze het resultaat is van de studie, maar omdat ze het doel ervan is. De clustering wordt dus een louter politieke beslissing. Over het principe van het clusteren merkte Dr. Jean-Luc DEMEERE op dat er in de groep van laagvariabele zorg complexe aandoeningen zaten, die echter sterk gestandaardiseerd waren wat verblijfsduur en terugbetaling betreft.

Uiteindelijk reikt deze nieuwe KCE-studie als dusdanig niet veel argumenten aan voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Ze bevat overigens geen aanbevelingen, en in de besluiten blijft men veeleer op de vlakte. Wat de uitbreiding van de referentiebedragen betreft, formuleert het KCE geen besluit. De keuze van de onderdelen van het BFM die zouden worden opgenomen in het toekomstige forfait per verblijf blijft ook een puur politieke beslissing. Een andere kritiek op deze clustering is dat deel B2 van het BFM, dat ongeveer 40 % van het BFM uitmaakt, onder de ziekenhuizen wordt verdeeld via een puntensysteem, waarbij de waarde van de punten varieert naargelang de kenmerken van het ziekenhuis en niet naargelang de activiteit van het ziekenhuis. Men kan zich de vraag stellen of dergelijke manier van ziekenhuizen vergoeden niet tot een zekere “verontreiniging” van de clustering leidt.

Tot slot kunnen we stellen dat er niet veel te onthouden valt van dit eerste rapport. De afbakening van de drie clusters is volgens de uitvoerders van de studie een vrij technische kwestie, en ze voegen eraan toe dat *“techniciteit op zichzelf geen probleem is – om een doeltreffend, billijk en duurzaam betalingssysteem uit te werken wordt best wat studiewerk verricht”*.

Is deze statistische clustering eigenlijk wel meer dan een voorwendsel voor de beleidsmakers om, op basis van hun eigen belangen, clusters van prestaties en terugbetalingsbedragen vast te leggen, omdat de ziekenfondsen of ziekenhuisdirecties met de meeste macht hen dat influisteren, zonder ook maar enigszins rekening te houden met de waarnemingen van de artsen op het terrein? Dat noemt men iemand uitroken! De auteurs van het rapport lijken het te beseffen, want het rapport zelf benadrukt de noodzaak om verder onderzoek te doen, en een statistische en klinische methodologie op te zetten.<sup>62</sup>

Louter op basis van deze KCE-studie heeft de indeling in drie clusters meer weg van een fictieve oefening. De clusters en de achterliggende logica zullen verder moeten worden verfijnd om een onderscheid in de financiering te kunnen rechtvaardigen. In haar Plan van Aanpak wilde de minister de financiering volgens DRG van de cluster van de laagvariabele zorg beginnen met, in de eerste plaats, de APR-DRG en de medische verstrekkingen die zijn opgenomen in het systeem van de referentiebedragen. De invoering van forfaitaire tarieven voor de groepen van pathologieën van de APR-DRG, die al een kleine variatie vertonen in het gebruik van middelen, zal, rekening houdend met alle eerder vermelde tekortkomingen, geen grote efficiëntiewinst opleveren. De minister van Volksgezondheid heeft het desondanks noodzakelijk geacht om een procedure in te stellen om na te gaan welke groep van ziekten met lage variabiliteit in het kader van een ziekenhuisverblijf zou kunnen worden gefinancierd op basis van de APR-DRG.

---

<sup>61</sup> De leeftijd van de patiënt, het geslacht van de patiënt of de complexiteit van de ziekte zijn geen statistisch bepalende elementen voor de kostenbepaling. Het bedrag van de terugbetaling is een grijze zone, in die zin dat een deel van de honoraria wordt gebruikt om de ziekenhuisinfrastructuur te financieren via de honoraria-afdrachten.

<sup>62</sup> [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_270A\\_Clusteren\\_pathologiegroepen\\_Rapport.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_270A_Clusteren_pathologiegroepen_Rapport.pdf) Zie ook de conclusies van de studie p. 34-37.

### 3.2.7 APR-DRG wordt politiek

Het bepalen van de APR-DRG voor deze groep is dan ook een politiek probleem, dat de minister van Volksgezondheid wil laten valideren door artsen, onder wie leden van het VBS.

Tegen de principes van de empirische en statistische validering van de clustering en van de variabiliteitsprofielen van de APR-DRG in, heeft ze het VBS gevraagd of er wel degelijk een lijst met vooraf geselecteerde pathologieën werd opgenomen in de groep van laagvariabele verstrekkingen, of er subgroepen bestaan per pathologie, of er een onderscheid moet worden gemaakt tussen de types ziekenhuisopnames, of er een onderscheid moet worden gemaakt volgens de ernstgraad, en of er rekening moet worden gehouden met de eventuele co-morbiditeiten...

De pathologieën zijn ingedeeld in 8 groepen<sup>63</sup>: chirurgie, cardiothoracale chirurgie, maagchirurgie, orthopedische chirurgie, urologie, gynaecologie, pneumologie, cardiologie. Het VBS heeft experts voorgedragen om deel te nemen aan deze validering. Vele deskundigen hadden hun aanwezigheid aangekondigd, maar konden uiteindelijk de valideringsvergaderingen niet bijwonen, omdat de uitnodigingen pas enkele dagen vóór de vergaderingen werden verzonden en omdat ze haast systematisch in het midden van de dag werden georganiseerd. Dit was voor de meeste experts niet te combineren hun praktijk.

### 3.2.8 Proef op de som: moeilijke samenwerking clustervorming

Minister Maggie DE BLOCK beklemtoont op geregelde basis het belang van het overleg met de verschillende betrokken partijen om haar geplande hervormingen gestalte te geven, wat zeer lovenswaardig is.

Naar aanleiding van de KCE studie 'Clusteren van pathologiegroepen volgens gelijkenissen tussen ziekenhuisverblijven'<sup>64</sup>, over de haalbaarheid van de drie types van financiering van ziekenhuisopnames, richtte zij een schrijven aan het VBS op 10.10.2016. Ze vond het uitermate belangrijk dat medische experts een klinische evaluatie gaven van de pathologieën, die volgens deze studie in de cluster van laag variabele zorg zouden thuishoren en verzocht het VBS om tegen 24.10.2016 de namen door te geven van experts ter zake. Aangezien onze organisatie graag meewerkt aan zulke initiatieven beantwoordde het VBS deze vraag met enthousiasme.

Op 09.11.2016 ontvingen onze experts (samen met vertegenwoordigers van de universiteiten) per mail een uitnodiging voor een kick-off meeting op 17.11.2016 om 17 uur. Deze mail bevatte ook talrijke tabellen en grafieken met statistische gegevens. Er werd aangekondigd dat er voorzien werd in 2 vergaderingen per werkgroep (8 in totaal), die gepland werden tijdens de laatste week van november en de eerste week van december 2016 met als doel om op 08.12.2016 een afsluitende vergadering te houden voor de conclusies. Deze vergaderingen vonden plaats tijdens de kantooruren.

Er kwamen natuurlijk bakken kritiek op deze werkwijze, aangezien het voor de meeste artsen, die quasi allen in een actieve klinische praktijk staan, onmogelijk is om zich op zo'n korte tijd vrij te maken en de gegevens grondig te bestuderen. Een brief van het VBS gericht aan Dr. Ri DE RIDDER leverde een erkenning van het probleem op, maar de vergaderingen tijdens de kantooruren bleven behouden. Wel werd de afsluitende vergadering afgelast en werd voor sommige werkgroepen nog een bijkomende vergadering belegd in januari 2017, ditmaal buiten de kantooruren. De uitnodiging voor de finale vergadering, die zal plaatsvinden op 23 februari 2017, werd zelfs één maand op voorhand verstuurd.

---

<sup>63</sup> De lijst van het kabinet-DE BLOCK omvat grosso modo hetzelfde aantal DRG 's als het aantal verstrekkingen in het onderzoek PIRSON-LECLERCQ. De verstrekkingen komen echter niet exact overeen, omdat het in dit geval APR-DRG betreft.

<sup>64</sup> KCE Reports 270A, 22.06.2016.

Tijdens de kick-off vergadering werden de resultaten van de KCE-studie toegelicht. Het betreft 77 APR-DRG 's met ernstgraad 1 of 2 waarvoor op basis van de statistische gegevens een globale forfaitaire financiering mogelijk is. De hoofdvraag die aan de experten werd gesteld, luidde: bestaan er medische argumenten op basis waarvan sommige APR-DRG 's moeten uitgesloten worden? Het is dus een louter medische discussie.

Sommige artsen stelden zich vragen bij de manier waarop de statistische resultaten werden verkregen. Er was zeker oor naar deze bemerking, en er werd een vergadering georganiseerd met mensen van het KCE op vrijdag 13.01.2017 om 18 uur. De uitnodiging voor deze vergadering kon echter slechts op 5 januari verstuurd worden, omdat het KCE niet bereikbaar was tijdens de kerstvakantie. Sommigen kunnen het zich veroorloven tijdelijk van de aardbol te verdwijnen, terwijl de artsen-experten worden verondersteld hun raadgevingen en operatieprogramma binnen de acht dagen omver te gooien.

Een van de grootste problemen in heel deze discussie is dat niemand weet welke kosten er zullen gedekt worden met het voorziene bedrag (erelonen, verblijfskosten, logistiek e.d.). Bijvoorbeeld bij een primaire heupprothese is het niet duidelijk of een pijnpomp, de revalidatie tijdens de hospitalisatie en dergelijke moeten gefinancierd worden met deze enveloppe. Hoewel deze vragen geen deel uitmaken van de opdracht van deze werkgroepen, is dit voor de artsenvertegenwoordigers toch een heikel punt. De opmerkingen werden genoteerd, maar het is onzeker of er iets mee zal gedaan worden.

Een ander pijnpunt is dat de minister opteert voor eenzelfde bedrag, ongeacht of het om een verblijf in het dagziekenhuis gaat of om een klassieke hospitalisatie. Indien echter de verblijfskosten mee opgenomen worden, lijkt dit een onhaalbare kaart. Leidt dit niet tot een druk vanuit de ziekenhuisdirecties op de artsen om patiënten in het dagziekenhuis te behandelen? Zou er geen risico zijn dat een eventuele overnachting een andere verdeling van de enveloppe tussen artsen en ziekenhuis meebrengt, waarbij kan gevreesd worden dat die in het nadeel van de artsen zal uitdraaien? Er blijven veel onduidelijkheden en grote waakzaamheid is geboden.

## 4 Politiek

### 4.1 Inleiding

In 2016 publiceerde het Belgisch Staatsblad 92.250 pagina's, of 10.250 pagina's of 12,5 % meer dan in 2015 (cf. tabel 1). In 2014, het laatste jaar van de vorige federale regering, bereikte de publicatiedrift het (voorlopig) absolute hoogtepunt van 107.270 pagina's. De huidige regeringen hebben dus nog groeipotentieel om hun beslissingen kond te doen in het Belgisch Staatsblad.

De federale regering heeft inderdaad nog veel op stapel staan. De ziekenhuizen wachten op wetgeving die de basis zal vormen voor de hertekening van het ziekenhuislandschap in ziekenhuisnetwerken (cf. punt 3). De gezondheidszorgbeoefenaars kijken uit naar het herschrijven van het aloude KB nr. 78 van 10 november 1967<sup>65</sup> en naar de actualisering van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen. De twintig actiepunten om te komen tot het eGezondheidslandschap in 2019 behoeven allicht ook nog een aantal wetten en KB 's. We kunnen ons de tweede helft van de huidige legislatuur nog aan een flink stijgend aantal bladzijden Staatsbladliteratuur verwachten.

---

<sup>65</sup> Gecoördineerd met 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)

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

Bron: Belgisch Staatsblad, [http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_n.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm)

Tabel 2

Een (federaal) kibbelkabinet. Deze term deed het goed in 2016. "Met deze regering is er geen oppositie meer nodig", vertrouwde een kabinetsmedewerker me eind 2016 toe. Over alles werd er geruzied. Er was maandenlange sociale onrust na de aanslagen van 22 maart 2016, stakende cipers, luchtverkeersleiders, bagage-afhandelaars, openbaar vervoer, bpost, vrachtwagenchauffeurs die de verkeersknopen dreigden te blokkeren. De artsen deden nog niet mee, hoewel de zin om er de brui aan te geven menig collega be kroop in 2016. Vooral als ze onder meer het verwijt krijgen met valse doktersbriefjes al die stakers plots ziek te verklaren.

We worden alsmaar ouder. Nu bereikt één van mijn babyboom-generatiegenoten op 1.000 de leeftijd van 100 jaar<sup>66</sup>. In 2060 zullen er zes maal meer 100-jarigen zijn. De helft van de meisjes die nu geboren worden wordt 100 jaar, kondigde Joop DE BEER van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) aan in een rapport dat hij op 25.09.2013 presenteerde<sup>67, 68</sup>. Hetzelfde geldt voor 1 op de 3 pasgeboren jongens, zo blijkt uit nieuwe berekeningen van hetzelfde Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI). Nu is zo'n leeftijd nog behoorlijk zeldzaam: van de mensen die 100 jaar geleden zijn geboren, is momenteel minder dan 1 procent nog in leven. Het NIDI denkt dat pasgeboren meisjes gemiddeld 96 jaar oud worden, en jongetjes gemiddeld 92 jaar. De levensverwachting stijgt al jaren. Zo zal een nu 65-jarige vrouw gemiddeld leven tot haar 89<sup>ste</sup>, maar sterft een gemiddelde vrouw van begin 20 waarschijnlijk pas op haar 96<sup>ste</sup>.

<sup>66</sup> Met babyboomers wordt de demografische groep mensen bedoeld die geboren werd na Wereldoorlog II ± tussen 1946 en 1964. Vandaag gaat het om mensen die tussen 53 en 71 jaar oud zijn.

<sup>67</sup> <https://www.gezondheidsnet.nl/medisch/helft-pasgeboren-meisjes-wordt-100-jaar> ; 25.09.2013.

<sup>68</sup> "Helft van de meisjes uit 2012 wordt 100 jaar oud". De Volkskrant ; 26.09.2013.

De uitspraak van Philippe DE BACKER (Open VLD)<sup>69</sup>, toen hij nog geen staatssecretaris was voor Bestrijding van de Sociale Fraude, Privacy en Noordzee, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK, “Vandaag is onze gezondheidszorg in feite een ziektezorg. Je hebt er alleen wat aan als je ziek bent”, is in de belangstelling, want België scoort slecht qua preventieve geneeskunde. Die is echter overgeheveld naar de gemeenschappen. De overlevering leert dat artsen uit het oude China betaald werden voor de mate waarin hun patiënten gezond bleven. Het merendeel van onze 9 ministers bevoegd voor de versnipperde gezondheidszorg heeft er weinig of geen boodschap aan.

## 4.2 De eeuwige zoektocht naar geld

In 2015 waren de zakken van minister De Block nog toegenaaid. Ze had haar duit in het zakje van de overheidsfinanciën (of zeg maar zak) al gedaan: de groeinorm voor de gezondheidszorg werd verlaagd van 3 % naar 1,5 %, een inlevering van ± 2,8 miljard euro. Het gebruikte garen bleek niet sterk genoeg, want al van begin 2016 kondigen zich nieuwe besparingen aan, maar de minister weigert de patiënt pijn te doen<sup>70</sup>. De regering dwingt haar te besparen, en dus zullen alle gezondheidswerkers het gevoeld hebben.

In de zoektocht naar geld wil de regering de langdurig zieken aanpakken<sup>71,72,73</sup>. Die zouden de sociale zekerheid 8 miljard euro kosten<sup>74</sup>. De besparing in de werkloosheidsuitkeringen wordt immers volledig teniet gedaan door de stijgende uitgaven voor zieke werknemers<sup>75</sup>. Minister van Werk Kris PEETERS wil meer aandacht voor ‘werkbaar werk’, maar volgens N-VA en Open VLD is de aanpak van PEETERS te soft. Er moeten straffen komen voor werkonwilligen<sup>76</sup>. De verklaring voor het pijnsnel stijgen van het langdurig ziekteverzuim wordt onder meer gezocht in het verhogen van de wettelijke pensioenleeftijd en het afbouwen van het brugpensioen. N-VA en Open VLD suggereren dat vervroegd pensioen wordt vervangen door langdurige ziekte op het einde van de beroepsloopbaan. De politieke wereld geeft alleszins een verkeerd signaal, want de Kamer wil niet langer werken<sup>77</sup>. Alle parlementsleden die al zetelen van vóór de verkiezingen van 2014 mogen met pensioen op hun 55<sup>ste</sup>. Dat zijn twee op de drie huidige Kamerleden. De rest moet tot 62 werken, terwijl de officiële pensioenleeftijd ondertussen op 67 werd gebracht.

Een andere denkpiste was mensen met ongezonde leefgewoontes aan te pakken, zoals drinkers en rokers; direct door de accijnzen te verhogen, of indirect, door sommige behandelingen niet meer terug te betalen voor dergelijke patiënten.

Laurette ONKELINX probeerde het in 2013: een plan om de consumptie van alcohol aan banden te leggen. Te veel sectoren hadden er belang bij, niet alleen brouwers en horecazaken, maar, en net zoals dat nu het geval is voor de sigaretten, niet in het minst ook de fiscus en dus mislukte het plan. Regeringspartner CD&V vond het alcoholplan van minister De BLOCK ondermaats<sup>78</sup>, want er komt geen verbod op alcohol in automaten, geen beperking van bierverkoop langs de autosnelwegen en de minimumleeftijd om alcohol te mogen kopen wordt niet verhoogd van 16 naar 18 jaar. Het VAD, Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen, haalde

<sup>69</sup> Knack; 21.02.2016. Op 2 mei 2016 volgde hij Bart Tommelein op in de federale regering.

<sup>70</sup> “Minister van Volksgezondheid wil niet nog meer besparen. ‘Ik weiger de patiënt pijn te doen.’” De Standaard, 20.02.2016

<sup>71</sup> “Les préjugés sur les malades de longue durée balayés.” Le Soir, 07.03.2016

<sup>72</sup> “Begrotingscontrole raakt niet uit de startblokken. CD&V en N-VA gunnen elkaar niets”. De Standaard, 12.03.2016.

<sup>73</sup> “Veel mensen op de ziekenkas horen daar niet thuis”. De Tijd, 18.03.2016.

<sup>74</sup> “Open VLD wil extra besparen op langdurig zieken”. Het Laatste Nieuws, 17.03.2016.

<sup>75</sup> “Minder werklozen levert de schatkist niets op”. De Standard, 18.03.2016.

<sup>76</sup> “Ziekten bestraffen maakt niet gezond”. De Standaard, 11.05.2016.

<sup>77</sup> “Zelf langer werken. Kamer stemt tegen”. Het Laatste Nieuws, 29.04.2016.

<sup>78</sup> “CD&V buist alcoholplan Maggie De Block”. De Standaard, 24.10.2016.

snoeihard uit naar minister DE BLOCK, omdat zij de verstrengde waarschuwingen over alcoholgebruik als paniekzaaijer bestempelde<sup>79</sup>. De liberale principes van vrijheid en eigen verantwoordelijkheidszin, die gelden in het federale parlement waar in de koffiebar gratis bier en wijn wordt geschonken op initiatief van oud-minister Herman DE CROO in 1990, gelden ook in het openbare leven, maar zijn dan wel tegen betaling.

Begin november 2016 wordt een petitie gestart die het ontslag van de minister DE BLOCK eist. Op één weekend tekenden 18.000 mensen de petitie, waaronder nogal wat patiënten met een chronisch verstopte neus en maaglijders, want de minister had net beslist de terugbetaling van anti-inflammatoire neussprays en van protonpompinhibitoren fors te verminderen. Ze worden 9, respectievelijk 7 maal duurder<sup>80</sup>. In regeringskringen wordt hardop gefluisterd dat er een politieke campagne tegen DE BLOCK wordt opgezet. De regering verplicht haar een buitenissig groot deel van de besparingen te realiseren en elke maatregel die ze wil treffen wordt geridiculiseerd<sup>81</sup>. Als het de bedoeling was om haar leiderspositie qua populariteit onder de Belgische politici onderuit te halen, dan lukte dat aardig<sup>82</sup>.

Een ander idee dat werd geopperd was om rokers hun ziektekosten niet meer terug te betalen. Of nog, om toch minstens de blootstelling aan rook te beperken. Een suggestie was om te verbieden om thuis te roken? Het idee werd gelanceerd door Dr. Roland Lemye, ondervoorzitter van de BVAS<sup>83</sup> in een vrije tribune van La Libre Belgique<sup>84</sup>. Hij is bovendien van oordeel dat roken in de buurt van kinderen gelijk staat met kindermishandeling<sup>85</sup>. Zover komt het niet met het anti-tabaksplan van minister DE BLOCK. De minister wil 100.000 rokers minder door de taksen te verhogen, het rookverbod in auto's met kinderen in te stellen, door neutrale verpakkingen te verplichten en door de afkickbehandelingen goedkoper te maken<sup>86</sup>. Het plan vindt geen genade bij de regeringspartner CD&V. De accijnzen op tabak gingen omhoog en het aantal rokers daalde met 4 %, wat dan weer minder belastingen opbracht, om precies te zijn 206,4 miljoen euro minder dan vooropgesteld. Qua accijnzen op alcohol werd 172,5 miljoen euro minder ontvangen dan berekend, wat samen een belangrijke minderontvangst betekent voor minister van Financiën, Johan VAN OVERTVELDT (N-VA), van 378,9 miljoen euro<sup>87</sup>. Binnen de federale regering bestaat er nu onenigheid over de aanpak van de accijnzen op tabak en alcohol. Minister van Financiën Johan VAN OVERTVELDT wil de accijnzen verlagen, zijn collega's Maggie DE BLOCK en Marie-Christine MARGHEM (MR) vinden het positief dat de accijnzen de rokers heeft aangezet om te stoppen met roken<sup>88</sup>.

In Vlaanderen zorgde CD&V minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo VANDEURZEN ervoor dat nicotine-verslaafden vanaf 01.01.2017 een tabakontwenningstherapie bij de tabakoloog kunnen volgen die beter terugbetaald wordt dan het geval was in de federale gezondheidszorg. Voor de mensen met een laag inkomen, bij wie de nood aan ontwenning het hoogst is, en voor jongeren die net zijn gestart met roken, wordt de tabakoloog quasi gratis<sup>89</sup>. Gaat het hier om politiek communautair opbod of om een reëel perspectief op gezondheidswinst? De geschiedenis zal het ons moeten leren. De federale ziekteverzekering wordt alleszins niet eenvoudiger, maar zeker wel meer ongelijk voor de Belgen.

---

<sup>79</sup> "De Block denkt aan alcoholindustrie, niet aan gezondheid". De Standaard; 19.12.2016.

<sup>80</sup> "Maggie De Block se met tout le monde à dos". La Capitale; 07.11.2016.

<sup>81</sup> "Campagne tegen De Block? Neen, een meningsverschil". De Standaard 08.11.2016.

<sup>82</sup> "Maggie De Block est en chute libre". Le Journal du Médecin; 10.11.2016. "Vrije val". Artsenkrant; 04.11.2016

<sup>83</sup> "Artsenleider pleit voor rookverbod in de huiskamer". News4Med Daily; 01.02.2016

<sup>84</sup> "Faut-il interdire de fumer à la maison?" La Libre Belgique; 02.02.2016.

<sup>85</sup> "C'est pour protéger son enfant". Le Soir; 01.02.2016.

<sup>86</sup> "De Block wil 100.000 rokers minder". Het Laatste Nieuws; 11.04.2016.

<sup>87</sup> "Accises alcool et tabac: un flop historique". La Capitale; 16.12.2016.

<sup>88</sup> "Lagere accijnzen mogen geen taboe zijn". De Morgen, 10.01.2017.

<sup>89</sup> "Stop met roken voor een prikje". De Morgen; 16.11.2016.



Met een frisse adem beginnen de Vlamingen aan donderdag date-dag<sup>90</sup>, een ander idee van de Vlaamse minister Jo VANDEURZEN. Als alle Belgen dan ook nog meedoen aan de tournee minerale, een initiatief van de Stichting tegen Kanker<sup>91</sup> en het Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD), dan worden we allemaal 100 jaar. Dat zal dan niet meer de schuld van de artsen zijn, maar van de ministers van Volksgezondheid die de juiste preventieve maatregelen troffen. Jammer genoeg zullen de kosten voor de gezondheidszorg nog altijd voor 80 % in het laatste levensjaar gemaakt worden. Alleen zal die kost dan met ± 15 jaar in tijd worden opgeschoven.

### 4.3 Een populaire minister hoeft geen populaire beslissingen te nemen<sup>92</sup>

Maggie DE BLOCK (Open VLD) is de populairste politica van België zowel begin april<sup>93</sup>, half juli<sup>94</sup>, als 30 september 2016<sup>95</sup>. Bij zorgverstrekkers begint het enthousiasme na de zomervakantie af te kalven. Bij huisartsen is de beslissing van de verplichte regeling derde betalende sinds 01.10.2015 nog niet verteerd, en voor de specialisten kondigt ze aan “dat ze er alles zal aan doen om het verhaal van de supplementen uit het systeem te krijgen”<sup>96</sup>. De nieuwe besparingen die de regering oplegt, verplichten minister DE BLOCK tot onaangename budgettaire maatregelen. Zowel de artsen, de ziekenhuizen als de ziekenfondsen komen in het verweer<sup>97</sup> en een beetje later ook de apothekers. Op 24.11.2016 kleurden de Brusselse straten wit en groen door een betoging van 20.000 werknemers uit de non-profitsector. Tussen 17 en 30 november organiseerde Artsenkrant/Le Journal du Médecin, De Apotheker/Le Pharmacien en HealthCare Magazine een populariteitspoll. 72 % van de 1.497 antwoorden gaven minister DE BLOCK tussen de 0 en 4 op 10, 28 % gaf haar tussen de 5 en 10 op 10. Tussen 2015 en 2016 zakte de score bij de huisartsen van 4,9 op 10 naar 3,18, en bij de specialisten van 6/10 naar 3,6<sup>98</sup>.

De minister kan maar hopen dat in België dezelfde onbetrouwbaarheid geldt voor polls als voor de Brexit in het Verenigd Koninkrijk en voor de verkiezingen in de VS. Het onverwachte pro-Brexit-resultaat van het referendum van 23.06.2016 liep uit op een catastrofe voor de Britse gezondheidszorg. De belofte van het leave-kamp dat 5,2 miljard pond bijdragen aan de EU in de Britse gezondheidszorg zou worden geherinvesteerd, bleek de dag na het resultaat al een grove leugen. In de VS start de nieuwe president, Donald TRUMP, meteen met de afbouw van de Obamacare, het paradepaardje van zijn voorganger, Barack OBAMA.

Ondanks haar slechte scores blijft minister DE BLOCK onverzettelijk: “Er is geen alternatief voor ons beleid. We besparen om de begroting op orde te krijgen en we hervormen om de zorg betaalbaar te houden”<sup>99</sup>. Vooral het eerste argument wekt wrevel: dit is besparen om te besparen. Een manoeuvre dat voor de artsensyndicaten de aanleiding is om de ontbinding van rechtswege van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015 voor het jaar 2017 in te roepen (cf. punt 7).

Misschien zijn er wel andere middelen om de federale begroting binnen de door de EU opgelegde limieten te krijgen. De (Franstalige) burger wordt opnieuw geconfronteerd met verkwisting op grote schaal georganiseerd door de PS, die niet in de federale regering zit, maar in Wallonië wel de regeringspartij is die de plak zwaait: “Stel u maar eens dertig gemeentelijke mandatarissen voor, die

---

<sup>90</sup> “Maak van donderdag datedag”. De Standaard; 20.10.2016.

<sup>91</sup> <http://www.vad.be/artikels/detail/tournee-minerale-een-maand-zonder-alcohol>

<sup>92</sup> « Moet ik populaire maatregelen nemen omdat ik populair ben ? ». De Tijd ; 26.11.2016.

<sup>93</sup> “Maggie De Block blijft populairste”. De Morgen; 11.04.2016.

<sup>94</sup> “Is dit beleid wel huisartsvriendelijk?”. MediQuality; 13.07.2016.

<sup>95</sup> “De Block nog altijd populairste in héél het land”. Het Laatste Nieuws; 30.09.2016.

<sup>96</sup> Uitspraak in de 7<sup>de</sup> dag op TV1 10.07.2016.

<sup>97</sup> “Artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen verdedigen eigen belangen in begrotingsgevecht. Populariteit De Block komt op drie fronten onder vuur”. De Standaard; 19.10.2016.

<sup>98</sup> “Minister Maggie De Block zakt compleet door het ijs”. Artsenkrant; 02.12.2016.

<sup>99</sup> “Moet ik populaire maatregelen, nemen omdat ik populair ben?” De Tijd; 26.11.2016.

maandenlang astronomische bedragen krijgen om niets te doen. Mandatarissen die geen enkele vergadering bijwonen – vergaderingen die trouwens alleen in naam worden gehouden en nergens toe dienen. Stel u de adjunct-kabinetschef van de Waalse minister van Lokale Besturen voor, wiens baas vorige vrijdag ontdekt dat de man een bestuurder is van de intercommunale Publifin en dik wordt betaald als bestuurder van Nethys, een filiaal van die intercommunale (de kabinetschef heeft maandagavond onder druk ontslag genomen). Stel u een minister van de Lokale Besturen voor, Paul FURLAN, die zegt: ‘Ik ben belazerd.’”<sup>100,101</sup> Hoe moeten de Franstalige artsen-specialisten zich voelen die werkzaam zijn in ziekenhuizen die bestuurd worden door politiek aangestuurde intercommunales?

De ziekenfondsen kregen te veel, zegt Maggie DE BLOCK. Ze moeten 120 miljoen besparen<sup>102</sup>. Tussen 2002 en 2011 kregen de ziekenfondsen 235 miljoen euro meer aan administratievergoedingen dan nodig volgens het Rekenhof. Dit rapport kwam er op vraag van de federale regering. De ziekenfondsen moeten sinds kort ook jaarrekeningen neerleggen bij de Nationale Bank.

#### 4.4 Redesign

Tegen 2020 zou de Belgische staat 750 miljoen euro moeten besparen door een rationalisering van de structuren en van hun werking<sup>103</sup>. De regering-MICHEL heeft een Redesign-plan opgevat dat een grote schoonmaak in de Belgische administraties moet houden. Hiervoor werden zes werven opgezet. Werf vijf betreft de gezondheidszorg. Daar zou 50 miljoen euro te rapen vallen door de administraties beter te doen samenwerken en te herzien. Vooral vanuit de Franstalige socialistische hoek komt er forse weerstand. De socialistische mutualiteiten zien er maar één doel in: het afschaffen van het paritair beheer van de sociale zekerheid, dat vandaag in het RIZIV gebeurt<sup>104</sup>. De financiering van de sociale zekerheid stelt België voor grote problemen. Via een nieuw wetsontwerp zou het huidige systeem drastisch worden hervormd. Vakbonden en mutualiteiten voelen zich in de hoek gedrukt qua medezeggenschap. Ze vrezen dat de regering de wet zo zal omvormen dat de sociale zekerheid verder kan ontmanteld worden, zelfs als er onrealistische besparingsmaatregelen worden gevraagd<sup>105</sup>. De medische sector kreeg bij de vaststelling van de begroting 2017 alvast een voorproefje van dergelijke besparingsmaatregelen.

Het Redesign-onderdeel voor minister DE BLOCK is het versterken van de beleidsmatige samenhang tussen de acht bestaande federale gezondheidsadministraties, die doeltreffender zullen moeten samenwerken. Hierbij wordt in de eerste plaats gedacht aan het samensmelten van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid<sup>106</sup>. De ideale kandidaat die daar voor in aanmerking komt is (ondertussen sinds 01.02.2017 ex-) kabinetschef van minister De BLOCK, Pedro FACON. Op 1 februari 2017 vervangt hij daar scheidend directeur-generaal Christiaan DECOSTER, die na 43 jaar dienst op alle echelons van de FOD Volksgezondheid en het vroegere ministerie van Volksgezondheid, met een academische zitting op 13.01.2017 werd uitgewuifd<sup>107</sup>. Maar ook andere administraties kunnen samensmelten. Op wetenschappelijk vlak wordt gedacht aan het samensmelten van het Kenniscentrum- Centre d’expertise (KCE) met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en met het Centrum voor Onderzoek in de Diergeneeskunde en de Agrochemie (CODA).

---

<sup>100</sup> Béatrice Delvaux in De Standaard; 20.01.2017.

<sup>101</sup> Inmiddels nam Waals minister Paul Furlan (PS) d.d. 26.01.2017 ontslag onder druk van het schandaal bij Publifin, een van de grootste intercommunales van het land. PS-voorzitter Paul Magnette heeft het ontslag aanvaard.

<sup>102</sup> “Ziekenfondsen kregen 235 miljoen meer dan nodig”. De Tijd; 14.01.2017.

<sup>103</sup> “La gestion des soins de santé sera t-elle encore paritaire?” L’Echo. 12.07.2016.

<sup>104</sup> “Solidaris s’inquiète pour le financement de la Sécurité sociale et la qualité des soins”. L’Echo; 10.09.2016.

<sup>105</sup> “Stelt de regering de sociale partners onder curatele?” De Standaard; 02.01.2017

<sup>106</sup> “Grote zomerschoonmaak” – “Grand ménage d’été”. Artsenkrant- Le Journal du Médecin; 07.07.2016.

<sup>107</sup> “Départ de Chris Decoster: ‘Chaque train a besoin d’une locomotive.’”. Journal du Médecin; 20.01.2017.

De Redesign-operatie zou de mogelijkheid moeten bieden om het stemrecht in de Algemene Raad te wijzigen: ofwel dienen de zorgverstrekkers ook stemrecht te krijgen ofwel moet aan de mutualiteiten hun stemrecht ontnomen worden. Al van bij de totstandkoming van de wet-MOUREAUX in 1993<sup>108</sup>, die de werking van het toenmalige RIZIV drastisch hervormde en een onderscheid invoerde tussen de 'betalers' van het systeem (de werkgevers, de werknemersvakbonden, de overheid) en de 'verbruikers' (de zorgverstrekkers), was destijds de BVAS er tegenstander van dat de mutualiteiten stemrecht verwierven, want de mutualiteiten zijn op grote schaal ook zorgverstrekkers als uitbaters van apotheken, van revalidatiecentra, als verkopers van rolstoelen, beheerders van ziekenhuizen, etcetera. In de filosofie van de wet-MOUREAUX horen zij dus niet thuis aan de kant van de financiers van het systeem. Het zou dus logisch zijn om de mutualiteiten hun stemrecht in de Algemene Raad te ontnemen. Jammer genoeg komt dit niet ter sprake in het toekomstpact over de rol van de ziekenfondsen dat ze met de minister van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK ondertekenden op 28 november 2016.

Een ander punt dat ter gelegenheid van de Redesign zou moeten kunnen worden gewijzigd is het overwicht van de mutualiteiten in het RIZIV Verzekeringscomité. Vandaag bestaat het Verzekeringscomité uit 42 leden: 21 vertegenwoordigers van de mutualiteiten en 21 vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers, waaronder 7 artsen. De beslissingen worden genomen met een meerderheid van twee derde van de stemmen. Met onthoudingen wordt geen rekening gehouden. Het gebeurt geregeld dat bij een eerste stemming de vereiste tweederdemeerderheid niet wordt bereikt. Bij een volgende vergadering wordt dan opnieuw over hetzelfde punt gestemd en dan volstaat een gewone meerderheid. Als dan een van de zorgverstrekkers met de mutualiteiten meestemt omdat hij een of ander voordeel voor zijn sector in een dossier ziet, of als er één of enkele zorgverstrekkers om beroepsredenen afwezig zijn, dan hebben de mutualiteiten het pleit gewonnen. Deze situatie doet zich soms voor bij de bespreking van revalidatiedossiers, die eenzijdig door het College van artsen-directeurs van de mutualiteiten worden beoordeeld (cf. punt 9.2.). Het zou democratischer en logischer zijn dat de meerderheden zowel op de bank van de verzekeraars als op de bank van de zorgverstrekkers zouden vereist zijn.

## 4.5 Protocolakkoord Medische Beeldvorming: the saga continues... and continues...

### 4.5.1 Wat voorafging...

In de vorige jaarverslagen maakten we reeds melding van het protocolakkoord inzake medische beeldvorming, dat in 2014 na aanslepende onderhandelingen werd gesloten en gepubliceerd<sup>109</sup>. Het is een zeer uitgebreid akkoord, waarin besloten wordt tot een uitbreiding van het aantal NMR-toestellen (12 extra) en PET-toestellen (ook 12 extra, met nog bijkomende capaciteit voor universitaire toestellen voor wetenschappelijk onderzoek), maar dat ook afspraken bevat om de plaatsing en uitbating van niet-erkende toestellen onmogelijk te maken: een landelijk register van 'zware medische apparatuur' en een handhavingsbeleid en de aanzet tot een moratorium op het plaatsen van nieuwe toestellen.

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

---

<sup>108</sup> Wet van 15 februari 1993 houdende de hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en regeling van een stelsel van verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

<sup>109</sup> Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming van 28.02.2014, getekend door 8 ministers (BS 20.06.2014; Ed. 4).

## 4.5.2 En wat er gebeurde in 2016...

### 4.5.2.1. NMR

De bedoeling van het protocolakkoord was om via een uitbreiding van het aantal NMR-toestellen een toename van de landelijke capaciteit aan NMR-onderzoeken te bewerkstelligen. Op deze manier zou er een shift optreden van (stralingsbelastende) CT-onderzoeken naar (stralingsloze) NMR-onderzoeken. Aan de hand van de daling van het aantal CT-onderzoeken zou er dan gekeken worden of er een mogelijkheid was om budgetten vrij te maken voor een verdere uitbreiding van het aantal NMR-onderzoeken.

Tot daar de theorie, want in de praktijk werd er via het kadaster van zware medische apparatuur (= registratie van de bestaande en nieuwe toestellen) vastgesteld dat er op ons grondgebied 16 NMR-toestellen operationeel waren die niet over de nodige erkenningen beschikten. Aangezien de RIZIV-nomenclatuur ondertussen was aangepast, was terugbetaling van NMR-onderzoeken vanaf 01.06.2016 alleen nog mogelijk indien deze werden uitgevoerd op erkende toestellen. Er moest vanaf die datum namelijk een uniek toestelfacturatienummer meegezonden worden met de magneetbandgegevens naar de VI's.

Wat is dus het nettoresultaat van het hele protocolakkoord? In plaats van een voorziene uitbreiding van de NMR-capaciteit met 12 toestellen zitten we nu met een inkrimping van de capaciteit met een equivalent van 4 toestellen (12 nieuwe erbij, maar 16 zwarte eraf)!

Als gevolg hiervan is er in de cijfers van het RIZIV dus ook helemaal geen verschuiving te merken van CT-onderzoeken naar NMR-onderzoeken en krijgen de radiologen de opmerking dat zij zich niet aan de afspraak gehouden hebben, en dat er door uitbreiding van het NMR-camerapark helemaal geen daling van de CT-onderzoeken heeft plaatsgevonden... Begrijpe wie begrijpen kan...

De enige oplossing die hieraan kan gegeven worden is een verdere uitbreiding van de NMR-capaciteit om de sluiting van de 16 zwarte toestellen op te vangen. Een protocolakkoord bis inzake medische beeldvorming is bij deze geboren.

In 2016 zijn hierover de eerste verkennende gesprekken gevoerd op het kabinet van minister DE BLOCK onder leiding van Prof. Dr. Koenraad VANDEWOUDE. Een van de struikelblokken in de hele discussie is hoe deze noodzakelijke capaciteitsuitbreiding kan verwezenlijkt worden zonder dat dit tot een toename van de RIZIV-budgetten leidt. De gedeeltelijke defederalisering van de bevoegdheden en de eraan gekoppelde financiële middelen voor zware medische apparatuur vormen in dezen een bijkomend struikelblok. Een oplossing lijkt nog niet voor morgen.

### 4.5.2.2. PET

In 2015 had het Waals Gewest 3 bijkomende toestellen erkend en had ook het Brussels Gewest zijn bijkomende toestellen verdeeld over 3 ziekenhuizen. In Vlaanderen was het wachten op een erkenning door minister VANDEURZEN om de zes bijkomende toestellen te verdelen. In het voorjaar van 2016 maakte de minister zijn selectieprocedure kenbaar en dienden in het totaal 8 ziekenhuisassociaties een aanvraag in om erkend te worden. Zes ervan vielen in de prijzen en de twee overige dienden, zoals verwacht, bezwaar hiertegen in bij de geëigende instanties. Uiteindelijk heeft de minister medio december 2016 de knoop definitief doorgehakt en, mits enkele bijkomende voorwaarden, een erkenning verleend aan de zes nieuwe centra. Doordat deze erkenningen zolang op zich hebben laten wachten, is het ook niet mogelijk om op 1 januari 2017 deze nieuwe toestellen operationeel te maken. Dit zal geleidelijk gebeuren in de loop van het jaar, waardoor we pas in 2018 de volledige extra capaciteit zullen kunnen benutten om de wachtlijsten min of meer onder controle te houden.

#### 4.5.2.3. Kadaster zware medische apparatuur

Op 3 februari 2016 verscheen in het Belgisch Staatsblad 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. Hiermee werden alle gebruikers van zware medische apparaten (CT, PET, PET-CT, PET-MRI, SPECT-CT en MRI) verplicht om elk toestel kenbaar te maken aan de overheid. Deze zal dan de lijst van die toestellen overmaken aan het RIZIV, dat aan elk toestel dat aan de erkenningen voldoet een uniek toestelfacturatienummer zal geven.

Men heeft overuren moeten draaien, maar het RIZIV heeft ervoor gezorgd dat op 1 juni 2016 de ziekenhuizen voor quasi al hun erkende toestellen over dit toestelfacturatienummer beschikten.

Op 31 mei 2016 verscheen dan in het Belgisch Staatsblad het koninklijk besluit van 26 mei 2016, dat uitvoering geeft aan art. 64 §1 eerste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Door dit KB is het onmogelijk om vanaf 1 juni 2016 nog NMR-, PET- of CT-onderzoeken aan te rekenen die niet werden uitgevoerd op een toestel dat niet beschikt over hoger beschreven toestelfacturatienummer. En dat leidde tot de nodige problemen...

#### 4.5.2.4. Handhavingsbeleid

...want via het handhavingsbeleid was (en is) men vastbesloten om voor eens en altijd komaf te maken met het gebruik van niet-legale zware medische apparatuur of van niet-erkende toepassingen op erkende apparatuur.

Dit heeft, zoals in punt 4.3.2.1. reeds werd uiteengezet, verstrekkende gevolgen voor de NMR-capaciteit, omdat het aantal niet-erkende NMR-toestellen zwaar onderschat was. En de gevolgen ervan zijn nog steeds niet opgelost.

Maar ook voor Conebeam CT-onderzoeken zorgde dit voor problemen. Conebeam CT-toestellen (CBCT-toestellen) staan namelijk niet op de lijst van zware medische apparatuur (dit om allerlei bijzonder goede, maar ook bijzonder complexe redenen). Ze moeten als gevolg hiervan niet geregistreerd worden en kunnen dus ook geen uniek toestelidentificatienummer krijgen. Aangezien er in art. 17 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen geen specifieke nomenclatuur voor CBCT voorzien was, waren vanaf 1 juni 2016 alle onderzoeken uitgevoerd op CBCT-toestellen niet langer vergoedbaar. De werkgroep medische beeldvorming van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) heeft dan in 3 verschillende stappen wel specifieke CBCT-nomenclatuur ingevoerd. Het is nu nog wachten op de publicatie van de laatste indicatie, maar voor 2017 lijkt dit probleem hiermee toch opgelost te geraken.

Ook in de nucleaire geneeskunde veroorzaakt dit handhavingsbeleid problemen. In het uitvoerings-KB van art. 64 staat namelijk een artikel dat de zware medische apparatuur vermeldt waarmee CT-onderzoeken uitgevoerd op dergelijke toestellen via art. 17 van de nomenclatuur kunnen vergoed worden. SPECT-CT toestellen stonden daar vreemd genoeg niet bij.

Na uitvoerig overleg binnen de werkgroep medische beeldvorming en de werkgroep interpretatie van de Technisch Geneeskundige Raad en na terugkoppeling enerzijds met Dr. Ri DE RIDDER, directeur-generaal van de Dienst Geneeskundige Verzorging en met de heer Jo DE COCK, administrateur-generaal van het RIZIV en voorzitter van de nationale Commissie Artsen-ziekenfondsen, en anderzijds met het kabinet van minister DE BLOCK, werd niet enkel deze lijst aangepast, maar heeft het Verzekeringscomité

op 5 december 2016 ook beslist om deze aanpassing retroactief te laten ingaan op 1 juni 2016, waardoor in de praktijk ook dit probleem opgelost zou moeten zijn<sup>110</sup>.

Het moge echter duidelijk zijn dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid menens is met het kadaster zware medische apparatuur en het daaraan gekoppelde handhavingsbeleid. Die houding moet op termijn toch gunstig zijn voor diegenen die correct handelen.

#### 4.5.2.5. Besparingen in de medische beeldvorming

Buiten het protocolakkoord werd de medische beeldvorming echter ook nog geconfronteerd met belangrijke besparingsmaatregelen.

Een deel hiervan was afgesproken in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen voor het jaar 2015, maar een deel zijn ook bijkomende besparingsinspanningen opgelegd door de regering in het kader van de begroting 2016. Hiervoor werd binnen het RIZIV een speciale Taskforce opgericht die deze besparingsvoorstellen in concrete wetgeving moet omzetten, die absoluut van kracht moest worden op 01.01.2017.

In het akkoord voor de jaren 2016-2017 was voorzien dat er een aanpassing van de nomenclatuur diagnostische mammografie zou komen om het onterecht gebruik van dit nummer bij asymptomatische vrouwen af te remmen. Met het geld dat hiermee bespaard zou worden, kon dan eindelijk werk worden gemaakt van een extra vergoeding voor de digitalisering van mammografietoestellen. De onderhandelingen over concrete voorstellen hieromtrent verliepen moeizaam, omdat er enerzijds alweer een bevoegdheidsconflict is met de deelstaten (georganiseerde preventieve borstkankerscreening), en anderzijds omdat ook voor niet-radiologen (senologen) een oplossing moest gevonden worden. Uiteindelijk is in het najaar van 2016 door de Technisch Geneeskundige Raad een voorstel uitgewerkt dat aan alle vereisten voldeed en waarmee een besparing gerealiseerd werd van 8,5 miljoen euro op jaarbasis. In verband met de compenserende maatregel - de bijkomende vergoeding van dezelfde grootteorde voor de digitalisering van de mammografie- heeft het kabinet van minister De Block zich nog eens van zijn beste kant laten zien. Het stelde voor om de besparing wel door te voeren, maar de extra uitgaven te bevroren. Pas na een stevige interventie van de BVAS op de medicomut van 5 december 2016 werd dit plan ingetrokken en zullen ook de compenserende maatregelen uitgevoerd worden.

Zoals hoger gesteld had de regering besloten om, bovenop de maatregelen van het akkoord 2016-2017, nog bijkomende besparingen in de ziekteverzekering op te leggen voor het jaar 2016 (cf. ook punt 7.2.). Voor de medische honoraria ging het om een bedrag van 31,7 miljoen euro. De regering had de disciplines die dit geld dienden op te hoesten ook al heel concreet aangewezen. Naast de werkzaamheden van de speciale Taskforce die de besparingsplannen moest concretiseren, werden vanaf juni ook extra zittingen van de TGR georganiseerd. Ook hier mocht de medische beeldvorming letterlijk en figuurlijk haar duit in het zakje doen.

Zo moest er 5 miljoen euro bespaard worden door aanpassing van de nomenclatuur echo abdomen en nog eens een bijkomend bedrag van 1,6 miljoen euro door aanpassing duplex bloedvaten. Voorstellen om dit te verwezenlijken, werden begin september 2016 vastgelegd, want alle maatregelen moesten op 01.01.2017 van kracht worden. Er was een constructieve samenwerking met alle artsen, waardoor de inspanningen billijk verdeeld werden tussen zowel de radiologen als de connexisten. Omdat de gynaecologen ook al bijkomend moesten besparen, werd beslist de zwangerschapsecho niet op te nemen in deze besparingsronde.

---

<sup>110</sup> Nota CGV 2016/402 d.d. 05.12.2016. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen — Wijziging van artikel 17, §1, 11° : problematiek CT bij SPECT onderzoek — omzendbrief V.I.

Behalve de radiologen, werden ook de radiotherapeuten gedwongen flink wat geld op tafel te leggen, voor een totaal bedrag van 5 miljoen euro. Een hemeltemgende situatie, aangezien zij al jaren vragende partij waren en blijven voor een uitbreiding en modernisering van hun nomenclatuur, waar voor ze een bijkomend budget van 20 miljoen euro hadden gevraagd. Die uitbreiding is broodnodig, omdat er in België, in vergelijking met onze buurlanden, een significant ondergebruik van radiotherapie is, en omdat de bestralingen de laatste jaren veel complexer zijn geworden. De regering, in al haar goedheid, heeft beslist dat de radiotherapeuten weliswaar voorstellen mogen formuleren voor een uitbreiding van hun nomenclatuur, maar in plaats van dat mogelijk te maken met een extra budget, moeten ze eerst nog zo maar even 5 miljoen euro besparen. In het voorstel, dat tegen heug en meug werd geformuleerd, werd deze besparing gevonden door een verbod in te stellen op de combinatie van veldaflijnings-CT met diagnostische CT. De inspanning werd uiteindelijk gedeeld door de specialisten in de radiotherapie en in de medische beeldvorming.

## 5 Artsenkadaster

De Planningscommissie van het medisch aanbod mag alleen het globaal aantal benodigde artsen bepalen, ze mag geen opsplitsing per specialisme maken. Nochtans steunde het advies dat de plenaire Planningscommissie in haar vergadering van 26.04.2016 gaf op de oefening die de ‘Werkgroep Artsen’ in drie voorbereidende vergaderingen specialisme per specialisme had gemaakt. Dan werd de som gemaakt, want alleen in dat eindresultaat is de federale overheid geïnteresseerd. Vanuit dat eindresultaat zullen de gemeenschappen de opsplitsingsoefening dan nog eens moeten overmaken. Een van de jammerlijke consequenties van de 6<sup>de</sup> staatshervorming.

Het advies van de Planningscommissie lokte een felle politieke rel uit vanuit Vlaamse hoek. Er kwam immers een verdeling 56,5 % Nederlandstaligen en 44,5 % Franstaligen uit de bus. Nochtans had de Planningscommissie unaniem (12/12) de berekeningswijze van het advies goedgekeurd, en 10 van de 12 leden hadden ook het resultaat van de berekeningen goedgekeurd. Minister DE BLOCK werd door haar Vlaamse coalitiepartners N-VA en CD&V zwaar onder druk gezet, zodat ze uiteindelijk besliste om toch de historische verdeling 60/40 te behouden. Die verdeling werd in 2002 arbitrair vastgelegd. Het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang kreeg tot de opleiding voor een titel van huisarts of van geneesheer-specialist bedroeg toen 700: 420 Nederlandstaligen en 280 Franstaligen<sup>111</sup>.

Op 15.09.2016 geeft minister DE BLOCK groen licht voor de artsenquota voor het jaar 2022 op advies van de Planningscommissie, die stelt dat in 2022 in België 1.320 artsen mogen afstuderen. De verdeling komt echter niet overeen met het advies van de Planningscommissie, want 792 starters aan Vlaamse kant is nog altijd 60 % en 528 aan Franstalige kant is nog altijd 40 %.

In november 2016 besliste de minister om in plaats van 3.167 overtallige Franstalige studenten in de ‘lissage’ op te nemen tegen 2020, er slechts 1.355 in op te nemen, zodat met één pennentrek 1.812 bijkomende Franstalige studenten geneeskunde een RIZIV-nummer en toegang tot het beroep krijgen<sup>112</sup>. ‘Lissage’ is in deze materie het vakjargon voor ‘afvlakken’ of ‘uitvakken’, maar in Vlaamse kringen wordt dat stilaan als synoniem beschouwd voor ‘uitstel is afstel’. De afvlakking zou vanaf 2023 beginnen. Als men 13 jaar lang 20 % minder Franstalige studenten opleidt, 422 in plaats van 528, of 13 jaar lang 105 studenten minder dan het quotum, dan pas komt men in de buurt van de ‘lissage’. De opmerking vanuit universitaire hoek dat het voortbestaan van de faculteiten in het gedrang dreigt te komen, heeft geen plaats in de Planningscommissie. De studies geneeskunde zijn al decennialang een

---

<sup>111</sup> KB van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (BS 14.06.2002; ED. 1) opgeheven door KB van 12.06.2008.

<sup>112</sup> “De 8 zaligheden van Maggie De Block”. Artsenkrant – “Les 8 faux pas de Maggie De Block”. Le Journal du Médecin 18.11.2016.

gemeenschapsmaterie, de federale Planningscommissie houdt zich bezig met het ramen van de behoeften aan gezondheidszorgverstrekkers om de Belgische bevolking optimaal te kunnen verzorgen.

Het persbericht over de ministerraad van 23.12.2016 inzake de quota vermeldt: “Wat de gezondheidszorg betreft, kondigde minister Maggie De Block eerst de aanstelling van de heer Tom AUWERS als voorzitter van de FOD Volksgezondheid aan. Vervolgens verklaarde de minister dat alle Franstalige geneeskundestudenten die momenteel in hun laatste jaar zitten en hun diploma behalen, hun RIZIV-nummer kunnen bekomen zodat ze hun stage kunnen beginnen. Het overtal Franstalige studenten moet naar de toekomst toe wel weggewerkt worden, benadrukte de minister”<sup>113</sup>. In Vlaanderen wordt er gereageerd dat het een echte schande is, maar de Vlaamse partijen CD&V en N-VA hebben die beslissing in de ministerraad wel mee goedgekeurd<sup>114</sup>.

Dit spagaat bestaat al jaren: enerzijds wordt het overtal aan artsen in Franstalig België op ± 1.350 geschat, is de gemiddelde activiteitsgraad van de Franstalige arts gemiddeld slechts 2/3<sup>de</sup> van zijn Vlaamse collega en toch blijven er Franssprekende artsen toestromen in Brussel en ten zuiden van de taalgrens. Op 08.12.2016 luidden Cathérine FONCK (cdH), de BVAS en de studentenverenigingen geneeskunde de alarmbel: 41 % van de nieuwe RIZIV-nummers die aan artsen in de Franse Gemeenschap worden toegekend, zijn bestemd voor buitenlanders; in Vlaanderen gaat het om 16 %<sup>115,116,117</sup>.

Tijdens de vergadering van de Planningscommissie van 24.01.2017 heeft ondergetekende er nogmaals op gewezen dat de EU-reglementering sinds 2014 toelaat een taalexamen af te nemen van de kandidaat-arts immigrant. In Nederland eist men naast een hoge graad van Nederlandse taalvaardigheid, ook de kennis van het Nederlandse sociale zekerheidssysteem en van de organisatie van de gezondheidszorg. Wat houdt onze federale minister Maggie DE BLOCK tegen om dit ook in België te organiseren?

Aan Vlaamse kant had het Vlaams Artsensyndicaat (VAS) samen met de Vlaamse Vereniging van Tandartsen (VVT) ook al gereageerd tegen de toevloed van buitenlandse artsen<sup>118</sup>: “Toegang tot (tand)artsenberoep bedreigd door buitenlandse immigratie”.

## 6 Numerus clausus – dubbele cohort

In augustus 2016 barstte een (zoveelste) communautaire bom inzake de artsenquota. De Franse Gemeenschap had een vergelijkend examen georganiseerd na het eerste jaar geneeskunde. Van de 1.112 deelnemende studenten die arts wilden worden, mochten alleen de 582 best geplaatste studenten hun studie verderzetten. Zoals te verwachten trokken een aantal geslaagde, maar niet bij de besten gerangschikte studenten naar de Raad van State. Van zeven Luikse studenten, die als eersten een verzoekschrift hadden ingediend, wonnen er zes hun zaak. Ze mochten hun studie verderzetten. De zevende student verloor omdat hij niet de noodzakelijke 45 studiepunten had behaald<sup>119,120,121</sup>.

De Raad van State steunde zijn arrest onder meer op het gebrek aan materiële motivering door de Planningscommissie bij het uitvaardigen van het KB van 30.08.2015<sup>122</sup>. Dat KB stelt sibillijns dat in artikel

---

<sup>113</sup> <http://www.presscenter.org/nl/pressrelease/20161223/ministerraad-van-23-december-2016>

<sup>114</sup> “Het kerstcadeau van Maggie De Block: RIZIV-nummers”. *Opinie van Hendrik Vuye en Veerle Wouters*. Knack; 10.01.2017

<sup>115</sup> “Les médecins étrangers de plus en plus nombreux en Belgique”. *Journal du Médecin*, 09.12.2016.

<sup>116</sup> “Meer buitenlanders”. *Artsenkrant*; 09.12.2016.

<sup>117</sup> “41 % des numéros INAMI attribués à des médecins étrangers: ‘C’est injuste’.” *MediQuality*; 08.12.2016.

<sup>118</sup> “Geef Vlaamse jeugd gelijke wapens”. *Persbericht BVAS-VVT*; 12.07.2016.

<sup>119</sup> **Fout! Alleen hoofddocument.** Conseil d’État, Section du contentieux administratif, arrêt n° 235.618 du 12 août 2016

<sup>120</sup> “Etudes de médecine: Maggie De Block est au pied du mur”. *La libre Belgique*; 13-14-15.08.2016

<sup>121</sup> “Selectieproef voor Franstalige studenten geneeskunde is klinisch dood”. *De Standaard*; 12.08.2016.

<sup>122</sup> KB van 30.08.2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (BS 21.09.2015; Ed.1).



3 van het bestaande KB betreffende de planning van het medisch aanbod de woorden “en 2020” telkens vervangen worden door de woorden “tot 2021”. Die loutere verlenging van de federale quota laat niet toe om de bedoeling ervan te begrijpen. De Raad van State wijst erop dat de uitvoerende macht volgens het advies van de Planningscommissie van 8 mei 2015 noch rekening heeft gehouden met de nieuwe statistieken, die werden verkregen door het koppelen van verschillende databases, noch met de leeftijdspiramide van de artsen-specialisten, en nog minder met het voorstel om het quotum voor 2021 op te trekken. Louter de urgentie inroepen om de quota te verlengen op basis van een methodologie waarvan dezelfde Planningscommissie in haar jaarverslag van 2014 erkent dat ze de foutenmarge van de voorspellingen vergroot, is onaanvaardbaar voor de Raad van State, die van oordeel is dat het cijfer van 1.230 artsen voor de jaren 2015-2018 zoals in het origineel KB van 2008<sup>123,124</sup> was vastgelegd, niet meer van toepassing is.

Als kers op de taart vermeldt de Raad van State verder dat het besluit van de Franse Gemeenschap van 17 juli 2015<sup>125</sup> dat de selectieproef vastlegde ambtshalve buiten toepassing moet gelaten worden omdat het niet werd voorgelegd aan de afdeling wetgeving van de Raad van State en omdat er geen motivering van de urgentie werd gegeven. Gevolg: alleen het behalen van 45 studiepunten is nodig om naar het 2<sup>de</sup> bachelor te mogen overstappen; de rangschikking bij de eerste 582 studenten valt weg. In Vlaanderen vragen de rectoren en menig Vlaams politicus zich af of deze zoveelste Franstalige poppenkastvertoning geen opgezet spel was. De vergetelheid van minister Jean-Claude MARCOURT, PS-minister van Hoger Onderwijs, kon geen genade vinden. Rector Rik TORFS van de KU Leuven stelde: “Je kan je afvragen of hij (Jean-Claude MARCOURT) het niet allemaal bewust heeft laten mislukken. Eerst heeft hij een mooie regeling voor de toekomst uitgewerkt en nu laat hij ook alle huidige studenten doorglijpen”.<sup>126</sup>

Nadien volgden nog analoge uitspraken voor andere Franstalige studenten, o.m. van Namur en Mons, zodat tegen eind september 2016 liefst 287 niet-geselecteerde Franstalige studenten geneeskunde toch hun studie mochten verderzetten terwijl ze buiten het quotum vielen<sup>127</sup>. Het mogen verderzetten van de studie betekent echter niet dat er een garantie bestaat dat men later ook een RIZIV-erkenningsnummer zal verkrijgen<sup>128</sup>. Volgens de Planningscommissie zijn er immers beduidend te veel Franstalige artsen.

Bij het volgende VBS-jaarverslag zullen we weten of minister Jean-Claude MARCOURT een ingangsexamen zal hebben georganiseerd voor de kandidaat-studenten geneeskunde. Zouden de Franse Gemeenschap en haar ministers, twintig jaar na de invoering van een ingangsexamen in de

---

<sup>123</sup> KB van 12.06.2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (BS 18.06.2008; Ed. 1).

<sup>124</sup> Ter herinnering: KB 12.06.2008 gewijzigd bij KB van 01.09.2012, art. 3.: het maximaal aantal geattesteerde kandidaten dat toegang heeft tot een opleiding leidend tot die ... over een diploma van arts met een basisopleiding beschikt afgegeven door een Belgische universiteit ..... wordt vastgesteld op:

- 757 per jaar voor de jaren 2008 tot 2011, - 890 voor het jaar 2012, - 975 voor het jaar 2013, - 1 025 voor het jaar 2014, - 1 230 per jaar voor de jaren 2015 tot 2018, -2460 voor het jaar 2018, - 1230 per jaar voor de jaren 2019 en 2020.
- Dit cijfer wordt per Gemeenschap als volgt opgesplitst :
- 1° Het maximaal aantal Kandidaten geattesteerd door de universiteiten vallend onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, wordt vastgesteld op :
  - - 454 per jaar voor de jaren 2008 tot 2011, - 534 voor het jaar 2012, - 585 voor het jaar 2013, - 615 voor het jaar 2014, - 738 per jaar voor de jaren 2015 tot 2018, - 1476 voor het jaar 2018, - 738 per jaar voor de jaren 2019 en 2020.
- 2° Het maximaal aantal Kandidaten geattesteerd door de universiteiten vallend onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap, wordt vastgesteld op :
  - - 303 per jaar voor de jaren 2008 tot 2011, - 356 voor het jaar 2012, - 390 voor het jaar 2013, - 410 voor het jaar 2014, - 492 per jaar voor de jaren 2015 tot 2018, - 984 voor het jaar 2018, - 492 per jaar voor de jaren 2019 en 2020.

<sup>125</sup> Besluit van 17.07.2015 van de Regering van de Franse Gemeenschap tot bepaling van het globale aantal toegangsattesten ten gevolge van het programma van de cyclus die uitgereikt zullen worden gedurende het academiejaar 2015-2016 (BS 14.08.2015; Ed. 2).

<sup>126</sup> “Franstalige artsenproef communautaire kwestie”. De Tijd; 13.08.2016.

<sup>127</sup> “L’imbroglio autour des études de médecine décrypté”. L’Echo; 24.09.2016.

<sup>128</sup> “Reçus-collés: la victoire pourrait avoir un goût amer”. Le Soir; 21.09.2016.

Vlaamse Gemeenschap, en na talloze veldslagen te hebben verloren in een onnoemelijk aantal procedures voor de Raad van State ingespannen door honderden studenten en hun ouders, eindelijk hebben ingezien dat een ingangsexamen misschien de betere manier is om de onbetaalbare studentenstroom naar de geneeskunde in te dijken? Gaat de Franse Gemeenschap voor een numerus fixus op 08.09.2017, de datum die hardop wordt gefluisterd door de Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES)<sup>129</sup>?

Zullen we begin 2018 weten of er een oplossing wordt gevonden, en zo ja, welke, voor het probleem van de dubbele cohort? Al jaren wordt er over gediscussieerd in de Hoge raad voor artsen-specialisten en huisartsen, alle mogelijke pistes werden uitgewerkt, maar steeds kwam men bij de financiële kant van de zaak: of men nu jonge collega's naar het buitenland wil sturen, of men openstaande stageplaatsen wil invullen, of men het aantal op te leiden artsen per stagemeester verhoogt, of men meer artsen een parttime opleiding laat volgen, of men nieuwe stagemeesters tijdelijk aanvaardt mits gemakkelijkere criteria, steeds botst men op twee fundamentele problemen: is de kwaliteit van de opleiding gegarandeerd en wie gaat dat betalen? De minister houdt het been stijf. Volgens haar kabinetschef, Dr. Bert WINNEN, is er geld genoeg in de gezondheidszorg, want we geven er al 10,4 % van het BNP aan uit. Bedoeld wordt dat er genoeg geld zit in het budget van de artsenhonoraria. Collega's, betaal het dus zelf!

Ondertussen maakte de Planningscommissie bekend dat er 1.505 stageplaatsen te weinig zijn om die dubbele cohort geneeskunde studenten op te vangen: 1.061 in Franstalig België en 444 in Vlaanderen<sup>130</sup>. De nota 'Kwantitatieve voorspelling van het effect van de dubbele cohort van gediplomeerden in de medische wetenschappen op de stageplaatsen in de geneeskunde voor het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel' (update december 2016) splitst de behoefte per specialisme op<sup>131</sup>. Meestal lopen die gelijk in beide gemeenschappen, vb. 266 stageplaatsen te kort in interne geneeskunde in de Franse Gemeenschap en 130 stageplaatsen tekort aan Vlaamse zijde. Maar het kan ook andersom, met als meest sprekend voorbeeld: 76 stageplaatsen te kort voor huisartsgeneeskunde aan Franstalige zijde, terwijl er een overschot van 149 plaatsen bestaat aan Vlaamse zijde<sup>132</sup>.

Een uitspraak van de oud-rector van de ULB en voorzitter van de 'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES)' deed bij het eindejaar de grondvesten van de opvatting 'pénurie' daveren. Prof. Didier VIVIERS verklaarde op 30.12.2016 dat hij er niet van overtuigd is dat er een artsentekort is in de komende jaren. Blijkbaar kan men van mening veranderen als men een hoog ambt verlaten heeft<sup>133</sup>. Een standpunt van een deskundige dat nog zal geciteerd worden. Elie COGAN, professor aan dezelfde ULB en diensthoofd interne geneeskunde van het Erasmusziekenhuis, had in september 2016 in een opiniestuk de numerus clausus nog een bedrog genoemd dat leidt tot een artsentekort<sup>134</sup>. Van Professor COGAN mag iedereen zijn studies geneeskunde aanvatten, maar er moet een vestigingswet komen. Een cynisch plan: bewust meer artsen opleiden dan nodig en ze dan de woestijn insturen.

---

<sup>129</sup> "L'Ares propose la date du 8 septembre pour l'examen d'entrée". La Libre Belgique ; 17-18.12.2016.

<sup>130</sup> "Meer dan 1.500 stageplaatsen te kort in 2018". Artsenkrant; 20.01.2017.

<sup>131</sup> [http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/note\\_2016\\_double\\_cohort\\_nl.pdf](http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/note_2016_double_cohort_nl.pdf)

<sup>132</sup> "Il va manquer 1500 places de stage en médecine en 2018". La Libre Belgique 10.01.2017.

<sup>133</sup> "Didier Viviers doute de la pénurie de médecins ...". La Libre Belgique; 31.12.2016-01.01.2017.

<sup>134</sup> "Carte blanche: Le numerus clausus: une mascarade menant à la pénurie". Le Soir; 23.09.2016.

## 7 Akkoord artsen-ziekenfondsen

### 7.1 Opvolging akkoord 22.12.2015 voor de jaren 2016-2017

Het aantal bij het RIZIV als actief geregistreerde artsen varieert van dag tot dag. Artsen gaan met pensioen, artsen overlijden, er worden het hele jaar door druppelsgewijs of in de zomermaanden met honderden tegelijk nieuwe artsen erkend als huisarts of specialist. Dit perpetuum mobile maakt interpretatie van cijfers soms ingewikkeld. Alles hangt af van het referentiemoment. Voor de akkoorden artsen-ziekenfondsen is dat het moment van invoegetrede van het akkoord. Het akkoord voor 2016 en 2017 dat op 22.12.2015 werd afgesloten trad in voege op 2 maart 2016, twee weken na het afsluiten van de redactie van mijn vorige jaarrapport<sup>135</sup>.

Van de 48.055 bij het RIZIV als actief geregistreerde artsen op 02.03.2016 waren er 7.690, of 16,00 %, die per aangetekende brief weigerden toe te treden tot het akkoord. Van de 40.365 geconventioneerde artsen, of 84,00 %, meldden er 1.272 per aangetekende brief dat ze slechts gedeeltelijk wensten toe te treden (2,65 % van het geheel). 39.093 collega's reageerden niet en worden dus als volledig geconventioneerd beschouwd (81,35 % van het geheel). Het aantal gedeconventioneerde artsen bleef de voorbije 22 jaar merkwaardig stabiel: gemiddeld 16,58 % met uitschieters naar beneden tot 15,02 % (in 2000) en naar boven tot 18,87 % (in 1993) (cf. tabel 3).

---

<sup>135</sup> "Verandering in statu nascendi". Dr. Marc Moens. VBS-jaarverslag 2015. Brussel 20.02.2016.

## EVOLUTIE DECONVENTIEPERCENTAGES 1993-2016 PER DISCIPLINE

	22.12.2015	22.12.2014	23.01.2013	21.12.2011	13.12.2010	17.12.2008	20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Gemiddelde
1 Gen. Specialist in opleiding (GSO)	0,21	0,24	0,46	0,26	0,39	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,42
2 Geriatrie	1,30	1,69	2,54	2,75	2,56											2,17
3 Acute en urgentiegeneeskunde	1,66	2,15	2,46	2,53	2,74											2,31
4 Klinische biologie	3,05	3,15	3,35	2,87	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,44
5 Medische oncologie	3,57	3,70	4,46	4,48	3,11											3,86
6 Inwendige geneeskunde + endocrino diabet.	4,54	4,96	6,10	5,64	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	7,25
7 Radiotherapie	5,45	5,16	5,69	5,56	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,72
8 Nucleaire geneeskunde	5,74	5,45	5,72	6,46	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,97
9 Pneumologie	7,22	7,16	7,72	7,65	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,70
10 Pathologische anatomie	7,74	6,71	7,06	6,82	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,84
11 Anesthesiologie	8,45	11,87	12,06	12,41	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	13,62
12 Neuropsychiatrie	9,80	10,19	13,18	13,93	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	14,59
13 Neurologie	11,02	10,25	11,62	12,82	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	7,28
14 Algemeen geneeskundigen	11,46	11,41	12,13	12,11	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	13,69
15 Psychiatrie	11,80	11,15	12,17	11,78	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,55
16 Andere specialiteiten	12,31	13,04	9,57	9,80	7,89											10,52
17 Pediatrie + ped. neurologie	12,36	11,85	12,00	11,00	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,44
18 Gastro-enterologie	17,18	18,18	18,22	16,74	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	15,38
19 Heelkunde	19,66	19,56	20,51	22,02	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	18,69
20 Cardiologie	20,21	20,28	20,92	20,82	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,81
21 Reumatologie	20,99	23,21	22,31	26,05	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	20,88
22 Neurochirurgie	26,70	26,24	28,85	26,37	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	24,02
23 Fysische gen. en Fysiotherapie	29,53	28,25	26,69	26,28	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	22,69
24 O.R.L.	30,53	30,60	31,38	32,40	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	28,96
25 Radiologie	31,41	31,14	32,77	34,73	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	25,35
26 Urologie	31,98	33,41	31,59	33,01	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	28,38
27 Stomatologie	40,63	41,18	39,76	40,73	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,99
28 Orthopedie	40,71	40,45	39,44	38,31	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	29,99
29 Gynecologie-vertoskunde	49,24	49,58	51,25	51,73	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	45,71
30 Oftalmologie	57,68	57,94	58,59	56,95	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	53,95
31 Plastische heelkunde	58,33	59,29	61,89	61,60	61,20	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,22
32 Dermatologie-venerologie	69,01	67,96	70,00	68,87	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	64,20
Totaal specialisten + GSO	18,88	19,22	20,04	20,25	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,60
ALGEMEEN TOTAAL	16,00	16,17	16,90	17,10	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,58

Bron: RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS: stand op 02/03/2016

In zijn punt 13.2.2.1. voorziet het akkoord van 22.12.2015 dat de artsen individueel het akkoord konden opzeggen vóór 15.12.2016 met een aangetekende en gemotiveerde brief. Een voor 2016 geconventioneerd arts kon dus op gelijk welk moment in 2016 uit het akkoord stappen voor het jaar 2017. Het VBS en de BVAS hebben gedurende het jaar 2016 hun leden herhaaldelijk gewezen op het feit dat vanaf 1 januari 2017 het verkrijgen van het RIZIV-sociaal statuut gekoppeld zou worden aan het bereiken van een minimumactiviteitsdrempel in 2015. Dit nieuwe systeem trad in voege op 01.01.2017<sup>136</sup> ondanks blijvend verzet van de BVAS sinds de aankondiging ervan in 2014. Uit cijfers van de medicomut weten we dat er 2.813 artsen zijn die de minimumdrempel in 2015 niet hebben bereikt om in 2017 recht te hebben op het sociaal statuut van het RIZIV<sup>137</sup>. Bovendien hebben artsen die hun pensioen bij het RIZIV opnamen, maar toch blijven verder werken, door een vergetelheid in de pensioenwet van 18.12.2015 geen recht meer op het sociaal statuut van het RIZIV, zelfs indien ze de minimumactiviteitsdrempel voor hun specialisme bereiken. Beide groepen artsen hebben dus geen enkele reden meer om zich nog te houden aan de sociale tarieven van het akkoord.

Op 20 december 2016 meldde het RIZIV eerder triomfantelijk dat tussen 1 november en 19 december 2016 slechts 441 artsen het tweejaarlijkse akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015 hadden opgezegd voor het jaar 2017. In feite had het RIZIV de situatie moeten vergelijken op het moment van het aanvaarden van het akkoord, namelijk op 2 maart 2016 en 19 december 2016. De waarschuwingen over de minimumactiviteitsdrempel waren immers niet nieuw. In die periode van 9 maanden deconventioneerden 628 collega's of 22,3 % van de 2.813 artsen die in 2015 de minimumactiviteitsdrempel niet haalden.

Op 02.03.2016 weigerden 7.690 artsen op 48.055 artsen het akkoord, of 16,00 %. Op 19.12.2016 waren dat er 8.318 op 49.453, of 16,82 %. Dat wil zeggen dat voor het jaar 2016 in totaal 84,00 % van alle artsen waren toegetreden (88,54 % van de huisartsen en 81,12 % van de specialisten) en dat dit cijfer door de invoering van de minimumactiviteitsdrempel en met het vooruitzicht van nieuwe besparingsmaatregelen lichtjes daalde tot 83,18 % in het totaal (88,29 bij de huisartsen en 78,89 % bij de specialisten) voor het jaar 2017 (cf. tabel 4).

	Huisartsen		Specialisten		Totaal	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Brussel	80,31	80,76	81,34	80,62	80,98	80,67
Wallonië	86,28	85,91	83,83	82,48	84,79	84,47
Vlaanderen	91,79	91,53	79,44	78,14	84,33	83,86
Totaal	88,54	88,29	81,12	79,89	84,00	83,18

Tabel 4

Op 01.01.2017 werd het magische cijfer van 50.000 bij het RIZIV beroepsactieve artsen overschreden (cf. accreditering). Op 31.12.2015 waren er bij de FOD Volksgezondheid 60.520 artsen geregistreerd die gemachtigd zijn in België hun beroep uit te oefenen, van wie er 51.775 gedomicilieerd zijn in België<sup>138</sup>.

<sup>136</sup> KB van 16.08.2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren (BS 26.09.2016 Ed. 2).

<sup>137</sup> Doc CNMM-NCAZ 2016/123 d.d. 28.11.2016

<sup>138</sup> [http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/jaarverslag\\_2015\\_nl.pdf](http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/jaarverslag_2015_nl.pdf) (pag. 29)

## 7.2 Stutten gezocht voor het kwakkelend akkoordensysteem

In zijn vergadering van 07.11.2016 zocht voorzitter Jo DE COCK ondersteuning voor het gebouw medicomut dat stilaan op instorten staat. Vier aandachtspunten en een aantal werven werden erin opgesomd<sup>139</sup>:

- 1) Respect voor de timing van de uitvoering van de akkoorden
- 2) Indexering
- 3) Bijzondere werven
- 4) Het overlegmodel

De BVAS reageerde er omstandig op per brief<sup>140</sup> en in de vergadering van de medicomut van 05.12.2016.

### 7.2.1 Respect voor de timing van de uitvoering van de akkoorden

De BVAS wees er voorzitter DE COCK op dat een reeks afgesproken en gebudgetteerde maatregelen uit het akkoord van 22.12.2014 nog steeds niet gerealiseerd waren op 16.11.2016, of twee jaar na het afsluiten van het akkoord:

*“Punt 4.2.8. Volgende positieve maatregelen, die reeds in de TGR werden besproken, zullen zo snel mogelijk worden doorgevoerd:*

- *digitalisering mammografieën (8,5 mio euro);*
- *testen klinische biologie Mycobacterium tuberculosis (0,029 mio euro);*
- *herwaardering honoraria neuropediatrie (1,190 mio euro)<sup>141</sup>;*
- *herwaardering raadpleging neurologie (1,610 mio euro)<sup>142</sup>;*
- *opheffing cumulverbod toezicht in G - dienst en kleine ingrepen (1,178 mio euro);*
- *opwaarderen bezoek specialist patiënt in RVT op verzoek huisarts (0,316 mio euro);*
- *problematiek van living donor (0,263 mio euro)”.*

(einde citaat uit het akkoord van 22.12.2014).

De suggestie werd gedaan dat de voorziene adviezen geacht worden te zijn gegeven na een periode van vb. twee maand. Het is onbetamelijk dat de minister van Begroting bijna twee jaar op zich laat wachten om een advies te geven over dossiers waar zijn afgevaardigde in het RIZIV-verkeringscomité mee akkoord ging. De vraag kan ook gesteld worden of de Raad van State niet sneller adviezen zou kunnen geven over de zeer technische materie van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.

Belangrijke punten uit het lopende akkoord werden nog maar pas of nog niet aangesneden. Bij het eerste hoort het creëren van een tegemoetkoming voor de opleiding van artsen-specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen waar een jaarlijks budget van 10 miljoen euro is ingeschreven “tijdens de looptijd van het akkoord”.<sup>143</sup> De werkgroep werd opgericht, met naast de leden van de medicomut ook een vertegenwoordiging van de artsen-specialisten in opleiding (VASO-AMSF<sup>144</sup>) en kwam een eerste maal samen op 09.01.2017. Gezien de gespannen situatie omtrent de ontbinding van het akkoord (cf. punt 7.3.) en gezien de vermelding “tijdens de looptijd van het akkoord” is de toekomst van de toekenning van dat budget onzeker. Over de invoering van een urgentietoeslag voor natuurlijke

---

<sup>139</sup> Doc NCAZ 2019/119 d.d. 07.11.2016: “Referentiekader overleg artsen-ziekenfondsen”.

<sup>140</sup> Doc NCAZ 2019/122 d.d. 16.11.2016: BVAS bemerkingen bij Doc NCAZ 2019/119.

<sup>141</sup> Inmiddels gerealiseerd: KB van 09.11.2016 tot wijziging van de artikelen 2, B, en 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 30.11.2016; Ed. 2) en in voege sinds 01.01.2017.

<sup>142</sup> Idem

<sup>143</sup> Punt 4.2.10 van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015

<sup>144</sup> VASO-AMSF: Nationale Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding – Association nationale de médecins spécialistes en formation

bevallingen<sup>145</sup>, inclusief de eventuele meerkosten voor anesthesie (7 miljoen euro) moet de bespreking nog beginnen. Als de bespreking er nog komt, belooft de urgentietoelage een complexe materie te worden, want hij wordt gelinkt aan de beheersing van het aantal keizersneden en aan de impact op de conventioneersgraad van de gynaecologen. De gynaecologen behoren bij de groep artsen met het hoogste aantal gedeconventioneerden: 49,24 % vlak na het afsluiten van het akkoord van 22.12.2015 (cf. tabel 3), opgelopen tot 51,02 % na de individuele deconventie van 15.12.2016<sup>146</sup>.

## 7.2.2 Automatische indexering en intellectuele acts

In verband met de indexering stelde de BVAS op 05.12.2016 een lineaire indexering voor, maar dat voorstel haalde geen meerderheid. Er werd een ongelijke indexering goedgekeurd waarbij de indexering varieert van 0,0 % tot maximum 2,12 %.

Het gebruik van de term 'intellectuele' versus 'technische' verstrekkingen werd gehekeld. Decennialang worden anesthesisten, chirurgen, klinisch biologen, radiologen, patholoog-anatomen... alfabetisch tot en met de urologen met dit pejoratief woordgebruik omschreven. Nochtans zijn het nochtans vooral de 'intellectuelen' onder ons die niet zo adequaat medische beeldvorming, klinische biologie, pathologische anatomie, et cetera voorschrijven. Voor de vaststelling dat huisartsen bijvoorbeeld 41 % van alle CT 's voorschrijven kon geen EBM verklaring worden gevonden. Evenmin werd een duidelijke verklaring gegeven waarom de Belgische huisarts vele keren meer klinische biologie voorschrijft dan zijn Nederlandse collega, met een toch vergelijkbare patiëntenpopulatie. Deze vaststelling kon de honger naar budgetverhoging voor de huisartsen van AADM<sup>147</sup> enigszins temperen.

Om het akkoordensysteem in stand te houden, moet een wettelijk kader worden gecreëerd dat de indexering van de honoraria automatisch toepast op het ogenblik dat de spilindex wordt overschreden. Er bestaat actueel voor zorgverstrekkers die met honoraria vergoed worden, zoals de artsen, geen recht op een indexering. Als er al een indexering wordt toegekend, loopt die altijd één jaar achter op de indexering van het personeel dat de artsen tewerk stellen. Alleen de modaliteiten van die eventuele toekenning van een indexering zijn bij koninklijk besluit geregeld<sup>148</sup>.

## 7.2.3 Bijzondere werven

### 7.2.3.1. Ziekenhuishervorming

Zowel in de adhoc werkgroep die op het kabinet DE BLOCK de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen voorbereidt als in de medicomut legde ondergetekende er de nadruk op dat de bevoegdheden van de medische raden of een delegatie van de medische raden van de ziekenhuizen die betrokken worden bij een klinisch netwerk wettelijk moeten verankerd worden. De artsen moeten zowel strategisch als operationeel betrokken worden bij het beheer van de toekomstige ziekenhuisnetwerken (cf. punt 3).

Bovendien moet er een wettelijk initiatief worden genomen om het kader van de afhoudingen op de artsenhonoraria in het ziekenhuismilieu strikter te omschrijven. Vandaag is het immers legio dat ziekenhuizen, onder het mom van een structurele onderfinanciering, misbruik maken van de niet precies geformuleerde wetsartikelen, zodat ze onterecht kosten afwentelen op de artsenhonoraria.

---

<sup>145</sup> Punt 4.2.4 van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015: gynaecologie

<sup>146</sup> Cijfers RIZIV, meegedeeld 23.12.2016: rejects doctors : table comparison 2016: 1/11 & END 19/12 (post 14/12)

<sup>147</sup> Alliantie Artsenbelang Domus Medica - L'Alliance Avenir Des Médecins

<sup>148</sup> KB van 08.12.1997 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 6 december 1994 houdende benoeming van de leden van de Commissie voor toezicht op en evaluatie van de statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen (BS 18.02.1998; Ed. 1).

### 7.2.3.2. Nomenclatuur

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen moet een herziening van de nomenclatuur maken, gebaseerd op parameters als uitvoeringsduur van de handeling, opleidingsduur om de handeling kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren, complexiteit van de handelingen en risico's die eraan verbonden zijn. Minister De Block heeft hiertoe een initiatief genomen en een opdracht gegeven enerzijds aan de KU Leuven en anderzijds de groep PIRSON-LECLERCQ (ESP-ULB) om te onderzoeken wat de kosten zijn van medische prestaties in de groep van laagvariabele pathologieclusters in de ziekenhuizen. Aangezien de minister ook volop werkt aan de herziening van de ziekenhuisfinanciering kan de vraag gesteld worden of het een goede keuze is om op hetzelfde moment ook de nomenclatuur te herijken. Bij het onderzoek van PIRSON-LECLERCQ worden de verschillende beroepsverenigingen van artsen-specialisten van het VBS betrokken (cf. punt 3.2.4.).

### 7.2.3.3. Kwaliteitsbeleid en doelmatige zorg

De nota van voorzitter DE COCK stelt de vraag om de 270 miljoen euro kostende accreditering om te turnen tot een systeem 'pay for quality'. Hij wil de accreditering ook gebruiken om onredelijke praktijkvariaties en volumeverschillen terug te dringen. In één adem wordt ook het 'plan handhaving' er bij gehaald dat in de 'taskforce besparingen' in de eerste jaarhelft van 2016 op punt werd gezet. Daar wordt onder meer de ontwikkeling van een systematische audit van de ziekenhuizen in het vooruitzicht gesteld, gebaseerd op principes van tegensprekelijkheid met ziekenhuisdirecties en medische raden. Desgevallend kan dergelijke audit uitmonden in nog nader te omschrijven actieplannen.

Een heroriëntering van het systeem van accreditering naar een systeem van pay for quality kan een mooie theoretische droom zijn, maar zal de administratieve belasting voor zowel de artsen als de RIZIV-administratie explosief doen toenemen. Hoe meet men kwaliteit en kwaliteitsverbetering? De nota verwijst naar het Franse 'rémunération sur objectifs de santé publique', dat berust op 29 indicatoren<sup>149</sup> en dat geldig is voor specialisten die hun beroepsactiviteiten voornamelijk ambulant 'in een kabinet' uitoefenen (*indicateurs d'organisation du cabinet*). Lang niet alle artsen kunnen via klassieke kwaliteitsindicatoren gevolgd worden, bijvoorbeeld wanneer het gaat over de follow-up van chronische patiënten, preventie en efficiëntie. Dit Franse model heeft vele beperkingen.

Bovendien wordt in de conceptnota voor de hervorming van het KB nr. 78<sup>150</sup> voorgesteld het 'bijhouden van een portfolio' voor de artsen te koppelen aan het elektronisch systeem van accreditering dat het RIZIV organiseert. Dit zou zonder meer betekenen dat de accreditering verplicht wordt en bij de FOD Volksgezondheid terechtkomt, wat de bedenkers van het accrediteringssysteem in 1993 te allen prijze wilden vermijden. Of zal er een dubbele accreditering voor de artsen komen? Of wordt het één samengesmolten geheel in de context van de Redesign nadat de FOD Volksgezondheid en het RIZIV zijn eengemaakt onder Pedro FACON (cf. punt 4.4)?

De mutualiteiten zijn vandaag al bevoegd om onredelijke praktijkvariaties en volumeverschillen vast te stellen in ziekenhuizen. Ze moeten die eventuele situaties objectief onderzoeken en de nodige acties ondernemen. De mutualiteiten stellen soms misbruiken vast maar doen er verder weinig mee, zeker als het gebeurt in een instelling van de eigen zuil.

---

<sup>149</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2011-dispositifs-transitoires/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php>

<sup>150</sup> 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)



Een systematische audit van alle ziekenhuizen in de context van het ‘plan handhaving’ is een brug te ver. Er bestaan al NIAZ<sup>151</sup>, JCI<sup>152</sup> en tal van interne audits in de context van kwaliteitsbevordering en -instandhouding. Dergelijke systemen sluiten misbruiken jammer genoeg niet uit, als die goed gecamoufleerd werden geregistreerd. Ook de gemeenschappen hebben controlemogelijkheden. De vraag is pertinent of al die audits en controles niet zo’n grote tijdsinvestering vergen dat de kwaliteit van de zorg en de tijd die aan de patiënt kan worden besteed er bij inboet. Zwakke punten in het Belgische gezondheidszorgsysteem zijn ook zonder die systematische audits bekend, bijvoorbeeld doorligwonden, onvoldoende zorg bij cerebrovasculaire accidenten, geestelijke gezondheidszorg, ondermaatse preventie. Bij de koppeling van kwaliteit aan handhaving en doelmatige zorg wordt te veel de aandacht gericht op het ‘te veel of niet adequaat gebruik’, maar dit ondergebruik wordt niet vermeld.

#### 7.2.3.4. Gegevensuitwisseling

Bij de transmissie van geanonimiseerde klinische gegevens is een basiselement de vertrouwelijkheid. Het is onaanvaardbaar dat verzekeraars de diagnoses van patiënten krijgen. De scheiding tussen medische gegevens en verzekering moet sluitend en absoluut zijn. Toestemming tot het delen van gegevens moet op een duidelijk verstaanbare manier aan patiënten worden meegedeeld, en niet op een tersluikse manier zoals het vandaag dikwijls gebeurt.

Hoeveel van de 5.028.836 Belgen<sup>153</sup> die hun toestemming gaven voor de beveiligde digitale uitwisseling van hun medische gegevens tussen zorgverleners weten wat dat eigenlijk betekent? Waren ze er zich alle 5.028.836 van bewust tot wat ze zich engageerden toen ze ergens hun handtekening onder zetten? De informatie aan de burger, aan de arts en aan alle zorgverleners moet duidelijker worden.

Bij gegevensuitwisseling zijn de mutualiteiten er meteen als de kippen bij om ook extra informatie te verkrijgen over supplementaire honoraria in de ambulante sector. In de ziekenhuissector kennen ze die bedragen al jaren.

#### 7.2.3.5. Supplementaire honoraria

De eventuele discussie over de aan de ziekenfondsen aan te leveren informatie van supplementaire honoraria in het ambulante milieu ligt in dezelfde lijn als het debat over vrije honoraria dat beschreven was in punt 4.3. van het akkoord van 22.12.2015.

Als sommige partners menen dat vrije honoraria niet meer kunnen (cf. CM-voorzitter Luc Van Gorp in Knack 31.08.2016, blz. 65: *‘Hij stelt ook voor om deconventionering te verbieden. “Artsen en specialisten die een beroep willen doen op een terugbetaling door het RIZIV en dus een RIZIV-nummer krijgen, zouden moeten worden verplicht om zich te houden aan de afgesproken tarieven.”*’), dan houdt het akkoordensysteem op te bestaan.

Het IMA<sup>154</sup> beloofde in december 2016 een analyse aan te leveren over de toegepaste supplementaire honoraria in ziekenhuizen (met opsplitsing per discipline, conventiestatus), maar die cijfers werden nog niet bekendgemaakt.

Het akkoord van 22.12.2015 stelde dat voor het einde van 2017 regels zouden worden vastgelegd voor een voorafgaandelijke raming van de kosten bij ziekenhuisverblijf<sup>155</sup>.

---

<sup>151</sup> NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

<sup>152</sup> JCI: Joint Commission International

<sup>153</sup> Cijfer op 20.01.2017; persbericht kabinet De Block: “Vijf miljoen Belgen geven toestemming voor digitale uitwisseling van medische gegevens.”

<sup>154</sup> IMA: intermutualistisch agentschap

<sup>155</sup> Cf. punten 4.3.3 en 4.3.4. van het akkoord van 22.12.2015.

### 7.2.3.6 eGezondheid

De overheid wil de uitrol van de eGezondheid versnellen. Vicepremier en minister van Ontwikkelingssamenwerking, Digitale Agenda, Telecom en Post, Alexander DE CROO (Open VLD) zit zijn partijgenote Maggie DE BLOCK achter de veren. Volgens DE CROO ziet de toekomst van de mobiele gezondheidszorg er immers rooskleurig uit. Hij hoopt zelfs dat België een van de Europese leiders wordt rond de digitale innovaties in de gezondheidszorg<sup>156</sup>. Maar om dat prestige te verwerven, moeten eerst de 20 actiepunten van het plan eGezondheid<sup>157</sup> van Maggie DE BLOCK als de bliksem worden uitgerold.

Om het proces te versnellen, vragen de zorgverstrekkers in het algemeen, en dus ook de artsen, dat de overheid meer tijd en energie investeert in opleiding, snellere en meer adequate controle op de kwaliteit en het up-to-date zijn van de softwareprogramma's die de leveranciers leveren en het sneller ter beschikking stellen van betrouwbare, gemakkelijk raadpleegbare en continu geüpdatete referentiedatabanken.

Een tijdsige, duidelijkere en uniforme wetgeving inzake de bewijslast van de elektronische werkwijzen en van het elektronisch handtekenen is zeker ook welkom. Nu gebeurt dat druppelsgewijs<sup>158</sup> en erg laattijdig, soms zelfs na de datum van inwerkingtreding<sup>159</sup>.

Tot op heden is er geen enkele financiële vergoeding voorzien voor de artsen-specialisten, noch voor hardware, noch voor software, noch voor onderhoud, noch voor opleiding. Er waren nooit middelen voorhanden om aan de vraag voor dergelijke financiering tegemoet te komen in de medicomut.

De laatste bijzondere werf van het Doc NCAZ 2016/119 betreft de Redesign (cf. punt 4.4.)

### 7.2.4 Het overlegmodel

De nota Doc NCAZ 2016/119 kondigt onder dit punt aan dat het overlegmodel de komende jaren aan sterke beperkingen zal onderworpen blijven en dat er belangrijke hervormingen op stapel staan. Is het overlegmodel bestand tegen deze exogene factoren? De artsenbank vreest dat de rek eruit is om binnen een krimpend budget aan de zorgvragen en -noden van de bevolking te kunnen beantwoorden. De artsen geloven niet in een "meer met minder" scenario.

Er moet een tweede niveau van medico-mutualistische overeenkomst komen. Alles wat medisch mogelijk is nog in één enkel stelsel vatten is niet realistisch. Het alternatief is dat alsmar meer prestaties buiten de verzekerde korf worden gehouden. Beide scenario's doen de mutualiteiten steigeren. Het wordt een zoektocht naar een 'derde weg'<sup>160</sup>. De vraag blijft of mutualiteiten en artsen nog bereid zijn om die weg te zoeken. Uit gesprekken van ondergetekende werd duidelijk dat een akkoord afsluiten rechtstreeks met het kabinet of met de RIZIV-administratie uitgesloten is. Het antwoord van (ex-) kabinetschef Pedro FACON d.d. 23.11.2016 was dat het kabinet een toekomstpact<sup>161</sup> met de mutualiteiten zou afsluiten. En zo geschiedde met veel bombarie op 28.11.2016<sup>162</sup>. Onze ideeën over de Redesign (cf. punt 4.4.) mochten we opbergen en de verwachtingen die we in onze liberale minister

---

<sup>156</sup> Health Forum. Magazine van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen. September 2016, nr. 27, pag. 11.

<sup>157</sup> <http://www.plan-egezondheid.be/>

<sup>158</sup> Verordening van 05.12.2016 betreffende het elektronisch voorschrift binnen het ziekenhuis (BS 15.12.2016; Ed. 1).

<sup>159</sup> Verordening van 19.12.2016 betreffende het elektronisch voorschrift (BS 09.01.2017; Ed. 1). Deze verordening stelt de praktische modaliteiten vast voor het gebruik van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift vanaf 01.01.2017!

<sup>160</sup> De derde weg was de Britse beweging onder de oud-premier Tony Blair binnen de sociaaldemocratie en aanverwante stromingen die sinds de jaren 1990 een nieuw evenwicht zocht tussen de liberale markteconomie en de verzorgingsstaat. Hierbij worden (neo-) liberale ideeën gebruikt om socialistische doelstellingen te bereiken.

<sup>161</sup> <http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2%20Pact%20VI%2005.0.pdf>

<sup>162</sup> "Van zieken- naar gezondheidsfondsen". Persbericht kabinet minister De Block, 28.11.2016.

van Sociale Zaken en Volksgezondheid stelden kreeg een flinke knauw<sup>163,164</sup>. Ondertussen herhaalt zich de geschiedenis. 25 jaar geleden moesten de mutualiteiten miljoenen (Belgische franken) aan het RIZIV terugbetalen wegens ten onrechte uitbetaalde bedragen aan hun leden<sup>165,166</sup>. Tussen 1963 en 1997 was die schuld opgelopen tot tientallen miljarden Belgische franken. Een sociale programmawet van 1997 wiste die “miljardenspookschuld” definitief uit<sup>167</sup>. “L’histoire se repète”. Volgens het Rekenhof kregen de ziekenfondsen tussen 2002 en 2011 235 miljoen meer dan nodig<sup>168</sup>, euro dit keer, of 9,48 miljard oude Belgische franken.

Een van de vragen die voorzitter Jo DE COCK bij deze vierde werf stelde was wat de essentie is van een akkoord. Het antwoord is eenvoudig: respect, betrouwbaarheid en tijdige uitvoering van wat werd overeengekomen. Op de vraag hoe de conventiegraad te verbeteren, is er maar één correct antwoord: door correcte honoraria af te spreken. En niet door nogmaals het sociaal statuut te verhogen. De koppeling van het sociaal statuut aan de minimumactiviteitsgraad was een zware vergissing, die contraproductief is, zowel voor de artsen als voor de RIZIV-administratie. De BVAS heeft er zich altijd tegen verzet, zonder succes, want de minister wou dit absoluut doordrukken (cf. punt 7.1.).

## 7.3 De ontbinding van rechtswege

### 7.3.1 Uitvoering van punt 13.1.2. van het akkoord

Het punt 13.1.2 van het akkoord voorziet in een ontbinding van rechtswege van het akkoord 30 dagen na “de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van besparingsmaatregelen die eenzijdig door de regering worden vastgesteld ten aanzien van het huidig begrotingskader, de besparingen en correctiemaatregelen vermeld in het akkoord uitgezonderd”, en dit volgens welbepaalde voorwaarden<sup>169</sup>. Aan die voorwaarden werd voldaan, want op donderdag 05.01.2017 zond het Kartel een brief aan de voorzitter van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen om een ontbinding van rechtswege in te roepen en op donderdag 12.01.2017 deed de BVAS hetzelfde.

Medicomut-voorzitter Jo DE COCK riep daarop een vergadering bijeen op 25.01.2017 waar hij minister DE BLOCK op uitnodigde. De vergadering werd voorafgegaan door een reeks voorbereidende gesprekken op donderdag 19 januari en vrijdag 20 januari tussen de voorzitter en elk van de partners apart, gevolgd door een gezamenlijke werkgroepvergadering van de medicomut op maandagavond 23.01.2017 met een beperkte delegatie aan artsenzijde van de BVAS, Kartel, AADM en van de socialistische, christelijke en onafhankelijke ziekenfondsen aan mutualiteitszijde. Medicomut-voorzitter Jo DE COCK deed het voorstel de klok voor een maand stil te zetten en om ondertussen met de regering overleg te plegen om aanpassingen aan het systeem aan te brengen.

Dinsdagmiddag 24.01.2017 ontvingen de partners een ontwerpakte met punten die aan de regering zouden kunnen worden voorgelegd met de vraag om tegen 10u00 woensdagochtend 25.01.2017 te

---

<sup>163</sup> “Toekomstpact ziekenfondsen: meer controle, doorschuiven taken en indexering administratiekosten”. Opiniestuk Dr. Marc Moens in Artsenkrant online, 28.11.2016.

<sup>164</sup> “Dr. Marc Moens: la Mutualité chrétienne fait la loi”. MediQuality 29.11.2016.

<sup>165</sup> “Mutualiteiten zijn RIZIV vele miljoenen schuldig. Principesarrest Cassatie”. De Morgen; 28.04.1992

<sup>166</sup> “Ziekenfondsen moeten miljoenen aan RIZIV”. De Standaard; 29.04.1992

<sup>167</sup> “Miljardenschuld van ziekenfondsen uitgewist”. De Standaard; 29.11.1997

<sup>168</sup> “Ziekenfondsen kregen 235 miljoen meer dan nodig”. De Tijd; 14.01.2017.

<sup>169</sup> Cf. punt 13.1.4. “Een representatieve organisatie die een ontbinding van rechtswege wenst in te roepen op basis van voornoemde situaties deelt dit mee aan de NCGZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt.” en 13.1.2.5. “In dat geval roept de voorzitter van de NCGZ een vergadering bijeen, waarop de minister wordt uitgenodigd.”

reageren. De geamendeerde tekst kon dan woensdagavond worden besproken. De basis van de ontwerptekst was het referentiekader voor de medicomut dat voorzitter Jo DE COCK begin november op papier had gezet<sup>170</sup> en het omstandig antwoord dat ondergetekende als BVAS-voorzitter had bezorgd<sup>171</sup> (cf. punt 7.2.4.).

Minister DE BLOCK werd, wegens het plotse overlijden van de partner van haar dochter, tijdens de vergadering van de medicomut van 25.01.2017, vertegenwoordigd door haar (nieuwe) kabinetschef, Dr. Bert WINNEN. Donderdagochtend om 01u20 kon een geïrriteerde voorzitter DE COCK, mits enig obamarama, alle neuzen in dezelfde richting krijgen. Het DOC NCAZ 2017/3 werd goedgekeurd, en aan de minister en vervolgens aan de ministerraad van 27.01.2017 bezorgd. Over de inhoud wordt niet gecommuniceerd. De informatie wordt beperkt tot het persbericht dat het RIZIV zelf hierover verspreidde<sup>172</sup>.

### 7.3.2 Onderliggende reden: de bodemloze put van de staatskas vullen

Het Belgisch Staatsblad van 29.12.2016 publiceerde de Programmawet van kerstdag 2016, waar artikel 16 het volgende zegt: “In afwijking van artikel 6 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt de indexering van de honoraria, de toelagen, de tegemoetkomingen en de andere bedragen die door de Koning in toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vastgesteld, voor het jaar 2017 begrensd tot 0,83 %”.

Normaliter zou de index voor de artsenhonoraria 2,51 % bedragen voor 2017 of 219,3 miljoen euro. Artsen hebben echter geen wettelijke basis om een recht op index in te roepen. Als het budgettair mogelijk is een index toe te kennen, dan moet die worden berekend volgens de modaliteiten voorzien in het KB van 08.12.1997. Voorzitter Jo DE COCK had begin november aan de medicomut meegedeeld dat een inhouding van de index niet in het Belgisch Staatsblad verschijnt, maar per RIZIV-rondschriven wordt bekendgemaakt, met andere woorden dat de artsensyndicaten dus geen reden hadden om de ontbinding van rechtswege van het akkoord in te roepen. Wat de medicomut-voorzitter niet meedeelde, was het feit dat een partiële (of volledige) inhouding van de index een wettelijke basis moet hebben. Die basis vond de BVAS terug in het ontwerp van Programmawet<sup>173</sup> nadat werd ontdekt dat het niet indexeren van de artsenhonoraria in 2015 (een verlies van 0,52 %) en in 2016 (een verlies van 0,62 %) ook een wettelijke basis had die goed verstoppt zat in twee andere Programmawetten, namelijk die van 19 december 2014<sup>174</sup> en van 26 december 2015<sup>175</sup>. Toen werd de index volledig ingehouden. De artsen verklaarden zich ermee akkoord, omdat de bevolking in 2015 een indexsprong had moeten aanvaarden van 2 %<sup>176</sup>. Bij de onderhandelingen voor de tarieven voor 2017 aanvaardden de artsen om het resterende verschil van 0,85 % in te leveren om tot een zelfde indexsprong van 2,0 % te komen als de rest van de bevolking.

---

<sup>170</sup> Doc NCAZ 2019/119 d.d. 07.11.2016: “Referentiekader overleg artsen-ziekenfondsen”

<sup>171</sup> Doc NCAZ 2019/122 d.d. 16.11.2016: BVAS bemerkingen bij Doc NCAZ 2019/119.

<sup>172</sup> “Akkoord artsen-ziekenfondsen op glad ijs, maar vraag naar ontbinding voor 1 maand bevroren”. 26.01.2017.

<sup>173</sup> Doc 54 2208/001 Belgische Kamers van Volksvertegenwoordigers, 5 december 2016: Ontwerp van programmawet.

<sup>174</sup> Artikel 152, eerste lid van de Programmawet van 19 december 2014: “In 2015 wordt geen enkele indexering uitgevoerd van de bedragen voor verstrekkingen voorzien bij de wet of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die vallen onder de jaarlijkse algemene begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging voor het jaar 2015”. (BS 29.12.2014; Ed. 2)

<sup>175</sup> §1 eerste lid van artikel 99 van de Programmawet van 26 december 2015: “In 2016 wordt geen enkele indexering uitgevoerd voor de bedragen voor verstrekkingen bepaald bij de wet of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die vallen onder de jaarlijkse algemene begrotingsdoelstelling voor geneeskundige verzorging voor het jaar 2016”. (BS 30.12.2015; Ed. 2)

<sup>176</sup> Wet van 23 april 2015 tot verbetering van de werkgelegenheid (BS 27.04.2015; Ed. 1)

Maar de regering eiste nog meer besparingen van de artsen. In het voorjaar 2016 werd onder het voorzitterschap van Jo DE COCK een taskforce opgericht na een budgetcontrole van de regering. Die taskforce besliste onder meer om € 31,7 miljoen te besparen in de medische honoraria. De Technisch Geneeskundige Raad (TGR) en de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) realiseerden deze besparing op de honoraria selectief. Omdat de Christelijke Mutualiteiten eind 2015 een grote achterstand hadden opgelopen met hun facturatie bleek dat de doelstelling 2016 met € 79,35 miljoen zou overschreden worden<sup>177</sup>. De Nationale Commissie Artsen- Ziekenfondsen kwam hieraan tegemoet door meerdere positieve ontwerpen uit te stellen. Die twee besparingsronden komen overeen met de inlevering van een derde van de indexmassa.

Het begrotingsconclaf van september en oktober 2016 besliste om bovenop de reeds genomen besparingen nog bijkomende besparingsmaatregelen te nemen in de gezondheidssector. Die komen bovenop de maatregelen die al in de taskforce waren afgesproken, bovenop de maatregelen die de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen bijkomend had genomen in september 2016, en bovenop de terugbetaling van de geraamde overschrijding van de uitgaven 2015 voor klinische biologie (13,301 miljoen euro) en radiologie (15,7 miljoen euro), die wettelijk zijn voorzien. Om redenen van gemak besliste de regering dan maar om dat bijkomend bedrag – dat toevallig ongeveer overeenkwam met één derde van de index - te besparen via de index. Er was in de sector van de artsenhonoraria volgens de Begrotingscommissie<sup>178</sup> en volgens het desbetreffende KB<sup>179</sup> nochtans geen reden om bijkomende besparingen door te voeren. Het ongefundeerd inpikken door de regering van dit tweede derde van de artsenindex is voor het Kartel en de BVAS een eenzijdige besparingsmaatregel. Besparen om te besparen om de bodemloze put van de staatskas te vullen, is verwerpelijk in de gezondheidszorg, waar de objectieve zorgnood fors blijft stijgen door het toenemende aantal chronische patiënten en de veroudering van de bevolking.

Hoewel de drie erkende artsensyndicaten al in een – nooit eerder gezien – gezamenlijk persbericht van 21.10.2016 de ontbinding van het akkoord artsen-ziekenfondsen hadden geëist, omdat er sprake was van een inhouding van de index door de regering<sup>180</sup>, roept het sinds september 2014 als derde syndicaat erkende Alliantie Artsenbelang Domus Medica (AADM) drie maanden later de eenzijdige besparing door de regering niet meer in als reden om samen met het Kartel en BVAS de ontbinding van het akkoord te vragen. AADM pleegt woordbreuk en distantieert zich op die manier van de actie van de representatieve artsensyndicaten.

## 7.4 Accreditering

Over de percentages van artsen die geaccrediteerd zijn valt weinig spectaculairs te vertellen in vergelijking met de stand op 01.02.2016. De gastro-enterologen tuimelden uit de top-5 van meest geaccrediteerde specialismen en de reumatologen namen hun vierde positie van vorig jaar over (cf. tabel 4). De verschillen in accrediteringspercentages t.o.v. het vorig jaar zijn beperkt, zowel bij de erkende huisartsen (- 0,39 %) als bij de erkende specialismen (+ 0,76 %). Ze schommelen rond het gemiddelde van de voorbije 19 jaar: 65,25 % voor de specialisten (met uitschieters naar boven tot 72,32 % in 1999, nog de beginperiode, en naar onder tot 62,18 in 2015) en 70,74 % voor de huisartsen (met uitschieters naar boven tot 75,00 % in 1999, eveneens nog de beginperiode, en naar onder tot 69,31 in

---

<sup>177</sup> Doc. NCAZ CNMM 2016/89 d.d. 21.09.2016

<sup>178</sup> cf. Nota CBC 2016/286 d.d. 07.12.2016

<sup>179</sup> Koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan

<sup>180</sup> “Les médecins brûlent l’accord avec les mutuelles”. Le Soir, 22-23.10.2016.

2006)<sup>181</sup>. De voorbije twee decennia lag de accrediteringsgraad bij de specialisten dus gemiddeld 7,07 % lager dan bij de huisartsen.

**Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2016 - 01.02.2017**

2017		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2016-2017
		01.02.2017	01.02.2016	01.02.2017	01.02.2016	01.02.2017	01.02.2016	
	Artsen 000 & 009	1.940	1.721	0	0	0	0	0
	Algemeen geneeskundigen 001-002	1.433	1.464	0	0	0	0	0
	Erkende huisartsen 003-004-007-008	14.716	14.525	10.589	10.392	71,96	71,55	-0,39
	Huisartsen in opleiding 005-006	1.192	1.035	0	0	0	0	0
	<b>TOTAAL</b>	19.281	18.745	10.589	10.392	54,92	55,44	-0,52
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	4.918	4.758	4	4	0,08	0,08	0
1	Geriatricie	315	308	261	257	82,86	83,44	-0,58
2	Pneumologie	584	567	473	449	80,99	79,19	+1,80
3	Medische oncologie	266	252	214	204	80,45	80,95	-0,50
4	Reumatologie	247	245	192	184	77,73	75,10	+2,63
5	Oftalmologie	1.193	1.176	922	903	77,28	76,79	+0,49
6	Gastro-enterologie	743	718	573	552	77,12	76,88	+0,24
7	Neurologie	602	584	462	443	76,74	75,86	+0,88
8	Dermato-venerologie	803	787	603	589	75,09	74,84	+0,25
9	O.R.L.	719	699	532	515	73,99	73,68	+0,31
10	Fysische geneesk. en fysiotherapie	546	537	402	387	73,63	72,07	+1,66
11	Radiologie	1.786	1.757	1310	1.302	73,35	74,10	-0,75
12	Cardiologie	1.193	1.171	860	830	72,09	70,88	+1,21
13	Pathologische anatomie	364	349	256	246	70,33	70,49	-0,16
14	Radiotherapie	227	220	158	148	69,60	67,27	+2,33
15	Psychiatrie	2.051	2.010	1392	1.356	67,87	67,46	+0,41
16	Nucleaire geneeskunde	331	331	219	215	66,16	64,95	+1,21
17	Urologie	463	443	306	288	66,09	65,01	+1,08
18	Pediatrie + kinderneurologie	1.799	1.748	1189	1.148	66,09	65,68	+0,41
19	Gynaecologie-verloskunde	1.619	1.586	1062	1.015	65,60	64,00	+1,60
20	Anesthesie	2.226	2.147	1435	1.369	64,47	63,76	+0,71
21	Acute geneeskunde en urgentiegen.	926	904	582	553	62,85	61,17	+1,68
22	Klinische biologie	629	630	390	379	62,00	60,16	+1,84
23	Orthopedie	1.135	1.097	685	660	60,35	60,16	+0,19
24	Apothekers-biologen	671	668	396	389	59,02	58,23	+0,79
25	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.675	1.652	966	929	57,67	56,23	+1,44
26	Neurochirurgie	231	224	116	113	50,22	50,45	-0,23
27	Chirurgie	1.584	1.552	772	752	48,74	48,45	+0,29
28	Stomatologie	349	346	154	146	44,13	42,20	+1,93
29	Plastische chirurgie	297	291	100	96	33,67	32,99	+0,68
30	Neuropsychiatrie	199	205	40	41	20,10	20,00	-0,10
31	Andere specialismen	62	67	12	12	19,35	17,91	+1,44
	<b>TOTAAL SPECIALISTEN</b>	25.835	25.271	17.034	16.470	65,93	65,17	+0,76
	<b>TOTAAL SPECIALISTEN + GSO</b>	30.753	30.029	17.038	16.474	55,40	54,86	+0,54
	<b>TOTAAL</b>	50.034	48.774	27.627	26.866	55,22	55,08	+0,14

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 18.01.2017 en VBS-jaarverslag 04.02.2017

Tabel 5

<sup>181</sup> Cf. de VBS-jaarverslagen van 1999 tot 2016

Belangrijker dan de accrediteringspercentages is het vaststellen van de toename van het aantal huisartsen in opleiding tussen 01.02.2016 en 01.02.2017 (van 1.035 naar 1.192 of + 15,17 %), terwijl het aantal specialisten in opleiding slechts met 3,36 % stijgt (van 4.758 naar 4.918). Het totale aantal erkende huisartsen steeg van 14.525 naar 14.716 (+ 1,31 %), het totale aantal erkende specialisten van 25.271 naar 25.835 (+ 2,23 %) en het totale aantal artsen (de apothekers klinisch biologen meegeteld) steeg van 48.774 naar 50.034 (+ 2,58 %) (cf. tabel 5) (cf. ook punt 7.1).

**Groei artsenpopulatie 01.02.2017-01.02.2016**

	01.02.2017	01.02.2016	$\Delta$ %
HAIO's	1.192	1.035	+ 15,17
ASO's	4.918	4.758	+ 3,36
Erkende huisartsen	14.716	14.525	+ 1,31
Erkende specialisten	25.835	25.271	+ 2,23
Artsen 000-009-001-002	3.373	3.185	+ 5,90
Algemeen totaal	50.034	48.774	+ 2,58

Tabel 6

Het voorbije jaar groeiden procentueel vooral de medische oncologie (+ 5,6 %), de urologie (+ 4,5 %), de pathologische anatomie (+ 4,3 %) en de anesthesie (+ 3,7 %). Behalve de neuropsychiaters, wier aantal gestaag van jaar tot jaar verder vermindert (vorig jaar van 205 naar 199 of - 2,9 %), is alleen het aantal artsen klinisch biologen nog licht gedaald (van 636 in 2015 naar 630 in 2016 en naar 629 in 2017)<sup>182</sup>. De zwak groeiende specialismen zijn eens te meer inwendige geneeskunde-endocrinodiabetologie (+ 1,39 %), stomatologie (+ 0,9 %) en reumatologie (+ 0,8 %). Het aantal specialisten in de nucleaire geneeskunde bleef onveranderd staan op 331 (cf. tabel 7).

<sup>182</sup> Cf. "Verandering in statu nascendi. VBS-jaarverslag 2015. Dr. Marc Moens". 20.02.2016; Punt 7.3.5.

**Groei specialistenpopulatie 01.02.2017-01.02.2016**

	01.02.2017	01.02.2016	$\Delta$ %
Medische oncologie	266	252	+ 5,6
Urologie	463	443	+ 4,5
Pathologische anatomie	364	349	+ 4,3
Anesthesie	2.226	2.147	+ 3,7
Gastro-enterologie	743	718	+ 3,48
Orthopedie	1.135	1.097	+ 3,46
Radiotherapie	227	220	+ 3,2
Neurochirurgie	231	224	+ 3,12
Neurologie	602	584	+ 3,08
Pneumologie	584	567	+ 3,0
Pediatrie + kinderneurologie	1.799	1.748	+ 2,92
ORL	719	699	+ 2,86
Acute + urgentiegeneeskunde	926	904	+ 2,4
Geriatric	315	308	+ 2,3
Gynaecologie-verloskunde	1.619	1.586	+ 2,08
Chirurgie	1.584	1.552	+ 2,06
Plastische chirurgie	297	291	+ 2,06
Psychiatrie	2.051	2.010	+ 2,04
Dermato-venerologie	803	787	+ 2,03
Cardiologie	1.193	1.171	+ 1,9
Fysische geneeskunde + fysiotherapie	546	537	+ 1,68
Radiologie	1.786	1.757	+ 1,65
Oftalmologie	1.193	1.176	+ 1,45
Inwendige geneeskunde + endocrinologie	1.675	1.652	+ 1,39
Stomatologie	349	346	+ 0,9
Reumatologie	247	245	+ 0,8
Apothekers klinisch biologen	671	668	+ 0,4
Nucleaire geneeskunde	331	331	0,00
Klinische biologie	629	630	- 0,2
Neuropsychiatrie	199	205	- 2,9

Tabel 7



## 8 Juridische procedures

### 8.1 Inleiding

In tijden van economische crisis moet zuinig omgesprongen worden met de financiën. In de praktijk moeten we echter vaststellen dat we net nu onze middelen moeten aanspreken om ons te verdedigen tegen allerlei maatregelen die de overheid in haar besparings- en rationaliseringsdrift aan de artsen probeert op te dringen.

### 8.2 Uitspraken

#### 8.2.1 Zorgprogramma pediatrie<sup>183184</sup>

Met het KB houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden van de vorige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette ONKELINX, is de men erin geslaagd om zich zowel de woede van de kinderartsen, spoedartsen, intensivisten als anesthesisten op de hals te halen.

De kritiek van de spoedartsen, intensivisten en anesthesisten was vooral gericht op het tertiaire zorgprogramma voor kinderen. De organisatie van de spoeddiensten voorzag in de verwijzing van ernstig zieke kinderen naar de dienst intensieve zorg van het ziekenhuis, of naar een gespecialiseerd centrum indien de toestand van de patiënt dit vereist. De doorstroming naar de dienst intensieve zorg werd door het nieuwe zorgprogramma onmogelijk gemaakt. Deze patiëntjes moesten soms in suboptimale omstandigheden in de spoeddienst opgevangen blijven totdat doorstroming naar een tertiair centrum mogelijk was. Een groot deel van de opleiding van anesthesisten en intensivisten is gewijd aan de opvang van kinderen in acute situaties. Als de diensten intensieve zorg deze kinderen niet langer mogen opvangen, rijst de vraag wat het nut is om dit standaard in de opleiding tot intensivist te voorzien.

Bij de kinderartsen waren het de bepalingen van het basiszorgprogramma en het verbod voor een ziekenhuis om een gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen uit te baten op elk van zijn campussen die op kritiek stuitten. Deze laatste bepaling was vooral nefast voor de fusieziekenhuizen met meerdere campussen.

Het beroep tot nietigverklaring van dit besluit werd toevertrouwd aan het advocatenkantoor Filip DEWALLENS en partners. In het verzoekschrift tot schorsing en vernietiging van hogervermeld besluit riep Meester An VIJVERMAN niet minder dan 6 middelen in ter staving van dit verzoek.

De vordering tot schorsing werd, zoals verwacht, door de Raad van State verworpen<sup>185</sup>. De Raad oordeelde dat de schorsing van het koninklijk besluit niet spoedeisend was. Volgens het rechtscollege bleef immers, in afwachting van de erkenningsprocedure, de lopende erkenning voor het zorgprogramma voor kinderen behouden, zodat er geen sprake was van materiële of morele schade voor de beroepsverenigingen en hun leden.

---

<sup>183</sup> KB van 02.04.2014 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden (BS 18.04.2014 pag. 33798)

<sup>184</sup> Zie voorgeschiedenis – VBS-jaarverslag 2014. Dr. Marc Moens “Licht op blauw voor verandering” Punt 7.4.2., pag. 75

<sup>185</sup> Arrest van de Raad van State nr. 229.228 van 20 november 2014

In de daaropvolgende procedure ten gronde volgde de Raad van State het verslag van de auditeur en sprak hij op 8 december 2016 <sup>186</sup> de vernietiging van het volledige besluit uit. De Raad van State oordeelde dat de adviesverplichting van de NRZV<sup>187</sup> een substantiële vormvereiste is waarvan de miskening het bestreden besluit aantast. Aangezien er na de initiële consultatie nog substantiële wijzigingen werden aangebracht aan het ontwerp die betrekking hebben op de afdeling pediatrie intensieve zorg, had het gewijzigde ontwerp opnieuw voor advies aan de NRZV moeten worden voorgelegd. De Belgische staat had in laatste instantie nog ingeroepen dat de NRZV ingevolge de zesde staatshervorming niet langer bevoegd is om in deze materie adviezen te verstrekken. Dit argument werd door de Raad van State afgewezen, aangezien op het ogenblik van de publicatie van het besluit in het Belgisch Staatsblad, 18.04.2014, de NRZV wel degelijk nog steeds bevoegd was.

Aangezien het onderzoek van het eerste ingeroepen middel al volstond om de nietigverklaring uit te spreken, werden de overige middelen door de Raad van State niet meer onderzocht en werd het KB van 2 april 2014 dus in zijn geheel vernietigd. Dit betekent concreet dat het besluit van 13 juli 2006 houdende de vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie 'chirurgische daghospitalisatie' moet voldoen om te worden erkend opnieuw in werking is getreden.

Aangezien het KB van 2 april 2014 vernietigd werd op grond van de schending van een substantiële vormvereiste – het gebrek van een adviesaanvraag aan de NRZV – zou het voor de Belgische staat nu in principe moeten volstaan deze schending recht te zetten en dus *in concreto* het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen te vragen. Dit is echter niet meer mogelijk. Gelet op de uitvoering van de zesde staatshervorming is de Belgische staat immers niet langer bevoegd om erkenningsnormen uit te vaardigen en is de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen niet langer bevoegd om advies te geven. Deze bevoegdheden werden immers overgeheveld naar de gemeenschappen. Het zal dus aan de gemeenschappen zijn om hierin nu eventueel initiatief te nemen. Zolang dit niet gebeurt, blijft het KB van 13 juli 2006 van kracht.

### 8.2.2 Niet-conventionele praktijken

Ieder jaar komt de alternatieve geneeskunde – ook, minder pejoratief klinkend, de niet-conventionele geneeskunde genoemd – wel op een of andere manier aanbod in het VBS-jaarverslag. Dat is deze keer niet anders.

Vorig jaar moesten we spijtig genoeg meedelen dat de Raad van State geoordeeld had dat de BVAS en het VBS als artsensorganisatie onvoldoende belang konden aantonen om een verzoek tot nietigverklaring in te leiden tegen een besluit dat de algemene voorwaarden bepaalt die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken<sup>188</sup>.

De verwachtingen waren dan ook niet hoog gespannen wat betreft het resultaat van de vordering ingeleid tegen het koninklijk besluit betreffende de uitoefening van de homeopathie<sup>189</sup>. Maar positief denken blijft de boodschap. In ieder geval werd door de Raad van State in casu wel geoordeeld dat de artsverenigingen die de vordering hadden ingeleid, de BVAS en het VBS, wel degelijk een belang konden aantonen om de vordering in te leiden. De ingeroepen middelen werden door de Raad van State echter consequent als ongegrond of onontvankelijk afgedaan. Het verzoekschrift tot nietigverklaring werd dus verworpen<sup>190</sup>.

---

<sup>186</sup> Arrest van de Raad van State nr. 236.693 van 8 december 2014

<sup>187</sup> NRZV: Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

<sup>188</sup> Arrest van de Raad van State nr. 232.883 d.d. 10.11.2015

<sup>189</sup> BS 12.05.2014

<sup>190</sup> Arrest van de Raad van State nr. 236.279 d.d. 27.10.2016

## 8.3 Vorderingen ingeleid door het VBS of zijn beroepsverenigingen

### 8.3.1 Btw op esthetische ingrepen<sup>191</sup>

Ingevolge de publicatie van de wet van 26 december 2015 houdende maatregelen inzake versterking van jobcreatie en koopkracht<sup>192</sup> worden de esthetische ingrepen en behandelingen onderworpen aan de btw. Wat vooraf ging aan de publicatie van deze wet werd uitvoerig besproken onder punt 8.3.1. van het jaarverslag 2015 'Verandering in statu nascendi' van ondergetekende.

De door de administratie aangekondigde btw-circulaire werd uiteindelijk in haar definitieve vorm gepubliceerd op 22 maart 2016.<sup>193</sup> Dit vormde dan ook het startsein om de artsen in te lichten die op een of andere manier betrokken waren bij deze materie. Het VBS organiseerde twee informatiesessies in het Best Western Hotel, waar meestal ook de vergaderingen van het bestuurscomité van het VBS plaatsvinden. Gezien het technische karakter van de materie werd geopteerd om een afzonderlijke Nederlandstalige en Franstalige sessie te organiseren in samenwerking met de firma Blue Ground, onze partner op het vlak van boekhoudkundige en fiscale dossiers. De Franstalige sessie vond plaats op 25.04.2016 met als gastspreker Dhr. Mikaël TATAYAS. De Nederlandstalige sessie vond plaats op 03.05.2016. Gastspreker was Dhr. Jurgen OPREEL. Beide sprekers hadden de opdracht gekregen om deze technische materie, waarmee artsen helemaal niet vertrouwd zijn, op een duidelijke en correcte manier uiteen te zetten. Er werd hen gevraagd ervan uit te gaan dat de toehoorders geen voorkennis hadden van de gebruikte terminologie.

Aan Meester Tom DE GENDT werd het dossier toevertrouwd om een vordering tot nietigverklaring in te leiden bij het Grondwettelijk Hof. Meester DE GENDT had de plastisch chirurgen en het VBS bijgestaan in de onderhandelingen met het kabinet van Minister van Financiën Johan VAN OVERTVELDIT en de btw-administratie. Het verzoekschrift werd namens de RBPSP<sup>194</sup> en een aantal individuele artsen ingediend op 29.06.2016. Het ingeroepen middel is gebaseerd op de schending van het grondwettelijk gewaarborgde beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie als algemeen beginsel van behoorlijk bestuur en fiscale gelijkheid.

Door de bestreden bepaling zijn de indieners van oordeel dat er o.m. een ongerechtvaardigd onderscheid wordt ingevoerd tussen:

- de artsen enerzijds en de niet-artsen anderzijds bij de belastbaarheid van de door hen verrichte diensten die betrekking hebben op ingrepen en behandelingen met een esthetisch karakter. Alleen de verstrekkingen uitgevoerd door de artsen worden uitgesloten van de btw-vrijstelling.
- de diensten en medische verzorging van ziekenhuisverpleegkundigen enerzijds en van verpleegkundigen die buiten het ziekenhuis werken anderzijds. Ook de Raad van State bij haar advies over de bestreden wetsbepaling merkte op dat het niet duidelijk was waarom zodra vaststaat dat het om zuiver esthetische ingrepen gaat de nabehandeling op een verschillende manier behandeld wordt naargelang deze binnen of buiten een ziekenhuis werd verleend.

---

<sup>191</sup> Cf. omstandige uiteenzetting van de voorgeschiedenis VBS-jaarverslag 2015. Dr. Marc Moens "Verandering in statu nascendi" punt 8.3.1., pag. 60.

<sup>192</sup> BS 30.12.2015

<sup>193</sup> De btw-circulaire is beschikbaar op de website van de FOD Financiën - Fisconetplus E.T. 127.740 d.d. 22.03.2016 aangevuld met de circulaire E.T. 127.740/2 d.d. 31.05.2016

<sup>194</sup> Royal Belgian Society for Plastic Surgery

- prestaties en behandelingen van esthetische aard al naargelang deze al dan niet zijn opgenomen in de nomenclatuur of, als ze opgenomen zijn in de nomenclatuur, niet voor terugbetaling in aanmerking komen, omdat ze niet beantwoorden aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor terugbetaling. Dit is een arbitrair onderscheid. Het al dan niet opgenomen zijn in de nomenclatuur heeft immers een fluctuerend karakter. Bepaalde ingrepen worden uit de nomenclatuur geschrapt om zuiver budgettaire redenen.

De procedure heeft haar beloop. Een uitspraak van het Grondwettelijk Hof kan er mogelijk komen in de loop van 2017.

Op het terrein hebben de ziekenhuizen en alle artsen die voortaan onder deze reglementering vallen zich aangepast. De meeste zuiver administratieve problemen die zich gedurende de eerste maanden van de invoeging van deze maatregel hebben gemanifesteerd zijn stilaan opgelost.

Gezien de grote aandacht die de media aan deze aangelegenheid schonken, zijn de meeste patiënten die zich tot een arts wenden voor een zuiver esthetische ingreep bekend met de nieuwe btw-regeling. Voor de patiënten die zich in de grijze zone bevinden tussen een zuiver esthetische ingreep en een functioneel ongemak is de btw-drempel om tot de ingreep over te gaan een groter struikelblok. Bij de beoordeling van het therapeutisch of reconstructief doel van een ingreep mag voor de behandelende arts alleen de werkelijke, fysieke pathologische toestand van de patiënt een rol spelen en dus niet diens werkelijk of vermeend pathologische psychische toestand. De subjectieve opvatting van de patiënt wordt dus niet in aanmerking genomen.

Deze nieuwe reglementering heeft sinds 1 juli 2016 haar volledige uitwerking. Het is pas midden 2017 dat een eerste evaluatie zal kunnen gemaakt worden van de reële opbrengst van de maatregel voor de schatkist. Zal deze maatregel de verhoopte 80 miljoen euro aan extra btw-inkomsten opleveren of zal men, net zoals met de suikertaks op de frisdranken en met de accijnsverhogingen op alcoholhoudende drank en sigaretten, moeten vaststellen dat de verwachtingen niet worden ingelost? Op het terrein is het duidelijk dat vooral de jongere collega's de gevolgen van deze maatregel scherp voelen. Daar komt nog bovenop dat ook vele EU-burgers, die lange tijd werden aangetrokken door de grote toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem en door de goede reputatie van de Belgische artsen, hebben afgehaakt.

## 8.4 Radiotherapie

Met het oog op meer eenvormigheid in de terugbetaling van de radio-isotopen die worden gebruikt in de nucleaire geneeskunde en de radiotherapie, heeft het RIZIV een nieuwe procedure ingesteld, die vergelijkbaar is met die van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten<sup>195</sup>. In een eerste fase werden de firma's die terugbetaalde producten verdelen gecontacteerd om hen de gelegenheid te bieden om de verlenging van de terugbetaling te vragen. In een tweede fase werd de lijst met vergoedbare producten bekendgemaakt in een KB<sup>196</sup>, verschenen in het Staatsblad van 29 mei 2015 en van kracht vanaf 1 juni 2015.

---

<sup>195</sup> [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) > Thema's > Gezondheidszorg: kost en terugbetaling > Prestaties die uw ziekenfonds terugbetaalt > Geneesmiddelen > Geneesmiddel terugbetalen > [Radiopharma](#)

<sup>196</sup> KB van 26 mei 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten, teneinde de lijst van vergoedbare radiofarmaceutische producten in te voeren (BS 29.05.2015, bl. 30322°.

De twee firma's die de iridium 192-bronnen voor brachytherapie verdelen, hadden niet gereageerd op de initiële vraag van het RIZIV, zodat iridium 192 niet in de lijst van vergoedbare producten verscheen. Na herhaaldelijke weigeringen tot terugbetaling na 1 juni 2015 verspreidde dit nieuws zich mond-tot-mond in de radiotherapeutengemeenschap.

De Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie, waarvan het bestuur gemeenschappelijk is met dat van de Belgische Beroepsvereniging der Geneesheren-Specialisten in Radiotherapie-Oncologie, waarschuwde de betrokken firma's op 31 oktober 2015, met de vraag zich snel in orde te stellen om opnieuw toegang te krijgen tot de terugbetaling (minimale duur van de procedure: 6 maanden) en hun verantwoordelijkheid op te nemen t.o.v. de radiotherapeuten en de patiënten door in de tussentijd de iridium 192-bronnen gratis af te leveren.

Omdat sommige radiotherapeuten toch onder druk werden gezet om die bronnen te betalen, richtte de BVRO/VBS zich op 18 januari 2016 tot het bestuurscomité van het VBS-GBS om juridische ondersteuning te krijgen in de stappen tegen de verdelers. Op zijn vergadering van 21 januari 2016 verklaarde het bestuurscomité zich bereid om de helft van de advocatenkosten te dragen. Mr. Wim DECLOEDT werd gemandateerd en werkte perfect samen met het bestuur van de BVRO/VBS. Dankzij zijn tussenkomst zag een van de twee firma's af van haar vorderingen tot de betaling van de facturen voor het geleverde iridium 192 en is de goedkeuringsaanvraag voor de terugbetaling van iridium 192 bij het RIZIV opnieuw op goede weg. De terugbetaling zou moeten geregeld zijn tegen eind maart 2017 ten laatste.

## 9 In vogelvlucht

### 9.1 BeCEP – Urgentiegeneeskunde

Een van de vele maatregelen die door Maggie DE BLOCK in 2016 werden genomen, betrof het bevrozen van de financiering van bijkomende huisartsenwachtenposten. De kosten liepen te hoog op en stonden vaak niet in verhouding met de door deze huisartsenwachtposten ontplooidde activiteiten. Minister DE BLOCK besliste dat er een betere samenwerking moest komen tussen de huisartsen en de spoedgevallendiensten.

Een verplichting om binnen de ziekenhuismuren ook de wachtdienst van de huisartsen te organiseren, werd door de meeste huisartsenvertegenwoordigers afgewezen. Voor BeCEP was er geen probleem om een dergelijke effectieve samenwerking binnen de dienst op punt te stellen. BeCEP was echter van oordeel dat een verplicht huwelijk geen garantie was voor een vruchtbare samenwerking. Ze meende dat het aan de plaatselijke huisartsenkringen en de spoedgevallendiensten zelf toekwam om een eventuele samenwerking rond de organisatie van de wachtdiensten af te spreken, met respect voor de verschillen in noodwendigheden en mogelijkheden in de verschillende gebieden van het land.

Anderzijds was het voor de BeCEP onbespreekbaar dat er een verplichte filter zou bestaan (telefonisch of fysiek voor de deur van hun dienst) die patiënten zou weerhouden om op de expertise van specialisten een beroep te doen. De BeCEP gelooft in de kracht van de anamnese van een arts om een juist zorgtraject uit te stippelen en niet in een Dr. Google-methodiek voor telefonisten, zeker voor de niet-planbare zorg.

Uiteindelijk werd er een model voor een afsprakenplan opgesteld waarbij gesteld werd dat:

- geen afspraken meer konden worden gemaakt door huisartsenkringen en ziekenhuisbeheerders onderling zonder expliciet akkoord van de spoedartsen;
- een veralgemening van het oproepnummer 1733 enkel mogelijk is na een validatie door de minister op basis van een advies van de taskforce over de resultaten van het proefproject Leuven-Tienen. De BeCEP maakt deel uit van deze taskforce. In afwachting van een eventuele implementatie van een nationale 1733 dienen de huisartsenwachtdiensten samen met de spoedgevallendiensten lokaal afspraken te maken over hoe ze de toegang voor de niet-planbare zorg kunnen verzekeren;
- de veiligheid van elke patiënt primeert, zowel een eventuele doorverwijzing van de eerste naar de tweede lijn als in de omgekeerde richting. De aansprakelijkheid moet eveneens worden geregeld in het afsprakenplan;
- waar mogelijk kunnen gemeenschappelijke resources van allerlei aard worden gebruikt door ziekenhuizen en huisartsenwachtposten.

Bovendien moeten de gemaakte afspraken regelmatig worden geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd worden al naargelang de nieuwe noden of mogelijkheden.

## 9.2 Pneumologie

De voorbije jaren werden de pneumologen meer dan hun lief was aangeschreven om hun steentje bij te dragen in de besparingen. Het doelwit van deze onbedwingbare overheidsdrang tot besparen bij de pneumologen was telkens weer de CPAP-conventie.

Tijdens het laatste kwartaal van 2014 werd in het kader van de CPAP-conventies een besparing van 3 miljoen euro opgelegd aan de pneumologen. Na moeizame onderhandelingen stemde de beroepsgroep in. Waar iedereen begrepen had dat dit een besparing op jaarbasis was, en dat er dus ook in 2015 3 miljoen euro diende bespaard te worden, bleek achteraf dat het om een besparing per kwartaal ging, of dus 12 miljoen euro op jaarbasis, wat overeenkomt met een inlevering van 25 % op het totale bedrag dat vergoed wordt voor de CPAP-prestaties.

Sinds 2015 is binnen het College van geneesheren–directeurs van de mutualiteiten bij het RIZIV een CPAP-werkgroep actief. Daarin zetelen afgevaardigden van zowel de beroepsvereniging, de wetenschappelijke vereniging als de ziekenhuisfederaties. Binnen deze werkgroep hebben de pneumologen al in 2015 concrete voorstellen geformuleerd voor een nieuwe CPAP-conventie, die op 01.11.2016 in werking had moeten treden. Pas begin 2016 kwam daar respons op vanwege de artsenadviseurs van de mutualiteiten, maar alleen maar in de zin dat er bovenop de jaarlijkse besparing van 12 miljoen euro nog eens 3 miljoen euro extra diende te worden ingeleverd. Geen woord over de inhoud en het kwaliteitsaspect van deze zorgverlening bij slaapapneu.

Tijdens de maanden mei/juni 2016 en dan opnieuw in juli/augustus 2016 vergaderde de werkgroep CPAP van het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV meermaals, met zeer geringe deelname van de leden van de mutualiteiten. Onder meer Dr. Jan LAMONT, gewezen voorzitter van de beroepsvereniging van pneumologen, nam er wel actief aan deel en formuleerde er opnieuw constructieve inhoudelijke voorstellen. Het College toonde zich bij herhaling zeer ongeïnteresseerd, tot het op de proppen kwam met een volledig ander voorstel, dat louter om nieuwe besparingen draaide. Naast het gebrek aan een medisch-inhoudelijke visie stootte het voorstel vooral tegen de borst omdat

de industrie, vertegenwoordigd door beMedTech<sup>197</sup>, financieel volledig buiten schot bleef. Het financieel aandeel van de artsen daarentegen werd geplunderd.

Bij het voorleggen aan het RIZIV-Verzekeringscomité van het voorstel van het College van geneesheren-directeuren heeft de BVAS de kritiek van de pneumologen bij herhaling kracht bij gezet. Het leidde tot een rel met de regeringscommissaris van minister DE BLOCK, want de besparing was al door de regering goedgekeurd en ingeschreven in de afgeslankte begroting gezondheidszorg 2017. Dit CPAP-debacle is een van de oorzaken van het diepe wantrouwen van de artsenvertegenwoordigers in de mutualiteiten. Ondergetekende noemde in het Verzekeringscomité het College van geneesheren-directeuren bij herhaling een 'staat in de staat'. Door de bestaande stemmingsprocedure<sup>198</sup> beslist het College de facto wat het wil, met misprijzen van de deskundigen die systematisch verdacht worden alleen aan geldgewin te denken.

Op 07.11.2016 heeft de beroepsvereniging van pneumologen via de e-specialist nr. 598 haar leden ingelicht over de gang van zaken en een enquête georganiseerd naar de bereidheid van de diensten pneumologie om de conventie zoals ze voorgesteld werd door het College van geneesheren-directeuren te ondertekenen. Maar ondertussen werd die aangepast. In het verlengde van deze enquête werd een informatieavond georganiseerd op 30.11.2016.

Op 05.12.2016 keurde het RIZIV-Verzekeringscomité een overgangsregeling voor de CPAP-conventie goed voor de periode 01.11.2016 tot 31.12.2017. De beroepsvereniging blijft de onderhandelingen in 2017 voor een definitieve conventie zeer actief opvolgen.

## 10 Besluit

Verandert de wereld te snel of reageren wij te traag? Informatisering van de gezondheidszorg krijgt bakken kritiek. eHealth en het vooruitzicht van mHealth doen het niet goed bij een belangrijk deel van de artsen. Nochtans biedt digitalisering kansen voor een betere dienstverlening en een betere opvolging van chronische patiënten, bijvoorbeeld via telemedecine en/of telecare, termen met een nog groot braakliggend terrein voor zich.

Ambitieuze vernieuwers kruisen de degens met meer behoudsgezinde ancients. Een generatie artsen verdwijnt, de babyboomers. De jongeren willen het anders doen en graag ook beter. De essentie van hun job als arts blijft onveranderd. Patiëntenzorg is interactieve zorg door mensen voor mensen. De hulpmiddelen wijzigen in razend tempo, verbeteren, worden digitaal, maar door hun snelheid worden ze ook moeilijker beheersbaar. Met alle risico's van dien voor zowel de patiënt als de zorgverlener, niet in het minst wat hun beider privacy betreft.

Futuristen zijn ervan overtuigd dat een groot deel van het artseneroep overgenomen zal worden door robots. Robots gaan zich emotionele intelligentie kunnen eigen maken. Supercomputers als de IBM Watson analyseren sneller dan enig menselijk wezen gigantische hoeveelheden data en puren er diagnostische hypothesen uit. Is dat de enige toekomst van de geneeskunde? Ik mag hopen van niet, hoewel dat risico groter is in de specialistische dan in de huisartsgeneeskunde.

---

<sup>197</sup> beMedTech is het vroegere Unamec, de Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën.

<sup>198</sup> Bij een eerste stemronde in het Verzekeringscomité is een 2/3<sup>de</sup> meerderheid nodig. Bij een volgende vergadering over hetzelfde punt volstaat een gewone meerderheid. Op de 42 leden vindt het blok van 21 mutualiteitsvertegenwoordigers altijd wel iemand op de verstrekkersbank die met hen meestemt; of ontbreken er enkele verstrekkers wegens professionele redenen zodat de mutualisten sowieso in de meerderheid zijn.

De IT-snufjes en de ondersteunende diagnostische hulpmiddelen zijn mooi voor de patiënt met een onverklaarbare ziekte op voorwaarde dat zijn behandelende arts ook een gepaste therapie kan aanreiken en dat hij hem ook als mens in zijn geheel begeleidt. Zelfs met een eventuele Watson-analoog blijft de diagnosestelling een bij uitstek medische act, wat ook de toekomst van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen brengt. Binnenkort weten alleen nog de zeventigplussers wat ooit het KB nr. 78 was.

Naast de zintuiglijke waarnemingen en de anamnestiche informatie kwamen er oneindig veel diagnostische mogelijkheden bij. Ze worden niet altijd even adequaat aangewend. In de studie tot arts en in de beroepsopleiding tot specialist<sup>199</sup> moet nog meer aandacht gaan naar het adequaat aanwenden van de diagnostische middelen die ons ter beschikking staan. De rek op de financiële mogelijkheden van het gezondheidszorgsysteem is er immers uit.

Een diagnose is geen etiket. De arts moet ze overbrengen aan de patiënt die ze aanvaardt, of niet, en die er moet leren mee omgaan, of niet. Ziekten die tot voor kort dodelijk waren, zijn nu chronische aandoeningen, waar de patiënt samen met de arts en zorgverstrekkers van andere disciplines, met de nodige sociale creativiteit en mits continu overleg, tot het best mogelijke resultaat tracht te komen. De medische ethiek, die de technologische evoluties weliswaar maar moeizaam kan bijbenen, wordt hierbij alsmaar belangrijker.

De holistische aanpak zit niet in elke specialistische discipline ingebakken. Het hokjesdenken in zogenaamd 'intellectuele' of 'niet-intellectuele' disciplines is afgeschreven. De beste zorg voor elke individuele patiënt moet immers interdisciplinair uitgestippeld worden. Accreditatie van zorginstellingen en van zorgverstrekkers kan hierbij een hulpmiddel zijn, maar is geen garantie. Elke arts moet zijn intellectuele capaciteiten, zijn verworven en continu op peil te houden kennis, en zijn gezond verstand, met de nodige empathie blijven aanwenden ten gunste van elke individuele patiënt.

Met deze opdracht voor elkeen die van dicht of van ver bij het artseneroep betrokken is, sluit ik mijn 27<sup>ste</sup> VBS-jaarverslag af als secretaris-generaal. Met heel veel dank aan de VBS-staf en alle collega's van het directiecomité, en in het bijzonder onze vaste kern van het uitvoerend comité.

Dr. Marc Moens,  
Secretaris-generaal,  
04.02.2017

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

*De redactie werd inhoudelijk afgesloten op 01.02.2017*

---

<sup>199</sup> Huisartsgeneeskunde is een van de dertig, erkende specialismen, niveau 2, conform artikel 1 van het KB van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheeskunde (BS 24.03.1992)