

VBS JAARVERSLAG 2019  
Dr. Jean-Luc DEMEERE

# **Het noorden kwijt?**

Brussel  
01.02.2020



## Inhoudstafel

1	Activiteitenverslag .....	5
1.1	Interne vergaderingen .....	5
1.2	Ontmoetingen met de beroepsverenigingen .....	5
1.3	De door het VBS en zijn beroepsverenigingen georganiseerde symposia .....	7
1.3.1	Het veranderende ziekenhuislandschap – Jaarlijks symposium van het VBS 02.02.2019	7
1.3.2	Teach the teacher, symposium voor stagemeesters – 08.10.2019 .....	10
1.3.3	Radioprotectie – 21.09.2019 .....	13
1.3.4	Een toekomstvisie voor de specialistische geneeskunde, t.g.v. uitreiking van de Prijs van de Specialist van het Jaar – 23.11.2019 .....	13
1.3.5	Anaesthesia and the works of Maggie – Symposium BSAR-APSAR 19.01.2019 .....	15
1.3.6	Hot topics in de klinische biologie – Symposium Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in Medische Biopathologie 26.02.2019 .....	16
1.3.7	Actuele thema's in de MKA-chirurgie – Symposium Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de Stomatologie, MKA-chirurgie 23.02.2019 .....	17
1.3.8	Hot topics in Anatomic Pathology – Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Pathologische Anatomie 15.06.2019.....	17
1.3.9	Symposium Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen 22.05.2019.....	18
2	VBS-vertegenwoordiging .....	19
2.1	Binnenlandse vertegenwoordiging .....	19
2.1.1	De activiteiten van de Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten (AVS) .....	19
2.1.1.1	Voorzitterscollege .....	19
2.1.2	De activiteiten van de Association des Médecins spécialistes Francophones (AMSFr) .....	20
2.1.2.1	Planningscommissie Franse Gemeenschap .....	20
2.1.3	Mdeon .....	24
2.1.4	Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen.....	24
2.2	Buitenlandse vertegenwoordiging.....	29
2.2.1	UEMS .....	29
2.2.1.1	European Federation of Salaried Doctors (FEMS).....	31
2.2.1.2	Standing Committee of European Doctors (CPME).....	32
3	Financiering .....	33
3.1	Sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen: MAHA-studie boekjaar 2018.....	33
4	Politiek .....	36
4.1	VBS-memorandum voor de verkiezingen van 26 mei 2019 .....	36
4.2	De ziekenhuisnetwerken.....	39

4.3	Herziening van de nomenclatuur.....	42
4.4	De wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering.....	46
4.5	Enquête over de toekomst van de specialistische geneeskunde.....	49
4.6	Akkoord artsen-ziekenfondsen 2020.....	53
4.7	Accreditering.....	56
4.8	Medische beeldvorming.....	58
5	Juridische procedures.....	59
5.1	Uitspraken – Btw op esthetische ingrepen.....	59
5.2	Afstand van geding - Besluit van de Vlaamse Regering van 29.03.2019 tot wijziging van de regelgeving betreffende de erkenning van gezondheidszorgberoepen.....	60
5.3	Vorderingen ingeleid door het VBS of door zijn beroepsverenigingen – Laagvariabele zorg.....	61
6	Besluit.....	62

# 1 Activiteitenverslag

## 1.1 Interne vergaderingen

In 2019 kwam het uitvoerend bestuur 8 maal<sup>1</sup> bijeen in de lokalen van het VBS in de Kroonlaan 20 in Elsene. Een uitzonderlijke vergadering van het uitvoerend bestuur vond plaats op zaterdag 22 juni 2019 in de Hilton aan het Brusselse Centraal Station. Op deze vergadering werd het startschot gegeven om de toekomstvisie, de missie en de strategie uit te tekenen.

Het bestuurscomité verzamelde 6 maal<sup>2</sup> op een donderdagavond in het Gosset Hotel in Groot-Bijgaarden.

Op de algemene vergadering van het VBS op 02.02.2019 bracht Dr. Jean-Luc DEMEERE het VBS-jaarverslag 2018 *De onvoltooide symfonie van Maggie* en nam zo de fakkel over van Dr. Marc MOENS.

Dr. Donald CLAEYS werd door de algemene vergadering van 02.02.2019 verkozen tot secretaris-generaal van het VBS om het mandaat van Dr. Marc BROSENS te beëindigen. Dr. Donald CLAEYS werpt zich op als bruggenbouwer. In deze hoedanigheid heeft hij contacten gelegd met de vertegenwoordigers van de artsensyndicaten, de mutualiteiten, de vertegenwoordigers van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, de medische pers en de universiteiten.

In samenwerking met *De Specialist* krijgt een beroepsvereniging die bij het VBS is aangesloten maandelijks de ruimte voor een column. De eerste column, met de titel *Good ViBeS*, van de hand van Dr. Donald CLAEYS verscheen in het nummer van 17 januari 2020.

## 1.2 Ontmoetingen met de beroepsverenigingen

De secretaris-generaal van het VBS, Dr. Donald CLAEYS, en de voorzitter van het VBS, Dr. Jean-Luc DEMEERE, hadden ontmoetingen met de verschillende beroepsverenigingen<sup>3</sup>.

Dit initiatief had twee drijfveren, enerzijds het streven naar een transparante communicatie tussen de beroepsverenigingen en het VBS, en anderzijds het creëren van een nieuwe dynamiek binnen de organisatie. Het komt voort uit de wens om de visie van het VBS te (her)definiëren en zijn opdrachten te actualiseren. Er is ook de wens om de jonge artsen die erkend of in opleiding zijn, meer bij de werking van het VBS te betrekken.

Uit deze talrijke bijeenkomsten zijn de krachtlijnen naar voren gekomen.

De eerste is het specifieke karakter van het VBS. Het VBS is het Verbond der Belgisch beroepsverenigingen van artsen-specialisten.

---

<sup>1</sup> 17.01.2019, 14.02.2019, 04.04.2019, 25.04.2019, 18.06.2019, 19.09.2019, 31.10.2019 en 09.12.2019.

<sup>2</sup> 10.01.2019, 21.03.2019, 16.05.2019, 27.06.2019, 03.10.2019 en 29.11.2019.

<sup>3</sup> Pathologische anatomie (12.09.2019), anesthesie (23.10.2019), medische biopathologie (12.11.2019), plastische chirurgie (10.09.2019), gastro-enterologie (12.09.2019), gynaecologie (19.06.2019), inwendige geneeskunde (27.11.2019), nucleaire geneeskunde (24.06.2019), fysische geneeskunde (13.11.2019), neurochirurgie (14.09.2019), oftalmologie (30.07.2019), orthopedie (03.12.2019), NKO (14.05.2019), kindergeneeskunde (16.09.2019), psychiatrie (07.01.2019), radiologie (13.05.2019), radiotherapie (11.09.2019), intensieve zorg (13.05.2019). Nog niet plaatsgevonden: cardiologie, chirurgie, geriatrie, urgentiegeneeskunde, neurologie, kinderneurologie, pneumologie, klinische genetica, reumatologie, urologie, revalidatie en arbeidsgeneeskunde

In België is het VBS ongetwijfeld de grootste artsenorganisatie, en ook de enige die jaarlijks haar ledenlijst publiceert, maar ze voldoet niet aan de wettelijke criteria<sup>4</sup> om te worden erkend als representatief orgaan bij de overlegstructuren. Het VBS is actief in alle regio's van het land en telt meer dan 9.000 leden. Daar zijn echter geen huisartsen bij, wat één van de voorwaarden is om als representatief orgaan in de overlegstructuren op te treden. Vandaar dat enkel de strikte syndicaten hierin zetelen.

De syndicaten zetelen in de RIZIV-organen en zijn de gesprekspartners in het kader van de onderhandelingen in de akkoorden artsen-ziekenfondsen. Wat op het eerste zicht een zwakte lijkt voor het VBS, is in feite een kracht. De syndicaten verdedigen de arts. Ze verdedigen geen specialisme op zich. In hun contacten met overheidsorganen, zoals de FOD of het RIZIV, of met de ziekenfondsen hebben syndicaten soms de kwalijke reputatie te veel te focussen op de centen. De kracht van het VBS is dat het beroepen moet verdedigen naar inhoud en niet naar inkomen. Als de nomenclatuur van een specialisme moet worden geactualiseerd, is het de beroepsvereniging die het voorbereidende werk doet. Daarna nemen de syndicaten het over om de voorstellen binnen de organen van het RIZIV te verdedigen

De tweede krachtlijn is de representativiteit van het beroep via de beroepsvereniging. De beroepsvereniging vertegenwoordigt zowel extramuraal werkende specialisten als ziekenhuisspecialisten, zowel universitair als niet-universitair. Universitaire en niet-universitaire artsen hebben zo goed als altijd dezelfde visie op de uitoefening van hun beroep. Zowel universitaire als niet-universitaire collega's doen een beroep op het VBS om tussen te komen in bepaalde dossiers of verbintenissen.

De derde krachtlijn is de kennis van de specifieke dagelijkse praktijk bij het uitoefenen van een specialisme. Zo zijn de artsen het beste geplaatst om de regels van 'good practice' te definiëren, regels die gelden voor het gehele beroep.

De vierde krachtlijn is het Europese niveau. Het VBS heeft mee de Europese Vereniging van Artsen-Specialisten (UEMS<sup>5</sup>) opgericht. De UEMS adviseert de Europese Commissie over de erkenning van medische beroepen, de uitoefening ervan, de opleiding en navorming. Elke beroepsvereniging heeft twee afgevaardigden in de sectie van haar specialisme, van wie meestal één universitaire collega. Op Europees niveau werken de beroepsverenigingen in dit kader heel actief mee aan de actualisering van de richtlijnen voor goede praktijken<sup>6</sup>.

Sommige beroepsverenigingen hebben ingezet op het ontwikkelen van preventiecampagnes.

De beroepsverenigingen werken samen met de universitaire collega's aan een betere begeleiding samen met de erkenningscommissies om de opleiding van de assistenten te verbeteren enz. Dit illustreert de dynamiek van elke beroepsvereniging.

De beroepsverenigingen hebben ook hun bezorgdheden geuit. De eerste betreft het gebrek aan visie op de gezondheidszorg in België en kan worden samengevat in de vraag: QUO VADIS? Of het nu gaat om de forfaitaire honoraria, de ziekenhuisnetwerken, de kwaliteitswet of de herziening van de

---

<sup>4</sup> KB van 28.02.2018 tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (BS 05.03.2018). Om als artsensyndicaat te worden erkend moet men actief zijn in minstens twee regio's van het land, minstens 1500 betalende leden hebben en zowel huisartsen als specialisten onder zijn leden tellen.

<sup>5</sup> UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes ivzw, Nijverheidsstraat 24, 1040 Brussel.

<sup>6</sup> In 2019 werden de ETR's goedgekeurd door de UEMS Council van 13.04.2019 en 19.10.2019 voor Pediatrische gastro-enterologie, Openbare gezondheid, Manuele geneeskunde, Neuroradiologie, Urgentiegeneeskunde, Pediatrische urologie, Allergologie, Pathologie, Pediatrische spoedgeneeskunde, Radio-oncologie en Radiotherapie, Sportgeneeskunde

nomenclatuur, de vragen zijn talrijk. Een punt van zorg is de concentratie van activiteiten in een aantal centra, zoals de pancreas- en slokdarmpathologie in 2019 en in de toekomst de hoofd- en halstumoren.

De financiering van de ziekenhuizen, het debat over de supplementen en de almaar toenemende retrocessie van honoraria aan de ziekenhuizen, die voor steeds grotere financiële uitdagingen staan, vormen een heet hangijzer voor de beroepsverenigingen.

De ziekenhuisnetwerken en hun werking zorgen eveneens voor de nodige bezorgdheid. Terwijl sommige specialismen zich weten te organiseren, vrezen andere onvermijdelijke beslissingen vanwege ziekenhuismanagers.

De overproductie van specialisten in bepaalde disciplines, zoals gynaecologie, chirurgie, neurochirurgie e.a., of het gebrek eraan in andere, zoals inwendige geneeskunde, zijn zorgwekkend. De situatie in sommige disciplines zoals bijvoorbeeld de neurochirurgie is dramatisch. Sommige beroepsverenigingen luiden de noodklok bij monde van zowel de universitaire als niet-universitaire collega's en vragen om het aantal artsen in opleiding in hun discipline te beperken. De opleiding van bv. neurochirurgen gaat echter onverminderd door. De visie van de artsen op het terrein strookt niet noodzakelijk met deze van de CEO van het universitair ziekenhuis of van de universiteit. Waarschijnlijk zijn assistenten onmisbaar voor het goed functioneren van bepaalde afdelingen. Het VBS vraagt een correcte toepassing van de (sub)quota.

Fysische en revalidatiegeneeskunde pleit voor een budget om een zo snel mogelijke sociale en professionele reïntegratie van hun patiënten te garanderen. Ze vragen om middelen en hebben een coherent en realistisch dossier gepresenteerd met een vijfjarig project.

De gastro-enterologen verdedigden een project van geïntegreerde geneeskunde. De rol van de huisarts is essentieel bij preventie. De gastro-enteroloog zorgt ervoor dat het juiste preventieve onderzoek wordt uitgevoerd bij de 'juiste' patiënt volgens vastgestelde richtlijnen en zorgtrajecten.

De kinderartsen – de 'internisten voor kinderen' – willen toegang tot de orgaan- of systeemspecialismen zoals cardiologie, pneumologie enz. Kinderartsen werken in synergie met huisartsen, maar hun geneeskunde is anders dan die voor volwassenen. De kinderartsen gaan de dialoog aan met de huisartsen, ontwikkelen een visie en leggen een strategie voor.

De psychiatrie is in complete verandering. Terwijl het wemelt van de plannen, reorganisaties, herstructureringen op al de terreinen waarover op nationaal vlak en met de gemeenschappen wordt onderhandeld, moet men vaststellen dat de huidige financiering en honoraria volstrekt ontoereikend zijn.

Oogartsen zoeken kwaliteit door te strijden tegen de erkenning van de orthoptist-optometrist in haar huidige vorm. De opleiding van de oogarts moet voor de Hoge Raad worden geherdefinieerd.

Enzovoort...

Het is duidelijk dat de beroepsverenigingen het kloppend hart zijn van het VBS. Het VBS is slechts het omhulsel dat diensten en expertise aanbiedt, deuren opent en onderhandelingen faciliteert.

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

### 1.3.1 Het veranderende ziekenhuislandschap – Jaarlijks symposium van het VBS 02.02.2019

Het jaarlijkse VBS-symposium kende een groot succes. Met meer dan 250 deelnemers was het Lippens-auditorium van de KBR helemaal volgelopen. Het programma was dan ook heel aantrekkelijk. De

aanwezigheid van zowel minister Alda GREOLI<sup>7</sup> als minister Jo VANDEURZEN<sup>8</sup> die hun kijk op de ziekenhuisnetwerken zouden uiteenzetten, waren hierbij ongetwijfeld belangrijke aantrekkingspolen.

Dr. Bart DEHAES, Nederlandstalig secretaris-generaal ad interim, gaf bondig een overzicht van de opvallendste feiten van 2018, met name de laagvariabele zorg<sup>9</sup>, de netwerken<sup>10</sup> en de wet op kwaliteitsvolle praktijkvoering<sup>11</sup> in de gezondheidszorg.

De spits werd afgebeten door Geert GIELENS, econoom van Belfius en co-redacteur van de MAHA-studie (Model for Automatic Hospital Analysis). Deze studie analyseert jaarlijks de financiële gezondheid van de Belgische ziekenhuizen en stelt ons in staat om de verschillende jaren te vergelijken en trends te zien. De analyse laat niets aan duidelijkheid te wensen over: de financiële gezondheid van de ziekenhuizen is uiterst zorgwekkend. Niet alleen is de winstmarge belachelijk laag – 29 miljoen euro bij een omzet van meer dan 14 miljard of 0,2% – bovendien staat 40% van de ziekenhuizen in het rood en hebben 24 van de 92 ziekenhuizen niet genoeg cashflow om de schulden van het jaar af te lossen, een stijging van 25% in één jaar<sup>12</sup>.

Het discours van Geert GIELENS klonk niet optimistisch. De zaal peilde bij de spreker over de toekomst van het Belgische financieringssysteem op basis van sociale bijdragen en belastingen. Volgens Geert GIELENS moet een ander financieringssysteem worden overwogen, maar is om het even welke vorm van ‘privatisering’ van de financiering momenteel ‘politiek’ onbespreekbaar in België.

Minister Alda GREOLI hield een lezing over haar visie op de gezondheidszorg en de toekomst van die gezondheidszorg in de Federatie Wallonië-Brussel. Hoewel de gezondheidszorg geen feitelijke economische waarde heeft, benadrukte de minister het belang van de gezondheidszorg in de economie, niet alleen in termen van werkgelegenheid, maar ook en vooral in termen van toegang tot en ontwikkeling van de economie van een regio. Ze onderstreepte de ‘voluntaristische’ aanpak van haar gezondheidsbeleid. Ze streeft naar kwaliteitszorg en universele toegankelijkheid. Ze verbindt zich ertoe gezondheidsnetwerken op te bouwen die beantwoorden aan de verwachtingen van de patiënten en benadrukte de specifieke geografische en identiteitskenmerken van het Waalse Gewest. Deze regio telt 37 algemene en 20 psychiatrische ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen behoren voor 50 % tot de publieke sector en voor 50 % tot de social profit-sector. De minister gebruikt de term ‘social profit’ om het onderscheid te maken met de term privé, die een commerciële connotatie heeft. De belangrijkste uitdaging voor het Waalse Gewest m.b.t. de ziekenhuisnetwerken is de bevolkingsdichtheid en de toegankelijkheid die samenhangt met het wegennet. Een ander probleem is het verschil in personeelsstatuut tussen social profit-ziekenhuizen en openbare ziekenhuizen. Hoewel minister GREOLI een positief beeld heeft van de wet op de ziekenhuisnetwerken, wil ze graag kanttekeningen maken. De eerste gaat over de stemming in het parlement, wetende dat de regering er een van lopende zaken is die geen meerderheid meer heeft. Een tweede bedenking betreft de programmatie, die een probleem vormt voor een reorganisatie van de zorg en de ontwikkeling van de medische dienstverlening.

Er moeten 8 netwerken worden opgericht die de kloof tussen social profit en openbaar ziekenhuis overstijgen. De Waalse minister van Ambtenarenzaken werkt aan een decreet dat de samenwerking tussen openbaar en social profit mogelijk moet maken. De bakens zijn de vrije keuze van de patiënt en de beheerscapaciteit van het ziekenhuis. Op korte termijn wil minister GREOLI de 260 ingediende projecten voor de bouw of renovatie van de ziekenhuizen analyseren in samenwerking met AViQ<sup>13</sup>. Op

---

<sup>7</sup> Alda Greoli, Viceminister-president en Waals Minister van Gezondheid, Gelijke Kansen, Sociale Actie, Ambtenarenzaken en Administratieve Vereenvoudiging

<sup>8</sup> Jo VANDEURZEN, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

<sup>9</sup> Wet van 19.07.2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (BS 26.07.2018)

<sup>10</sup> Wet van 28.02.2018 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft (BS 28.03.2018)

<sup>11</sup> 22 APRIL 2019. – Wet van 22.04.2018 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (BS 14.05.2019)

<sup>12</sup> Voor de volledige analyse van de MAHA-studie 2017 verwijzen wij u naar het jaarverslag 2018 Dr. J.-L. Demeere ‘De onvoltooid symfonie van Maggie’. De analyse van de MAHA-studie 2018 vindt u onder punt 3.2.

<sup>13</sup> Agence wallonne pour une vie de qualité



deze manier wil ze de netwerkvorming vergemakkelijken, evenals de samenwerking tussen de openbare en social profit-sector met behoud van het huidige statuut van de gezondheidswerkers, of ze nu aan intercommunales of vzw's verbonden zijn. Ze wil een snelle erkenning van de netwerken in Wallonië vóór 26 mei 2019, in de wetenschap dat deze netwerken de gewest- of landsgrenzen, de grenzen met Brussel, de Duitstalige Gemeenschap en Frankrijk zullen overschrijden. Op middellange termijn plant ze twee netwerken in Luik, één in Luxemburg, drie of vier in Henegouwen, één in Namen en akkoorden tussen Waals-Brabant en Brussel. Ze wil het Waalse Gezondheidsnetwerk (WEB) ontwikkelen. Op de lange termijn wil ze de ziekenhuizen en hun management responsabiliseren, met een nieuwe cultuur, ook voor vakbondsvertegenwoordigers. Ze streeft naar continuïteit van de zorg met kortere verblijfsduur, minder heropnames en sterkere banden met de eerste lijn. Ten slotte wil Alda GREOLI het beleid inzake facturatie (overfacturatie) en medische honoraria onder de loep nemen. Ze benadrukte het gebrek aan kinderartsen, internisten en geriateren, en de gesegmenteerde en niet-geïntegreerde aanpak van de zorg.

Het contrast tussen de twee ministers, Minister Alda GREOLI en Jo VANDEURZEN, was opvallend. Mevrouw GREOLI hield een toespraak zonder PPT-presentatie om haar beleid toe te lichten. Minister Jo VANDEURZEN toonde in zijn helder gestructureerde PPT-presentatie de implementatie van het gezondheidsbeleid in Vlaanderen aan. Op 8 juli 2016 definieerde de Vlaamse regering het nieuwe ziekenhuislandschap en de actielijnen, en in 2018 realiseerde ze de tenuitvoerlegging van deze actielijnen en de uitrol van een regionaal strategisch plan. Uitgaande van de zorgvraag van de lokale bevolking (zorgbehoefte) wordt het regionaal ziekenhuis opgericht om aan deze lokale vraag te voldoen, waaraan gespecialiseerde centra voor specifieke zorg worden toegevoegd naargelang de vereiste expertise en met een minimaal volume om de kwaliteit te garanderen. Het VIKZ, het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, wordt opgericht. Dit instituut neemt bestaande projecten over als VIP<sup>2</sup> <sup>14</sup>, een kwaliteitsproject in ziekenhuizen, VIP GGZ voor geestelijke gezondheidszorg, de eerste lijn georganiseerd in zorgnetwerken (49+11), het VPP (Vlaams Patiëntenplatform), bejaardentehuizen, VICO (Vlaams Intermutualistisch College) en de Vlaamse gezondheidsautoriteit. Op 17 februari 2017 reorganiseerde de Vlaamse regering de eerstelijns geneeskunde in 60 regionale eerstelijnszones met initiatieven in palliatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg en dementiezorg. Tot slot is er een overkoepelende structuur die instaat voor de coördinatie tussen zones en regio's: het Instituut voor de Eerste Lijn.

In een gezamenlijke brief met minister DE BLOCK vroeg minister VANDEURZEN aan de ziekenhuizen om de kaart van de ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen te definiëren. 13 + 1 (één Brussels) netwerken werden opgericht. De kaart is getekend. De Vlaamse overheid vraagt nu om de continuïteit van de zorg binnen de netwerken te organiseren en te streven naar efficiëntie in de zorgverlening. Het doel is om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen. De minister verwees vervolgens naar de KCE-studie van 2017 over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025. Volgens de KCE-cijfers van 2014 zijn er in 2017 7.017 en in 2025 9.308 bedden te veel. De tweede studie waarnaar Jo VANDEURZEN verwees is die van Eduard PORTELLA van Antares Consulting, over het nut van ziekenhuisbedden. Volgens de minister blijkt uit die studie dat de organisatie totaal inefficiënt is. 5 % van de bedden wordt bezet door chronische patiënten, 7 % van de bedden wordt ingenomen door heropnames binnen de 10 dagen, 19% van de bedden heeft een verblijfsduur van meer dan 30 dagen en 27% van meer dan 20 dagen. 70% van de patiënten is ouder dan 80 jaar. Deze cijfers tonen aan dat de acute ziekenhuisopname niet overeenstemt met de huidige realiteit.

De minister presenteerde het Zorgstrategisch plan. Dit plan bestaat uit drie fasen: de definitie van het plan, het wettelijk kader en de proefprojecten. Dit plan begon 15 jaar geleden. Het analyseert de strategische waarde van de infrastructuur om te voldoen aan de gezondheidsbehoeften. Dit plan gaat uit van de behoeften van de bevolking, definieert instrumenten om efficiëntie na te streven en kwaliteit te bevorderen. De investeringen worden opgenomen in een geïntegreerd zorgtraject of zorgplan.

---

<sup>14</sup> Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals

Tot slot beschreef de Vlaamse minister het concept van geïntegreerde zorg aangepast aan de noden van de bevolking. Hij neemt daar ook de toekomst van artificiële intelligentie en de evolutie van de medische praktijk in op. Tevens benadrukt hij het belang van kwaliteitsstreven. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft samen met Zorginspectie Vlaanderen een systeem voor de evaluatie van de kwaliteit van ziekenhuizen gestructureerd en gedefinieerd. De resultaten worden openbaar gemaakt. Met VIPZ is zorgkwaliteit een concept dat zorg, patiënten en ziekenfondsen integreert. Tot slot kijken we naar de toekomst met artificiële intelligentie, de ontwikkeling van communicatietechnieken, de rol van de acute ziekenhuizen en de link tussen de eerstelijnszones, de locoregionale ziekenhuizen, de supraregionale ziekenhuizen met hun technisch karakter (NMR, radiotherapie e.d.), bejaardentehuizen en geestelijke gezondheidsinstellingen.

Het publiek was onder de indruk van het verschil tussen de presentaties van de twee ministers. Terwijl sommigen het in de discussies over de ereloonsupplementen hebben over een geneeskunde met twee snelheden, praten anderen over de verschillen in politiek beheer van de gezondheidssystemen tussen Vlaanderen en Wallonië. In 5<sup>de</sup> versnelling, of in achteruit?

### 1.3.2 Teach the teacher, symposium voor stagemeeesters – 08.10.2019

Op 08.10.2019 vond in de Koninklijke Bibliotheek van België het derde symposium onder de titel 'Teach the Teacher' plaats, dat het VBS organiseert voor stagemeeesters in het kader van hun permanente vorming<sup>15</sup>. Meer dan 150 deelnemers woonden deze vorming bij.

Dr. Jean-Luc DEMEERE gaf een overzicht van de wetgeving die de opleiding van artsen-specialisten in opleiding (ASO) regelt, en dit zowel op federaal als op gemeenschapsniveau. In het kader van de 6<sup>de</sup> staatshervorming is de opleiding van assistenten immers gecommunautariseerd.

Het federale niveau is bevoegd voor het definiëren van de algemene erkenningscriteria voor artsen-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (horizontale criteria), alsook voor het definiëren van de erkenningscriteria voor de verschillende specialismen (verticale criteria). Voor de actualisering van die laatste categorie van criteria heeft Jean-Luc DEMEERE het werk van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen in de verf gezet. In de afgelopen jaren heeft de Hoge Raad maar liefst 26 adviezen uitgebracht in het kader van de actualisering van deze criteria. In deze adviezen probeert de Hoge Raad rekening te houden met de Europese criteria, met inachtneming van de specifieke kenmerken van het Belgische gezondheidszorgsysteem en de plaats van de artsen, om de mobiliteit van de zorgverleners te vergemakkelijken.

De Federale Planningscommissie bestudeert de behoeften inzake het aantal artsen voor de komende jaren. In haar zeer goed opgebouwde verslag houdt ze o.m. rekening met de gegevens van het RIZIV (activiteiten), de gegevens van de sociale zekerheidsdiensten (zelfstandigen, werknemers, gepensioneerden) en de geografische gegevens (woonplaats) van de verschillende artsen om quota vast te stellen voor het aantal artsen dat moet worden opgeleid in het land, per gewest en volgens specialisme. De federale overheid bepaalt de quota voor het aantal Nederlandstalige en Franstalige artsen dat per jaar de geneeskunde mag uitoefenen en dus een RIZIV-nummer krijgt. De gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor de 'subquota' van het aantal huisartsen versus specialisten en voor de verdeling tussen de verschillende specialismen.

De federale Planningscommissie publiceert samen met de federale quota ook, maar dan louter als richtsnoer, de subquota per discipline waarop ze zich heeft gebaseerd. Onder minister Jo VANDEURZEN vonden bij het Agentschap Zorg en Gezondheid verschillende vergaderingen plaats met het oog op het oprichten van een Vlaamse planningscommissie. Deze planningscommissie zou paritair samengesteld

---

<sup>15</sup> Art. 23 van het ministerieel besluit van 23.04.2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (BS 27.05.2014)

worden met vertegenwoordigers van de universiteiten en de artsensorganisaties, waaronder het VBS en de artsensyndicaten. Sinds de verkiezingen van mei 2019 is het echter windstil geworden omtrent dit dossier. Ook de Franse Gemeenschap heeft de intentie om een analoge commissie op te richten. Voormalig minister-president, Rudy DEMOTTE, heeft daartoe reeds de voorbereidende stappen gezet.<sup>16</sup>

De opleidingstrajecten zijn inhoudelijk en procedureel verschillend, afhankelijk van het taalregime van het stageplan van de ASO. In Vlaanderen wordt deze opleiding door het decreet van 24 februari 2017 geregeld. Een manamaopleiding (master-na-master) of gelijkwaardige opleiding is vereist. In deze opleiding komen noodzakelijkerwijs communicatie met de patiënt met het oog op het bekomen van een geïnformeerde toestemming, kwaliteitszorg, EBM en interdisciplinaire samenwerking, het elektronisch beheren van gegevens en klinisch leiderschap aan bod<sup>17</sup>. Het succesvol afronden van de manama is in se niet vereist. Een getuigschrift van een vergelijkbare opleiding volstaat. Dit heeft het in 2019 mogelijk gemaakt dat artsen-specialisten die hun aanvraag 3 maanden voor het einde van de opleiding hadden ingediend werden goedgekeurd. De masterproeven aan de universiteit kunnen in september plaatsvinden (examensessie). Sommige universiteiten hebben getuigschriften afgeleverd op het moment dat de ASO's hun eindwerk nog moesten indienen. België blijft de bakermat van het surrealisme. Het slagen in de manama is geen voorwaarde om als arts-specialist te kunnen worden erkend. Het tegenovergestelde is ook waar. Men kan een masterdiploma in de specialistische geneeskunde hebben, of een getuigschrift van FUS of DES in de Franse Gemeenschap en toch niet erkend worden als arts-specialist. De erkenning van arts-specialist is een ministeriële beslissing na advies van de bevoegde erkenningscommissie.

In Vlaanderen is het de minister van Volksgezondheid die de erkenningen aflevert. In het Franstalige landsdeel heeft de minister-president zijn erkenningsbevoegdheid gedelegeerd aan de minister van Hoger Onderwijs en Universitaire Ziekenhuizen.

Sinds 2016 hebben de niet-universitaire stagemeeesters recht op een vergoeding voor de opleidingsfunctie. Deze vergoeding wordt geboekt onder de administratieve kosten van het RIZIV. De vraag kan gesteld worden of in de Franse Gemeenschap deze vergoeding niet eerder zou moeten worden ingeschreven op het budget van onderwijs. Het is immers de minister van Hoger Onderwijs en Universitaire Ziekenhuizen die de facto over de erkenningsbevoegdheid beschikt.

Voor het besluit van de regering van de Franse Gemeenschap van 29.11.2017<sup>18</sup> zijn het universitair getuigschrift van de eerste twee jaar, afgegeven door de decaan (art. 18), en een attest van zelfredzaamheid (art. 18) vereist. De DES en FUS worden niet als zodanig beschreven in het besluit. Anderzijds staat in de tekst dat een eindevaluatie volgens het MB van 23.04.2014 met een paritaire commissie, samengesteld uit universitaires en vertegenwoordigers van de beroepsgroep, vereist is. De ministeriële toetsing moet opnieuw worden ingevoerd.

In Vlaanderen voorziet het decreet in een beroepsprocedure bij een adviescommissie. Een dergelijke beroepsprocedure bestaat niet in de Franse Gemeenschap. Indien in de Franse Gemeenschap nieuwe feiten kunnen worden aangebracht kan het dossier door dezelfde erkenningscommissies opnieuw in beraad worden genomen. Tegen het advies van de erkenningscommissie is enkel beroep bij de Raad van State mogelijk. Het VBS dringt erop aan dat er een beroepsprocedure wordt ingesteld.

In de Vlaamse Gemeenschap werd er binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid een college van voorzitters van de erkenningscommissies opgericht met een operationele structuur. Dit college moet de werking, de procedures en het beleid van de erkenningscommissies coördineren en vormt de verbinding tussen de erkenningscommissies en de administratie. Dit heeft het voordeel dat er een synergie ontstaat tussen de verschillende erkenningscommissies en dat teksten en gebruiken eenduidig

---

<sup>16</sup> Cf. punt 2.1.2.1 Planningscommissie Franse Gemeenschap

<sup>17</sup> Art. 19 van het MB van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (BS 27.05.2014).

<sup>18</sup> 29 NOVEMBER 2017. - Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 29 november 2017 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen (BS 29.01.2018)

worden geïnterpreteerd. Het VBS heeft een brief gestuurd naar de administratie van de Franse Gemeenschap en heeft het punt in vivo besproken met minister van Hoger Onderwijs van de Franse gemeenschap, Valérie GLATIGNY, ter gelegenheid van de uitreiking van de prijs van de specialist 2019, die wel brood leek te zien in dit voorstel.

Prof. Dr. Jan GUTERMUTH maakte indruk op het publiek met zijn lezing *Combining multiple techniques in bringing the best out of trainees*. Voor Prof. GUTERMUTH is het noodzakelijk om de aanwezigheid van de ASO op de dienst opnieuw te zien als die van een arts die er is om het beroep te leren dat door de artsen van de dienst wordt uitgeoefend. Met andere woorden, de ASO is er om te leren en niet om een arbeidsplaats in de dienst op te vullen. Het recept van deze VUB-dermatoloog is gebaseerd op twee elementen: immersie in een opleidingsomgeving en een positieve evaluatie van de ASO. Bij immersie komt het erop neer de dienst zo te organiseren dat er een leeromgeving ontstaat waarin de hele dag onderwijs, individueel werk, (multidisciplinaire) uitwisseling, teamwerk, wetenschappelijk onderzoek en klinische activiteit worden gecombineerd. Er is volledige synergie tussen de medische praktijk en de opleiding. Deze opleiding is gebaseerd op persoonlijke ontwikkeling, individueel maar geïntegreerd in een team. Communicatie is essentieel om volledige transparantie te garanderen en een ondubbelzinnige evaluatie mogelijk te maken. Evaluatie is cruciaal om vooruitgang mogelijk te maken. Dit is echter geen aangeboren talent in de medische wereld. De opleider is zijn eigen referentie, maar niet de standaard van de medische praktijk. Het is daarom noodzakelijk om de trainer te trainen en evaluatietechnieken bij te brengen. Dit alles is alleen mogelijk als de opleider als hoofddoel heeft een arts te zijn die andere artsen wil opleiden. Er wordt dus op twee niveaus geïnvesteerd; door de trainer en de ASO. De stagemeester moet referentiekaders hebben om de inhoud van de opleiding en de mate waarin die is verworven te kunnen evalueren.

De presentatie van Prof. GUTERMUTH toonde aan dat de ASO kan worden geïntegreerd in een team en een dienst, en een degelijke opleiding kan genieten op voorwaarde dat de cultuur van de dienst de opleiding centraal stelt en geen voorrang geeft aan economische rentabiliteit. De presentatie kende een grote verantwoordelijkheid toe aan de stagemeester, die een arts-specialist kan maken of een carrière en een persoon kan breken. De immersie en de evaluatie geven verantwoordelijkheid aan de ASO, die het kader, de middelen en de opvolging heeft om arts-specialist te worden. Zoals een slogan van een bekend sportmerk luidt: 'Just do it'. De grote les uit deze lezing was echter dat we zagen dat het bestaat en dat het mogelijk is.

Dr. Nanni ALLINGTON, orthopedisch chirurg bij CHR Liège én vliegtuigpilot, had een presentatie die de nieuwsgierigheid wekte met de titel *How pilots help doctors*. Zij wilde het niet hebben over de flying doctors uit de gelijknamige tv-serie, maar over een manier om het artsenberoep te benaderen via een veilige procedure zoals in de luchtvaart. Chirurgen en anesthesisten steigerden enigszins toen hen veiligheidsprocedures zoals de SAFE SURGERY CHECK LIST (SSCL) werden opgelegd. Als men het boek van de auteur van de SSCL leest, merkt men dat hij geïnspireerd werd door het werk van bouwkundigen die hoge gebouwen optrekken door op een aantal verdiepingen te gaan wonen. Elkeen heeft zijn plaats, maar hier werd over het geheel nagedacht. Individualistische artsen hebben vaak een solopraktijk. De veiligheid van de solopiloot (en zijn passagiers) wordt uitsluitend gegarandeerd door het toepassen van procedures, het melden van incidenten, het analyseren van incidenten en het corrigeren van procedures. Zonder systematiek en zonder procedures is er geen veiligheid. Piloten die een incident meemaken, maken het openbaar en er wordt gezocht naar corrigerende procedures. De geneeskunde evolueert echter naar systemen met algoritmen, beslissingsbomen, keuzes die expertise en striktheid van uitvoering vereisen. Dr. ALLINGTON bracht wel een paar nuances aan op haar discours. Een voorbeeld hiervan is de expertise van kapitein Pete O'SULLY, die zijn passagiers redde door af te wijken van alle veiligheidsprocedures en te landen op de Hudson-rivier.

De volgende sessie 'Teach the teacher' is gepland op 13 oktober 2020. Hopelijk kent deze 4<sup>de</sup> sessie een even groot succes.

### 1.3.3 Radioprotectie – 21.09.2019

Naar jaarlijkse traditie was het verzamelen geblazen in de Koninklijke Bibliotheek van België voor het symposium Radioprotectie dat door het VBS georganiseerd wordt in samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC), dit keer op zaterdag 21 september.

Het grote auditorium van de Koninklijke Bibliotheek was met 250 radiologen en connexe specialismen helemaal volgelopen voor een boeiende voormiddag. Deze continue bijscholing is noodzakelijk om te blijven beschikken over een FANC-vergunning voor medisch gebruik van ioniserende straling. En op haar beurt is deze FANC-vergunning een noodzakelijke voorwaarde voor het aanrekenen aan de ziekteverzekering van prestaties die gepaard gaan met ioniserende straling. De modaliteiten van de continue medische navorming zijn nu al een aantal jaren bekend, waardoor het symposium vlekkeloos verliep en iedereen bij de start en na afloop van de spreekbeurten vlot de aanwezigheidslijsten kon tekenen.

Dr. Sc. Katrien VAN SLAMBROUCK sprak namens het FANC over een delicate materie: hoe communiceren over de voordelen en risico's van röntgenonderzoeken, waarbij ze niet enkel aandacht had voor de inhoud van de verstrekte informatie en de wettelijke verplichtingen dienaangaande, maar vooral ook voor de wijze waarop dit kan gebeuren met een hele reeks praktische tips en adviezen.

Vervolgens gaf Dr. Geert SOUVERYNS een bijzonder inspirerende voordracht over hoe het principe van justificatie en optimalisatie in de dagelijkse praktijk in het Jessa-ziekenhuis in Hasselt wordt geïmplementeerd. Het was een voorbeeld van hoe men een theoretisch gegeven op een werkbare, menselijke en patiënt- en ziekenhuisgerichte manier succesvol kan omzetten in de dagelijkse realiteit.

Na de pauze was het vaste waarde Dr. Sc. Françoise MALCHAIR die de aandacht vestigde op risicoanalyse bij radioprotectie met praktische voorbeelden en oplossingen voor vaak voorkomende, en soms ook wel miskende, problemen of risico's bij beeldvorming door radiologen en connexisten.

Tot slot gaf Prof. Nico BULS een voordracht over hoe patiëntendosimetrie kan en moet toegepast worden voor detectie en follow-up van suboptimale procedures.

De editie 2020 van het symposium Radioprotectie zal plaatsvinden op 26 september 2020, opnieuw in de Koninklijke Bibliotheek.

### 1.3.4 Een toekomstvisie voor de specialistische geneeskunde, t.g.v. uitreiking van de Prijs van de Specialist van het Jaar – 23.11.2019

Bij aanvang van dit symposium werden Dr. Marc MOENS en Dr. Jean-Paul LECHAT respectievelijk als Nederlandstalig en Franstalig specialist van het jaar uitgeroepen. Dr. Marc MOENS zag zo zijn jarenlange inzet voor de verdediging van de belangen van de artsen bekroond. Hij kreeg de prijs uit handen van Vlaams minister van Volksgezondheid, Wouter BEKE. Dr. Jean-Paul LECHAT, een anesthesist die kan terugblikken op een lange carrière als diensthoofd en stagemester, onderscheidde zich o.m. zijn door humanitaire acties met Artsen zonder Vakantie. Hij kreeg de prijs overhandigd door de Franstalige minister van Hoger Onderwijs en Universitaire Ziekenhuizen, Valérie GLATIGNY. Voor beide prijzen, waarvoor er 10 genomineerden waren, werden iets meer dan 3.000 stemmen door artsen uitgebracht.

De aanwezige gemeenschapsministers schetsten het beleid dat zij de komende jaren willen voeren. Minister Wouter BEKE, zoon en broer van een huisarts, wenst het beleid van zijn voorganger Jo VANDEURZEN verder uit te voeren. De klemtonen zullen gelegd worden op welzijn, zorg en zorgverzekering, de organisatie van de eerstelijnszones en de samenwerking met de ziekenhuisnetwerken. De billijke toegang tot zorg is een zorg!

Minister Valéry GLATIGNY begon met zich te situeren als minister van Onderwijs, Opleiding van artsen-specialisten en verantwoordelijke voor de universitaire ziekenhuizen. Bij het toelichten van haar algemeen beleid nam ze de bewoordingen van de Waalse regeringsverklaring over.

Dr. Donald CLAEYS zette als moderator van het symposium zijn visie op de geneeskunde van morgen uiteen. Dr. CLAEYS gelooft in een integratie van algemene en gespecialiseerde geneeskunde om zorgpaden te vormen en zo de beste competenties aan patiënten aan te bieden. Hij wil een geneeskunde van topkwaliteit ontwikkelen in zowel academische als niet-academische ziekenhuizen. Een van de sleutels om dit te bereiken is een grotere mobiliteit van artsen om hen in de voorhoede van hun specifieke vakgebied te houden. Artsen van een niet-universitair ziekenhuis kunnen adviseurs zijn in een academische setting, er de competenties ontwikkelen die ze hebben verworven aan de universiteit en via hun extra-universitaire praktijk, om technieken of operaties te blijven verrichten die uitsluitend aan dat centrum zijn voorbehouden. Hij betreurt echter dat deze adviserende artsen worden gelijkgesteld met bezoekende artsen. Ze zijn zelden terug te vinden in het dienstorganigram of de briefhoofden. Er worden twee werelden gecreëerd: de wereld van de uitverkorenen met hun hoogstaande chirurgie, en de wereld van diegenen die geen recht hebben op deze privileges. Voor hem is een van de hindernissen van juridische aard, met name het statuut van de academische artsen. Zij zijn vaak in loondienst, benoemd door de academische overheid en hebben onderwijsopdrachten. Hij pleit dan ook voor één enkel statuut voor artsen, zodat zij zich kunnen integreren in verschillende teams met behoud van hun sociaal statuut. Bij de minister van Hoger Onderwijs van de Franse Gemeenschap drong hij aan op de noodzaak van een toelatingsexamen in de geneeskunde dat het aantal artsen selecteert en contingenteert, en drama's aan het einde van de opleiding vermijdt door jonge artsen prioritair naar specialisaties te laten doorstromen waarin er te weinig artsen zijn. Tot slot wees hij op de aanzienlijke inkomensverschillen tussen de verschillende specialismen en stelde hij een hervorming van de nomenclatuur voor. Honoraria moeten onverantwoorde verschillen voorkomen en transparantie creëren. De inkomsten moeten behoorlijk en billijk zijn. Maar vooral ethisch.

Paul D'OTREPPE, voorzitter van de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs, drukte met zijn lezing *Welke rol voor de arts-specialist met de hervormingen?* op de noodzaak om hervormingen door te voeren. Ze zijn essentieel voor het voortbestaan van ons systeem. Vervolgens zette hij de actieve rol van de ziekenhuisarts uiteen, partner en uitvoerder van de hervormingen. Hij wees op de noodzaak om een nieuwe visie op de gezondheidszorg te creëren en realistisch na te denken over de geneeskundige praktijk in de nabije toekomst, zonder de financiering ervan te vergeten. Artsen zullen een 'ander leven' hebben dankzij de technologie en in de nieuwe omgeving van de maatschappij van morgen. Telegeneeskunde vereist geen direct contact tussen zorgverstreker en patiënt. Het is geneeskunde op afstand. Het beroep vervrouwelijkt en ook voor mannen wijzigt de veranderende balans tussen werk/vrije tijd en gezin de context van de medische praktijk volledig. Anderzijds verandert de patiënt ook. Van zorgobject evolueert hij naar partner, leider en manager van zijn eigen gezondheid. Competenties en kennis worden publiek. De arts wordt beoordeeld. Deze arts zal echter, in samenspraak met de ziekenhuisbeheerder, strategische beslissingen moeten nemen om de toekomst van het ziekenhuis te bestendigen.

De financiering is ook aan het veranderen. De demografische piramide keert zich om. Paul D'OTREPPE gaf het voorbeeld van Singapore, een staat met een bevolking die qua aantal vergelijkbaar is met België en die haar achterstand op het gebied van zorg heeft ingehaald. Op minder dan één generatie tijd zal het aantal actieve mensen veel lager komen te liggen dan het aantal niet-actieve mensen. Het probleem van de financiering wordt een heel dringende zaak. Hoe kunnen we, als managers en artsen, een solide toekomst garanderen voor dit systeem, dat inflatoir is en veelal geen toegevoegde waarde heeft?

Pedro FACON, Directeur-Generaal Gezondheidszorg bij de FOD Volksgezondheid, maakte indruk op de toehoorders. Hij liet de visuele ondersteuning van zijn PPT-presentatie links liggen en hield een redevoering met enige 'omzichtigheid' gezien de aanwezigheid van de pers. Hij vermeldde de successen en hervormingen van minister DE BLOCK.

De hervorming van de nomenclatuur. Zijn woorden klonken staalhard. Waarom opnieuw doen wat andere landen 15 jaar geleden hebben gedaan? Waarom de nomenclatuur herschrijven op basis van de huidige nomenclatuur? Waarom niet een nieuwe nomenclatuur schrijven en op een nieuwe basis beginnen? Hoeveel gaat dat kosten? De boodschap was overigens duidelijk: wie de volgende minister

ook wordt, we gaan de ereloon-supplementen afschaffen. Dit was al voorzien in de regeringsverklaring Michel I. De all-in-bedragen per pathologie zullen steeds verder uitgebreid worden, wat zal leiden tot meer transparantie en een betere dienstverlening aan de patiënt met een zoektocht naar efficiëntie.

Netwerken worden uitgerold in Vlaanderen, Brussel en Wallonië en moesten normaal gezien op 1 januari 2020 klaar zijn. Tot slot is de wet op de kwaliteit van de praktijkvoering gepubliceerd. Deze wet moet de patiënt de mogelijkheid bieden om een verwijzende arts te hebben die zijn dossier beheert, hem adviseert en hem doorverwijst naar de gespecialiseerde geneeskunde. De wet geeft ook een nieuwe definitie van de gezondheidszorgberoepen.

Pedro FACON nam vervolgens in snel tempo zijn dia's door, waarbij hij herinnerde aan zijn kernboodschappen: toegankelijkheid, kwaliteit en financiering. Hij toonde zich verbaasd over de huidige praktijk van sommige artsen die geen gedeelde activiteit opzetten en multidisciplinariteit afwijzen. Hij benadrukte de plaats van de technologie, de computerwetenschappen en de noodzaak om de e-geneeskunde te ontwikkelen.

Zijn standpunt is duidelijk. En om het beter te definiëren gebruikte hij een oude techniek: om een product te verkopen, prijs je eerst het tegenovergestelde. Dr. Ri DE RIDDER schreef het boek *Goed Ziek. Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken*, uitgegeven bij Van Halewyck. Pedro FACON beschreef DE RIDDERs zorgaanbodmodel, dat hij vervolgens afwees. Hij verwierp niet de structurering van de zorg, noch de nabijheid of de toegankelijkheid. Hij verwierp in wezen het gebrek aan vrijheid van de patiënt en de zorgverstrekker. Aan de andere kant erkent hij de plaats en de rol van de patiënt, en betreurt zijn te hoge financiële inbreng in het zorgproces (out of the pocket).

Dr. Jean-Luc DEMEERE rapporteerde de resultaten van een VBS-enquête, een punt dat in punt 4.5 in dit jaarverslag wordt uitgewerkt.

Gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro, Margot CLOET, die in het buitenland verbleef, werd vervangen door Dr. Hilde DE NUTTE, stafmedewerker medisch beleid somatische zorg bij de ziekenhuiskoepel. Zij sprak over de ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen. De Franstaligen in het publiek konden kennis maken met de netwerken in Vlaanderen, het netwerk van 60 regionale zorgzones op de eerste lijn, het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en de 'internationale' accreditatie van de Vlaamse ziekenhuizen. Ze presenteerde het voorstel van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen betreffende de samenstelling en de werking van de Medische Raad van het Netwerk (MRN).

Het symposium werd onverwacht afgesloten met een debat over de plaats van de vrouw in de gespecialiseerde geneeskunde. Vrouwelijke artsen oefenen hun beroep uit zoals mannen, maar helaas hebben sommigen nog steeds het beeld van de moeder die haar medische carrière op de achtergrond plaatst om voor haar huishouden te zorgen. Dit beeld is onterecht. Ook mannen hebben een 'werktijd' die ze combineren met vrije tijd en een gezinsleven. Het cliché dat werd aangehaald van de vrouwelijke arts die via telegeneeskunde actief kan blijven terwijl ze op woensdagmiddag voor haar kinderen zorgt, is ongelukkig, onjuist en ongepast. De boodschap is dat telegeneeskunde opportuniteiten buiten het ziekenhuis zal creëren, achter het fornuis of niet...

### 1.3.5 Anaesthesia and the works of Maggie – Symposium BSAR-APSAR 19.01.2019

Het symposium *Anaesthesia and the works of Maggie* van 19.01.2019 motiveerde een 200-tal anesthesisten om de stand van zaken van het werk van minister DE BLOCK nader te analyseren. De werven van Maggie beslaan essentieel drie domeinen: de hervorming van het ziekenhuislandschap, de uitoefening van de geneeskunde via het KB nr. 78, en last but not least de wet op de financiering van de laagvariabele zorg.

De hervorming van het ziekenhuislandschap werd uiteengezet door sprekers die de politieke situatie op de voet gevolgd hebben. Dr. Marc GEBOERS, Directeur algemene ziekenhuizen bij Zorgnet-Icuro,

schetste de situatie van de 13 ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen en de organisatie van de zorg in eerstelijnszones. Zijn boodschap aan de artsen was duidelijk en bemoedigend. Hij erkent hun plaats en vraagt hen om deel te nemen aan de ontwikkeling van deze netwerken. Het consensusmodel binnen de Medische Raad met onderlinge overeenstemming met de beheerder werd niet (meer) betwist. Hij drong aan op de actieve en constructieve deelname van de artsen.

Jean-Noël GODIN, adviseur van de eerste minister<sup>19</sup>, gaf een minder optimistische boodschap. Brussel en Wallonië organiseren zich, maar in hun eigen tempo en met een zekere terughoudendheid, hoewel op de interministeriële conferentie van 26.03.2018, waarop 8 van de 9 ministers van Volksgezondheid die België telt aanwezig waren, iedereen de bereidheid heeft getoond om ziekenhuisnetwerken op te zetten. De ziekenhuisnetwerken bestaan uit ten minste twee ziekenhuizen die een geografisch aaneensluitend geheel vormen. In Brussel zijn er onderhandelingen tussen ziekenhuizen, maar er is nog geen kaart opgesteld. Een belangrijke onbekende factor is de goedkeuring van de wet. Is het realistisch om met een regering van lopende zaken te hopen op een parlementaire meerderheid?<sup>20</sup>

Het tweede thema was de laagvariabele zorg. Dr. Gilbert BEJJANI schetste de evolutie van de zorgconcepten in andere landen en de toekomst van de geneeskunde, waarin de prestatie per verstrekking plaatsmaakt voor zorgtrajecten en de opname van patiënten in programma's waarin alle zorg geïntegreerd is. Dr. Stefaan CARLIER bracht de statengeneraal van anesthesisten in herinnering, waarin de 'forfaitarisering' van de honoraria werd afgewezen en het behoud van een honorarium per verstrekking werd geëist. Tijdens een lang betoog zette hij minutieus de perversiteit van het systeem uiteen en stelde aan de vergadering voor wat er zou gebeuren als een ziekenhuis zijn artsen zou financieren op basis van forfaitaire honoraria. Meester Filip DEWALLENS detailleerde met brio de nieuwe wetten en ordinale bepalingen. Op vraag van Dr. Guy BERGIERS gaf een overgrote meerderheid van de aanwezigen op het symposium aan een beroep tot nietigverklaring van de wet van 19.07.2018<sup>21</sup> betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg te steunen. De opdracht daartoe zou in de daaropvolgende dagen gegeven worden aan BSAR-erelid, Meester Filip DEWALLENS.

Het derde thema betrof de opleiding van artsen-specialisten, dat werd ingeleid door Dr. Jean-Luc DEMEERE. Hij zette de nieuwe pedagogiek uiteen, met competenties die een synthese zijn van de kennis, de houding en de vaardigheden die vereist zijn om het beroep van arts-specialist uit te oefenen.

Prof. Marc VAN DE VELDE wierp een licht op de academisering van de specialistenopleiding met de manama en het MedBook, een systeem van evaluatie door de assistent en de validatie ervan door de stagemester. Dr. Eric DEFLANDRE, voorzitter van de Franstalige erkenningscommissie, legde uit welke methode in Franstalig België wordt gebruikt, terwijl Dr. Guy BERGIERS de rol van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen toelichtte.

### 1.3.6 Hot topics in de klinische biologie – Symposium Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in Medische Biopathologie 26.02.2019

De beroepsvereniging Medische Biopathologie organiseerde dit symposium vlak na haar jaarlijkse statutaire algemene vergadering op een dinsdagavond in Groot-Bijgaarden. Dit initiatief kon meteen op meer dan 30 inschrijvingen rekenen.

Voorzitter Dr. Alin DEROM gaf eerst een extensieve uitleg over de trends in de uitgaven van 2018 op basis van geëxtrapoleerde data.

---

<sup>19</sup> Sinds 01.01.2020 is Jean-Noël GODIN directeur van het huisartsensyndicaat GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens), dat deel uitmaakt van het Kartel.

<sup>20</sup> Wet van 28.02.2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft (BS 28.03.2019).

<sup>21</sup> De wet van 19.07.2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (BS 26.07.2018)



Dr. Koen MAGERMAN gaf tekst en uitleg over de organisatie van de klinische biologie, en meer in het bijzonder de medische microbiologie, in de structuur van het UEMS. De organisatie van dit specialisme verschilt enorm in Europa, gaande van monogespecialiseerde microbiologen tot de polyvalente arts klinisch bioloog met specifieke interesse in de microbiologie. In het kader van de recente activiteiten in de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen betreffende de erkenning van de internist, infectioloog en parallel de klinisch bioloog medisch microbioloog, was dit een leerrijke uitleg om de positie van België in de Europese context te schetsen.

Secretaris Dr. Henk LOUAGIE verdiepte zich vervolgens in de nomenclatuur klinische biologie. Dit kluwen van regels, die reeds decennia aangepast worden om binnen de budgettaire grenzen te blijven, wordt sedert begin 2019 nog maar eens extra belast met de aanpassingen voor de laagvariabele zorg. Daarop sloot ondervoorzitter Dr. Marc MOENS naadloos aan met de saga rond de totstandkoming en huidige situatie van de laagvariabele zorg, een systeem van zorgfinanciering dat al in voege is nog voor belangrijke obstakels zijn weggewerkt. De discussies achteraf toonden aan dat deze onderwerpen de aanwezigen aanspraken. En toeval of niet, sinds de aankondiging van dit symposium hebben zich meer artsen-klinisch biologen aangemeld als lid van de beroepsvereniging dan ooit tevoren.

### 1.3.7 Actuele thema's in de MKA-chirurgie – Symposium Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de Stomatologie, MKA-chirurgie 23.02.2019

De Beroepsvereniging voor Stomatologie en Mond-Kaak-en Aangezichtschirurgie organiseerde op 23 februari 2019 haar statutaire algemene vergadering en aansluitend een wetenschappelijk symposium over de stand van zaken in de MKA-chirurgie.

Tijdens het symposium werd druk overlegd over de ziekenhuisactiviteiten van de discipline, de ziekenhuisnetwerken en de laagvariabele zorg. Er werd getoetst of de instroom in het vakgebied gelijke tred houdt met de uitstroom. Er werd ingegaan op studies inzake centralisatie van de behandeling van hoofd- en halskanker. Het wetsontwerp kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werd geanalyseerd. Tot slot werd een gedetailleerd overzicht gegeven van alle Waalse en Brusselse MKA-diensten met benoeming van de aldaar werkende collegae, met de bedoeling een grotere harmonisatie te bereiken binnen de beroepsgroep.

### 1.3.8 Hot topics in Anatomic Pathology – Symposium Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in Pathologische Anatomie 15.06.2019

Naar jaarlijkse gewoonte organiseerde de beroepsvereniging Pathologische Anatomie ook in 2019 weer een symposium over de actualiteit in de wereld van de pathologische anatomie.

De opkomst dit jaar was opvallend bescheidener dan eerdere jaren (40 inschrijvingen i.p.v. normaliter 100), wat mogelijk deels verklaard kan worden door de examens en nakende vakanties, en hopelijk niet door toenemende lethargie onder onze collega's. De aanwezigen waren niettemin lovend over de hoogkwalitatieve presentaties in Engels, Frans en Nederlands over IVD-Regulation (Alex LEFEVRE, BeMedTech, Roche Diagnostics), over primaire HPV-screening (Kristof COKELAERE, AZ Jan Yperman), over laagvariabele zorgfinanciering (Kevin WETZELS, AZ Sint-Blasius, en Fabienne RICKAERT, CHU-Brugmann) en over de revisie van artikel 32 van de nomenclatuur (Romaric CROES, AZ Sint-Blasius).

Indien de dagen iets minder bewogen blijven, zal hoogstwaarschijnlijk volgend jaar samen met de Commissie Pathologische Anatomie (Sciensano) een lentesymposium georganiseerd worden over de gereviseerde praktijkrichtlijn. Het blijft de patholoog-anatomen gelukkig niet aan onderwerpen ontbreken.

### 1.3.9 Symposium Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen 22.05.2019

In navolging van veel andere bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen organiseerde de Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen een symposium. Op 22 mei 2019 namen daar niet minder dan 75 pediaters aan deel.

De eerste spreker van de avond was Dr. Pascal MEEUS, arts-adviseur bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging, Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie bij het RIZIV en voorzitter van de Cel doelmatige Zorg. Deze cel onderzoekt gegevens over medisch handelen zoals voorschrijven van medicatie, de evolutie van het artsenbestand en hun activiteiten. In het eerste deel van zijn tussenkomst *Cartografie van de kinderartsen* lichtte hij de cijfers over de evolutie van het aantal kinderartsen, de leeftijds piramide, de genderverdeling en ook hun activiteit toe. In het tweede deel kwam de analyse door de cel informatie van het voorschrijfgedrag van antibiotica door artsen aan bod.

Dr. Marianne MICHEL gaf een voordracht over de enquête uitgevoerd door de kinderartsen m.b.t. de subspecialismen. Uit deze enquête blijkt het belang van de erkenning van de verschillende subspecialismen. Zij gaf eveneens een projectie van aantal raadplegingen uitgevoerd door pediatrie subspecialisten en een inschatting van de tijd die een eerste raadpleging inneemt.

Het beschikken over correct cijfermateriaal is van essentieel belang om de dossiers te kunnen onderbouwen en te gebruiken in de gesprekken met de overheid.

## 2 VBS-vertegenwoordiging

### 2.1 Binnenlandse vertegenwoordiging

#### 2.1.1 De activiteiten van de Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten (AVS)

##### 2.1.1.1 Voorzitterscollege

Het voorzitterscollege van de Vlaamse erkenningscommissies heeft in 2019 twee zittingen gehad.<sup>22</sup> Het voorzitterscollege bestaat zowel uit voorzitters die het beroep vertegenwoordigen als voorzitters die door de universiteiten zijn afgevaardigd. Voorzitter van dit college is Dr. Jan STROOBANTS.

De volgende dossiers zijn aan bod gekomen in het voorzitterscollege:

#### 1. Kwaliteit van de stage

Het advies dat De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen gaf op 25 oktober 2018 over de kwaliteit van de stagediensten werd besproken op het voorzitterscollege. Het besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 bepaalt echter ook enkele taken en bevoegdheden van de erkenningscommissies in dezen. Er werd beslist om zich bij alle Nederlandstalige erkenningscommissies te informeren omtrent de voorstellen van de Hoge Raad. De feedback van de systematische bevraging van alle erkenningscommissies over het advies van de Hoge Raad werd gesynthetiseerd en er is een consensus over concrete alternatieve voorstellen binnen het voorzitterscollege om de kwaliteit van de opleidingen te verbeteren. De Hoge Raad wenst voor het overleg echter ook tegelijkertijd de input van de Franstalige erkenningscommissies te kennen. Er bestaat hier echter geen structuur zoals het Nederlandstalige voorzitterscollege. Het VBS heeft er bij de Franstalige overheid op aangedrongen om zo spoedig mogelijk een analoge structuur op te zetten die overleg mogelijk maakt.

#### 2. Digitalisering van het erkenningsproces

Voor wat de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen betreft, wil het agentschap Zorg en Gezondheid onderzoeken op welke punten het proces kan gedigitaliseerd en geoptimaliseerd worden. Het gebruik van de digitale stageverslagen van Medbook ten behoeve van stagemeesters en erkenningscommissie is momenteel nog erg onpraktisch. Het indienen en automatisch opvolgen is ook nog niet mogelijk. Er is momenteel nog geen koppeling tussen de verschillende gegevensbronnen. Gezien de complexiteit van mixing van verschillende systemen, beheerd op federaal, dan wel op gemeenschapsniveau, is een uniforme systeemontwikkeling moeilijk (bevoegdheidsspreiding).

Het agentschap Zorg en Gezondheid maakt een grondige businessanalyse en heeft beloofd om tegen de jaarwisseling 2019-2020 met een optimalisatierapport te komen. Het voorzitterscollege kijkt uit naar dit rapport.

#### 3. Bewijs van theoretisch onderwijs of getuigschrift of manamadiploma bij een erkenningsaanvraag

Voor kandidaten gestart voor 6 juni 2014 wordt nog het academiseringsattest aanvaard. Voor kandidaten die vanaf 6 juni 2014 zijn gestart, wordt het masterdiploma óf een bewijs dat ze geslaagd zijn voor de vakken, zoals vermeld in artikel 19 van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten aanvaard. Dat betekent dus dat een manamadiploma een mogelijkheid is, maar niet verplicht is voor een erkenning tot arts-specialist. Dit zorgt er tevens voor dat ASO's die geen masterthesis hebben afgelegd in het kader van de manama, maar wel een getuigschrift kunnen voorleggen over het slagen in de nodige vakken, het bewijs kunnen leveren dat ze aan de criteria voldoen om erkend te kunnen worden als arts-specialist. Het gaat om volgende te attesteren skills: 1° communicatie met patiënten onder meer met het oog op het bekomen van een geïnformeerde

---

<sup>22</sup> Op 13.05.2019 en 17.10.2019.

toestemming; 2° kwaliteitszorg; 3° evidence-based medicine (en interdisciplinaire samenwerking voor stageplannen gestart na 01.10.2016); 4° elektronisch beheren van gegevens; 5° klinisch leiderschap.

#### 4. Keuzevrijheid van opleidingstraject in een discipline

Bespreking van artikel 4 van het decreet van 29 maart 2019<sup>23</sup>, houdende wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Dit artikel bepaalt het volgende: “Elke Vlaamse universiteit kan een plaats voor een kandidaat zoals toegekend aan de respectieve universiteit conform het eerste en tweede lid van dit artikel, overdragen naar een andere universiteit na het akkoord van zowel de betrokken universiteiten als de kandidaat waarvoor de plaats wordt overgeheveld.”

Dit betekent dat voortaan een kandidaat ASO afhankelijk is van de toestemming van zijn basisuniversiteit om zijn opleiding via een ander traject te volgen. Het voorzitterscollege kant zich unaniem tegen deze beperking van keuzevrijheid voor de ASO en vraagt de Vlaamse Overheid om dit artikel te herzien.

5. Met betrekking tot de vraag van een aantal ASO's over de billijke vergoeding tijdens een buitenlandse stage is het voorzitterscollege van oordeel dat ook het werk tijdens buitenlandse stages dient te worden vergoed.

#### 6. Problematiek rond stageplannen

Problemen rond verantwoordelijkheden bij verlengingen van stageplannen, onvolledige stageplannen en niet-ingevulde stageplaatsen worden besproken. Ook hiervoor is overleg met de Hoge Raad nodig, aangezien er op verschillende vlakken lacunes zijn in de praktische uitvoering van bestaande reglementering, zowel op federaal als op gemeenschapsvlak. De consequenties van het stoppen van de maatregelen bij de afvlakking van het effect van de dubbele cohorte in opleidingscapaciteit moet eveneens worden geanticipeerd.

#### 7. Beroepsprocedure vanuit de erkenningscommissies

Er is een procedure afgesproken voor de gevallen waarbij de administratie de beslissing van een erkenningscommissie niet wenst te volgen. Dit was tot op heden onbestaande.

#### 8. Subquota van de specialismen

Er wordt aangedrongen dat er bij de commissie van de subquota voor opleidingen voldoende inspraak is vanuit de behoefte-zijde om verdere scheeftrekking tussen vraag en aanbod te vermijden.

### 2.1.2 De activiteiten van de Association des Médecins spécialistes Francophones (AMSFr)

#### 2.1.2.1 Planningscommissie Franse Gemeenschap

De quota voor Nederlandstalige en Franstalige artsen worden bepaald door de federale overheid op basis van cijfers van de (federale) Planningscommissie. De subquota die per specialisme, inclusief de huisartsgeneeskunde, moeten worden vastgelegd zijn echter een bevoegdheid van de gemeenschappen. Op het kabinet van minister DEMOTTE, die de bevoegdheid heeft voor de Federatie Wallonië-Brussel, werden verschillende werkvergaderingen gehouden in aanwezigheid van vertegenwoordigers van de AMSFr. De beslissingen zaten echter in een impasse door de moeilijkheid om de werkelijke behoeften aan artsen van de diverse specialismen te bepalen.

---

<sup>23</sup> Belgisch Staatsblad 17.04.2019

Op uitnodiging van Prof. Jean-Michel FOIDART, vast secretaris van de Académie royale de Médecine, vond op 30 april 2019 in het Paleis der Academiën een symposium plaats waar tal van stakeholders hun mening kwijt konden, onder wie federaal parlamentslid Catherine FONCK (cdH), voorzitter van de federale Planningscommissie Prof. Brigitte VELKENIERS, kabinetschef van minister DE BLOCK (Open VLD), Dr. Bert WINNEN, vertegenwoordiger van minister MARCOURT (PS), Xavier HUBINON, de voorzitter van het College van Decanen Prof. Dominique VANPEE, de minister van Volksgezondheid van de Brusselse regering Cécile JODOGNE (FDF/DéFI), en vertegenwoordigers van de artsen: Baudouin MANSVELT (VBS-AMFr), Caroline DEPUYDT (BVAS) en Paul DE MUNCK (GBO). Ondanks het ontegensprekelijk belang van deze vergadering was de opkomst van het aantal deelnemers eerder teleurstellend.

Catherine FONCK sprak over het probleem van de quota van buitenlandse artsen, zowel Europese als niet-Europese, want hoe meer buitenlandse artsen worden toegelaten bij een constante behoefte, hoe lager de subquota voor Belgen zullen zijn. Het Europese recht staat een quorum toe als het proportioneel is en is ingegeven door een streven naar het beschermen van de volksgezondheid. De voorstellen van het Kamerlid werden omgezet in de wet van 29.03.2019 tot wijziging van de wet van 10.05.2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, teneinde een contingentering in te voeren voor de artsen en tandartsen die hun opleiding aan een buitenlandse universiteit hebben gevolgd (BS 28.05.2019).

Prof. Brigitte VELKENIERS lichtte de modelvorming voor de planning toe. Er werd een nieuw wiskundig model ontwikkeld dat rekening houdt met actieve artsen op basis van hun medische activiteit, hun specialisme, mobiliteit, de evolutie van de beroepsbevolking, de verandering in het evenwicht tussen beroeps- en gezinsleven. Het model kan in elk scenario een combinatie van verschillende hypothesen construeren. De Planningscommissie stelt, met de steun van de planningscel, realistische prognoses op om de zorgbehoeften van de Belgische bevolking te evalueren op basis van steeds gedetailleerdere en nauwkeurigere gegevens. Het model is internationaal erkend, dynamisch en past zich voortdurend aan nieuwe gegevens aan. De Federale Planningscommissie werkt op basis van gegevens verstrekt door op federaal niveau door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, RSVZ<sup>24</sup> enz., maar ook op basis van informatie verstrekt door de gemeenschappen. De federale Planningscommissie voegt bij de publicatie van de federale quota eveneens ter informatie de subquota voor de verschillende specialismen<sup>25</sup> (zie tabel 1 infra). De gemeenschappen zijn echter niet gebonden door deze subquota per discipline. De gemeenschappen kunnen zich echter door deze cijfers die door de federale Planningscommissie ter beschikking worden gesteld laten inspireren.

Verschillende deelnemers aan deze vergadering staken hun bewondering niet onder stoelen of banken over de accuraatheid en de precisie waarmee de Planningscommissie de federale quota vastlegt.

Prof. Dominique VANPEE gaf aan dat de Franstalige geneeskundefaculteiten de wil hebben om artsen op te leiden die beantwoorden aan de behoeften van de samenleving in termen van aantal en hoedanigheid.

Minister Cécile JODOGNE drong aan op de oprichting van een Franstalige planningscommissie voor subquota, waaraan alle belanghebbenden, overheden, faculteiten en beroepsorganisaties, zouden deelnemen.

Dr. Paul DE MUNCK stelde, niet verrassend, dat men moet vermijden om op een hoger niveau te doen wat op een lager niveau doeltreffender kan worden gedaan, daarbij doelend op gynaecologen en kinderartsen.

---

<sup>24</sup> Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen

<sup>25</sup> KB van 5 mei 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (BS 28.05.2019)

**Aanbevolen instroomniveaus per specialisme (subquota) – KB 05.05.2019 (BS 28.05.2019)**

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

Tabel 1

Dr. Baudouin MANSVELT stelde eerst het VBS voor en legde daarna uit hoe moeilijk het is om voorspellingen te doen, rekening houdend met factoren als het opduiken van nieuwe ziekten, nieuwe technieken, de ontwikkeling van disciplines zoals genetica en de beschikbare financiële middelen. De netwerkvorming zal door de oprichting van referentiecentra en de centralisatie ook een weerslag hebben op de organisatie. Ook de organisatie van het werk kent grote veranderingen, met de arbeidsduurbeperving tot 48 uur voor assistenten, rust na wachtdiensten, de groeiende aandacht voor het evenwicht tussen gezins- en beroepsleven, de nood aan permanente opleiding. Hij toonde ook aan dat er veel misvattingen heersen. Zo blijkt uit de RIZIV-cijfers dat de overgrote meerderheid van de kinderartsen in ziekenhuizen werkt. Een groot deel van hen oefent een bijzondere bekwaamheid uit die niet erkend is op het niveau van de pediatrie en derhalve niet in aanmerking wordt genomen bij de vaststelling van de subquota. In ieder geval vraagt de AMSFr om verder deel te nemen aan de planningsvergaderingen van de subquota.

Tot slot benadrukte Dr. Caroline DEPUYDT de noodzaak van een intelligente en kwalitatieve filter op basis van dynamische en aanpasbare databases. Naargelang de regio's zijn er tekorten en om deze aan te pakken, zijn financiële stimulansen, hulp bij het opstarten en een herijking van de intellectuele verstrekkingen nodig.

Deze vergadering bood de gelegenheid de bestaande problemen te bespreken en een uitwisseling tussen de betrokken actoren mogelijk te maken. Het publiek bedankte de Planningscommissie voor het werk dat ze heeft verricht; haar voorstellen houden met steeds meer factoren rekening bij het vaststellen van de quota en het voorstellen van subquota. De oprichting van een Franstalige

planningscommissie voor subquota vond instemming bij de aanwezigen en de AMSFr zou daar integraal deel van moeten uitmaken.

Aansluitend op de vergadering van 30.04.2019 werd op 21.11.2019 door Prof. Jean-Michel FOIDART een tweede vergadering georganiseerd omtrent dit thema. Deze tweede vergadering stond niet open voor het publiek.

Daarop waren aanwezig, voor de universiteiten: Françoise SMETS (UCL) et Vincenzo D'ORIO (ULiège); voor de huisartsen: Paul DE MUNCK en Jean-Noël GODIN; voor het VBS: Michel PLETINCX; voor de FOD Volksgezondheid: Pascale STEINBERG en Aurélie SOMER; voor de Fédération Wallonie-Bruxelles: Colienne LEJEUNE en Stella MATTERAZZO.

Prof. FOIDART verdedigde het standpunt dat aanzienlijke verschillen tussen het noorden en het zuiden van het land bij de vaststelling van subquota moeten worden vermeden. De Planningscommissie biedt een model dat steeds beter wordt.

De decanen, Professoren D'ORIO en SMETS, erkenden dat op dit ogenblik het aantal stageplaatsen en het aantal opgeleide kandidaten niet volgens de noden van de bevolking zijn vastgesteld, maar willen dit in de toekomst veranderen. Het is belangrijk om de werkelijke behoeften te bepalen. Dit is geen gemakkelijke taak, die nog wordt bemoeilijkt door het bicommunautaire Brussel.

Voor de huisartsen (Dr. DE MUNCK) is het vaststellen van de behoeften geen simpele opdracht. Hoeveel inwoners per huisarts mogen er bijvoorbeeld zijn: 800 of 1.200? Dit hangt af van hoeveel tijd de arts met de patiënt doorbrengt. Het lijkt erop dat Waalse artsen 'langzamer' zijn of meer tijd per patiënt uittrekken dan hun Vlaamse collega's. Het is ook noodzakelijk om te bepalen wie wat doet in relatie tot de huisarts: oogartsen, gynaecologen, kinderartsen, maar ook verpleegkundigen. Voor sommige specialismen, zoals radiologie, zullen de behoeften afnemen.

Prof. FOIDART wees erop dat er in Groot-Brittannië 66% huisartsen zijn, maar benadrukte dat dit geen goed voorbeeld is van een kwalitatief hoogstaand gezondheidssysteem.

Dr. Michel PLETINCX wees erop dat het model van de Planningscommissie weliswaar steeds beter wordt, maar nooit perfect zal zijn. Niet alle data worden opgenomen. In het noorden van het land zijn het bijvoorbeeld vooral spoedartsen die zich bezighouden met pediatrie, terwijl het in Brussel en Wallonië kinderartsen zijn. Het is duidelijk dat er in dat geval meer kinderartsen nodig zijn op de pediatrie afdelingen. Anderzijds blijkt uit de cijfers van het RIZIV dat er meer kinderen worden gehospitaliseerd wanneer het de spoedartsen zijn die voor de kinderen instaan. De raming van de subquota in de pediatrie houdt geen rekening met de werklust van de wachtdiensten en de niet-erkende subspecialismen. Als we weten dat het merendeel van de kinderneurologen via de pediatrie te werk gaan en dat de wachtlijsten 6 maanden bedragen, loopt dit gegarandeerd mis.

Naar analogie met de Vlaamse Planningscommissie zal ook een Planningscommissie worden opgericht voor de Franse Gemeenschap. Ze zal bestaan uit leden van onder meer de federale Planningscommissie. De aanwezige leden van de federale Planningscommissie gaven tot slot toe dat hun model niet perfect is en staan open voor overleg met de gemeenschappen om hen te helpen beter tegemoet te komen aan de behoeften van de regio's. Normaal gezien zullen de universiteiten en beroepsverenigingen deel uitmaken van de Franstalige Commissie.

### 2.1.3 Mdeon

In de laatste maanden van 2019 werd een dalende trend vastgesteld van het aantal visumaanvragen voor directe sponsoring. Deze daling heeft alles te maken met de nakende inwerkingtreding van de wijzigingen in de Ethische Code<sup>26</sup> van beMedTech<sup>27</sup>.

Om het risico op oneigenlijke beïnvloeding van de zorgprofessional te verlagen wordt in toepassing van art. 30 van deze Ethische Code vanaf 1 januari 2020 een ban ingevoerd op alle directe sponsoring van wetenschappelijke evenementen. Vanaf 1 januari 2022 wordt deze ban uitgebreid naar alle indirecte sponsoring.

Bovendien wordt in deze ethische code gesteld dat beMedTech alles in het werk stelt om tegen 01.01.2022 deze ban op directe en indirecte sponsoring wettelijk te laten verankeren. Dit wettelijk kader zou dan vervolgens aan alle ondernemingen die actief zijn in de medische hulpmiddelensector moeten verbieden om, direct of indirect, deelnames van zorgprofessionals aan vormingsconferenties te sponsoren die georganiseerd zijn door gezondheidsprofessionals of gezondheidsorganisaties.

Het is echter niet aan beMedTech om de Belgische wetten af te stemmen op hun Ethische Code. Het VBS zal samen met de andere partners binnen Mdeon alles in het werk stellen om een wettelijk totaalverbod op sponsoring te verhinderen.

Een dergelijk verbod zal de deelname van de Belgische (medische) wetenschappers aan internationale congressen zeer sterk bemoeilijken en beperken. Het verbod zal het voor jonge Belgische artsen onmogelijk maken om hun wetenschappelijke bevindingen in het buitenland te gaan voorstellen.

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

De plenaire vergadering van de Hoge Raad kwam in 2019 viermaal bijeen: op 14 maart, 13 juni, 10 oktober en 12 december, met andere woorden, telkens op de tweede vergaderdatum die vermeld was in de oproepingsbrief. Zoals nu al enkele jaren het geval is verontschuldigen de leden zich massaal voor de eerste datum van de vergadering aangezien de 104 leden tellende Hoge Raad nooit in aantal is om rechtsgeldig te kunnen beraadslagen. Ongelukkigen die het systeem nog niet kenden moesten dan spijtig genoeg altijd onverricht huiswaarts keren. De tweede vergadering met dezelfde dagorde kan rechtsgeldig beslissen ongeacht het aantal aanwezigen. Binnenkort zal een einde komen aan dit absurde systeem. Het mandaat van de huidige leden van de Hoge Raad liep in theorie in augustus 2019 ten einde. De artsenorganisaties en de universiteiten werden op 10 juli 2019 uitgenodigd om tegen 21 augustus 2019 de namen te bezorgen van hun kandidaten.

- 12 artsen-specialisten, onder wie 2 vertegenwoordigers van de kandidaat-specialisten zetelend op de bank van het beroep
- 12 artsen-specialisten voorgedragen door de faculteiten geneeskunde
- 12 huisartsen, onder wie 2 vertegenwoordigers van de kandidaat-huisartsen zetelend op de bank van het beroep
- 12 huisartsen voorgedragen door de faculteiten geneeskunde

Naast de effectieve leden moesten voor het eerst eveneens een gelijk aantal plaatsvervangende leden voorgedragen worden. De plaatsvervangende leden kunnen de vergadering slechts bijwonen bij afwezigheid van het effectieve lid. Er zullen dus goede afspraken moeten gemaakt worden tussen de effectieve en plaatsvervangende leden, zodat de Hoge Raad steeds in aantal is om rechtsgeldig te kunnen beslissen. De plaatsvervangende leden ontvangen wel alle informatie, zodat zij de

---

<sup>26</sup> [https://www.bemedtech.be/images/downloads/20190430\\_beMedTech\\_Code\\_NL\\_FINAL.pdf](https://www.bemedtech.be/images/downloads/20190430_beMedTech_Code_NL_FINAL.pdf)

<sup>27</sup> BeMedtech is de Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën



werkzaamheden van de Hoge Raad op de voet kunnen volgen. Plaatsvervangende leden mogen wel deelnemen aan alle werkgroepen van de Hoge Raad.

Door de vakantieperiode werd al snel duidelijk dat de datum van 21 augustus 2019 niet zou worden gehaald voor het indienen van alle kandidaturen. Deze werd als snel verschoven naar 30 september.

Voor wat de artsen-specialisten betreft, heeft het VBS namens alle artsenorganisaties, en dus ook voor de BVAS en het Kartel, de kandidaten voorgedragen. Een oproep onder erkende artsen-specialisten leverde bij de Nederlandstaligen al heel snel 38 kandidaturen op voor een totaal van 20 beschikbare plaatsen. Heel wat geïnteresseerden moesten dan ook teleurgesteld worden. Onder de Franstalige kandidaten was de concurrentie wat gematigder.

De nieuwe samenstelling van de Hoge Raad is nog niet verschenen in het Belgisch Staatsblad. Naar vernomen werd, zouden de Franstalige universiteiten moeilijkheden ondervinden om de nodige kandidaten voor te dragen. Zolang de nieuwe samenstelling van de Hoge Raad niet is gepubliceerd, zetten de huidige leden conform de in voege zijnde wetgeving hun mandaat verder.

In 2019 heeft de Hoge Raad het werk van de voorbije jaren omtrent de actualisering van de erkenningscriteria verdergezet. Zoals vorig jaar reeds vermeld in het verslag zijn er tot nu toe spijtig genoeg zeer weinig van deze adviezen geformaliseerd in een ministerieel besluit. Dit heeft er de Hoge Raad toe aangezet om in consensus hierover een brief te richten aan de minister om dit probleem nogmaals onder de aandacht te brengen.

In 2019 heeft de Hoge Raad adviezen uitgebracht voor actualisering van de erkenningscriteria voor volgende disciplines:

- Klinische farmacologie en farmaceutische geneeskunde
- Dermatologie (artikel 3, §2, 2° MB 4.10.2016); artikel 10, MB 23.04.2014 (algemene erkenningscriteria)
- Infectiologie
- Psychiatrie
- Microbiologie

Niettegenstaande de traagheid waarmee de adviezen omgezet worden in wetgeving heeft de Hoge Raad beslist om de werkgroepen voor algologie, verzekeringsgeneeskunde en medische expertise op te richten.

Er is veel aandacht gegaan naar de erkenningscriteria voor artsen-specialisten in de klinische infectiologie. Binnen de werkgroep is er een consensus over het nut van een nieuwe beroepstitel en over de te behalen eindcompetenties. Er is echter onenigheid over de optie voor een niveau 3-titel of een niveau 2-titel. De internisten en pediaters zijn de meest betrokken specialismen. Zowel binnen de werkgroep infectiologie als bij de leden van de Hoge Raad is er een uitgesproken voorkeur voor een niveau 3-titel in de klinische infectiologie. Het advies dat Dr. Patrick WATERBLEY, ondervoorzitter van de Hoge Raad, aan minister Maggie DE BLOCK, bezorgde om de klinische infectiologie als een niveau 3-titel te erkennen, was ter informatie vergezeld van de eveneens goede argumenten voor een niveau 2-titel.

Nauw verbonden met het dossier van de klinische infectiologie is dat van de microbiologie. Idealiter moeten beide erkenningsbesluiten gelijktijdig gepubliceerd worden. Tijdens de vergadering van de Hoge Raad van 12 december 2019 bracht de voorzitter van de ad-hoc werkgroep, Dr. Marc MOENS, verslag uit. Er wordt geopteerd voor een niveau 3-titel medische microbiologie met als toegangsvoorwaarde de niveau 2-titel klinische biologie. Het vormingstraject bestaat uit 4 jaar, waardoor de titel ook Europees erkend wordt. Ook de apothekers specialisten in de klinische biologie zullen toegang krijgen tot het vormingstraject. Alle strikt medische handelingen worden evenwel uitsluitend voorbehouden aan

artsen. Ook in de toekomst kunnen de apothekers-biologen geen toegang krijgen tot dit aspect van de erkenning.

Ook de adviesvraag van de minister betreffende de psychiatrie krijgt veel aandacht. De werkgroep psychiatrie onder leiding van Prof. Dr. Wilfried DE BACKER buigt zich al jaren over het dossier. Na jaren van heel moeilijke en lange vergaderingen werd er eindelijk een consensus bereikt. Er wordt geopteerd voor twee afzonderlijke erkenningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie enerzijds en volwassenpsychiatrie anderzijds, maar wel met een *truncus communis* van 2 jaar. De arts in opleiding kiest van bij aanvang voor een bepaalde richting, maar kan nog gemakkelijk van richting veranderen na het 2<sup>de</sup> jaar. De opleidingsduur blijft 5 jaar en niet 6 jaar zoals de minister voorstelt. De opleiding in de psychotherapie (70 ECTS) wordt verplicht, maar moet binnen de 5-jarige opleiding kunnen worden gevolgd, eventueel binnen de manama-opleiding (180 ECTS).

De Hoge Raad werd dit jaar geconfronteerd met 2 zware klachten van assistenten in opleiding tegen stagemesters. Naar aanleiding daarvan stelde men vast dat, hoewel dit sinds lang een bevoegdheid is van de Hoge Raad, er geen procedure is om deze klachten uniform en op transparante wijze te behandelen. Er wordt daarom een procedure voorgesteld en goedgekeurd waarin vier fasen worden onderscheiden:

1. Notificatie van het probleem: zowel de betrokken stagemester als de melder worden geïnformeerd dat er een probleem gemeld is;
2. Eerste behandeling: de secretarissen vragen zo nodig bijkomende informatie en bespreken het probleem, en beslissen of het dossier al dan niet moet doorgestuurd worden naar de werkgroep;
3. Onderzoeksfase: de werkgroep bespreekt het probleem en stelt al dan niet een auditcomité samen;
4. Beslissingsfase: het advies van de plenaire vergadering wordt ingewonnen.

Dat er nogal wat klachten zijn van assistenten in opleiding blijkt uit het memorandum dat de vertegenwoordigers van VASO<sup>28</sup> en CIMACS<sup>29</sup>) hebben toegelicht in de Hoge Raad.

Samengevat zijn dit hun belangrijkste opmerkingen:

- De inspanningen vermeld in het Groenboek worden geapprecieerd: ze luiden een gecentraliseerde uniforme kwaliteitsbewaking van de opleiding in.
- Er wordt gehoopt dat VASO betrokken wordt bij de verdere uitvoering van de persoonsgebonden financiering, om de administratieve last van de kandidaten en de ziekenhuizen te beperken onder meer door een afdoende informatisering.
- De vraag naar de aangekondigde ombudsfunctie. Nu kunnen ASO's niet terecht op de juiste plaats met hun problemen. VASO pleit voor een lokale aanpak van persoonlijke problemen en een centrale aanpak voor structurele problemen van stageplaatsen.
- het sui generis-statuut moet verbeterd worden, wat aangekondigd werd maar niet gerealiseerd. Naast de opbouw van pensioenrechten, moet ook een werkloosheidsdekking voorzien worden zeker aangezien pas erkende specialisten op 32 jaar plots geconfronteerd worden met onmogelijkheid om werk te vinden ("met werkloosheid").
- De "arbeidsvoorwaarden" moeten geüniformeerd worden. Sommige kandidaten in professionele vorming worden onderbetaald, bijvoorbeeld voor de wachtdiensten. De uren van het opting out systeem (tussen 48 u en 60u/week) worden heel verschillend vergoed. Overigens

---

<sup>28</sup> Vlaamse vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding

<sup>29</sup> Comité Interuniversitaire des médecins assistants candidats spécialistes

is opting out dikwijls geen keuze, maar moet het document verplicht ondertekend worden op moment van ondertekening van de overeenkomst met de stagemeeester.

- Deeltijdse professionele vorming is mogelijk geworden dankzij een aanpassing van de reglementering. Maar het is in praktijk moeilijk te realiseren en niet duidelijk wat betreft de relatie met het opting out systeem.
- De VASO pleit voor het behoud van de contingentering omwille van de kwaliteit van de professionele vorming. De Franstalige vertegenwoordigers pleiten voor de afschaffing van de numerus clausus.
- De subquota zijn bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten. VASO pleit voor transparantie, ook wat betreft de selectieprocedure, en voor differentiatie van de financiering voor stageplaatsen per discipline.
- De netwerkvorming leidt tot 13 Vlaamse ziekenhuisgebieden. De zorgconcentratie impliceert dat kandidaten eerder zullen moeten roteren per netwerk, dan wel per ziekenhuis. De reglementering zou moeten rekening houden met deze nieuwe situatie.

Verontrustend is dat:

- 50% van de ASO's niet opnieuw geneeskunde zouden studeren
  - 60 % klaagt over administratieve overbelasting
  - 25 % zich ondergewaardeerd voelt
  - 50% geen keuze heeft gehad over opting out
  - 50 % meldt dat de wettelijke arbeidstijd niet gerespecteerd wordt
  - 20 % van de ASO's hun wachtdiensten niet correct kunnen recupereren
- 33% van de zwangeren weinig begrip krijgen op de stageplaats

Het team "Groenboek kwaliteit en veiligheid stagediensten" heeft overlegd met o.a. VASO en CIMACS. Uit deze vergaderingen blijkt dat de ASO's vragende partij zijn voor het oprichten van een onafhankelijke ombudsdienst waar ze terecht kunnen met persoonlijke problemen. Er wordt in eerste instantie werk gemaakt van het oprichten van een website met informatie over bevoegdheidsverdeling en wat er op het terrein bestaat. Dit is prioritair voor het kabinet.

In 2019 werd een werkgroep opgericht m.b.t. de nieuwe beroepstitel verpleegkundig specialist.

Minister Maggie DE BLOCK heeft aan de voorzitters van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen, de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde gevraagd een geconsolideerd advies uit te brengen over de erkenningscriteria m.b.t. opleidingsvereisten, alsook een generieke omschrijving van de activiteiten van de verpleegkundig specialist.

De 'verpleegkundig specialist' werd bij wet<sup>30</sup> verankerd in de Belgische wetgeving. De verpleegkundig specialist wordt dus een van de bloemblaadjes op het madeliefje van Maggie DE BLOCK.

De verpleegkundig specialist is een erkende verpleegkundige die minimum over een masterdiploma in de verpleegkundige wetenschappen beschikt. Naast verpleegkundige zorg en bijbehorende intellectuele interventies, zal de verpleegkundig specialist, in nauwe samenwerking met de arts medische handelingen kunnen overnemen van de arts bij een welbepaalde patiëntendoelgroep. Hij stelt deze handelingen met het oog op het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van de

---

<sup>30</sup> Art. 15 van de wet van 22.04.2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS 14.05.2019).

patiënt. In de wet is echter geen exhaustieve lijst opgenomen van de handelingen die de verpleegkundig specialist zal stellen.

De titel van verpleegkundige specialist is het resultaat van sterk lobbywerk van de verpleegkundigen. Nochtans zijn niet alle verpleegkundigen gelukkig met deze tendens. Verpleegkundigen zijn niet geïnteresseerd in een mastertitel indien daar geen extra vergoeding tegenover staat.

De werkgroep 'verpleegkundig specialist' van de Hoge Raad kwam op 18.09.2019 bijeen. Waren aanwezig: Drs. Guy BERGIERS, Donald CLAEYS, Wilfried DE BACKER, Paul DE MUNCK, Paul HERIJGERS, Marc MOENS en Patrick WATERBLEY. De professoren huisartsgeneeskunde Jan DE MAESENEER en Roy REMMEN waren verontschuldigd.

De werkgroep vertrok van de vaststelling dat alle ziekenhuizen meer handen aan het bed van de patiënten nodig hebben. Er wordt gevreesd dat men door het creëren van verpleegkundige specialisten net het tegenovergestelde resultaat zal bereiken. Het leeuwendeel van verpleegkundige specialisten dreigt immers het al flink uit de kluiten gewassen middenkader zelfs nog meer versterken.

Prof. Paul HERIJGERS lichtte in de werkgroep toe dat verpleegkundigen in de masteropleidingen van de KU Leuven zich willen toeleggen op volgende domeinen:

- managementfunctie 50 %
- klinisch werk 40 %
- wetenschappelijk onderzoek 10 %

Met het oog op de vergadering van de Hoge Raad van 10 oktober 2019 vroeg het VBS op 26 augustus 2019 per mail aan voorzitters en secretarissen van de beroepsverenigingen welke prestaties zouden kunnen worden toevertrouwd aan de verpleegkundig specialist.

Vele beroepsverenigingen zijn van oordeel dat er in België geen nood is aan de 'verpleegkundig specialist'. In sommige landen, zoals bijvoorbeeld de Verenigde Staten, kunnen verpleegkundigen zelfstandig beperkte medische handelingen verrichten. De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg is in de VS echter totaal anders geregeld, waardoor veel mensen wegens gebrek aan financiële middelen geen toegang hebben tot gezondheidszorg. Door de consultaties van de verpleegkundig specialist kunnen diegenen die niet beschikken over een verzekering voor medische zorg tegen betaling van een relatief bescheiden bedrag bepaalde zorgen bij verpleegkundigen krijgen.

In België zijn het hoofdzakelijk de universiteiten die vragende partij zijn voor deze verpleegkundige specialist. Door het recente optrekken van de duur van de opleiding verpleegkunde van 3 naar 4 jaar, komen de verpleegkundigen in 2019-2020 met een jaar vertraging op de arbeidsmarkt, waardoor de druk op het bestaande personeelsbestand nog toeneemt. De verpleegkundigen beschikken over een bachelordiploma. De verpleegkundig specialist moet nog twee jaar masteropleiding volgen na de bachelor, wat het totaal op zes jaar brengt, toevallig even lang als de masteropleiding tot arts.

In de gezondheidszorg bestaat er een actuele tendens om te specialiseren, waarbij verpleegkundigen zelfstandig klinische prestaties verrichten onder de verantwoordelijkheid van de arts. Op termijn zou dit ook kunnen leiden tot een herdefiniëring van het begrip 'arts'. Deze tendens heeft evenwel ook implicaties bij het bepalen van de vergoeding van de arts. Dr. Donald CLAEYS verdedigt het standpunt dat sommige prestaties uit het takenpakket van de arts kunnen gehaald worden. De opleiding tot arts-specialist moet daar rekening mee houden. Het takenpakket van de artsen moet uitdagend genoeg blijven om de jongere collega's te blijven motiveren. De bijzondere beroepsbekwaamheden in de verpleegkunde zullen in de toekomst aan nut inboeten. De verpleegkundigen zullen eveneens een portfolio moeten opmaken.

## 2.2 Buitenlandse vertegenwoordiging

Dr. Bernard MAILLET is sinds 2002 de drijvende kracht van het VBS op Europees niveau. Aanvankelijk eerst bij de UEMS en de FEMS, maar sinds enkele jaren ook op het niveau van de CPME in uitvoering van het samenwerkingsakkoord met de BVAS.

### 2.2.1 UEMS

Zoals elk jaar vonden ook in 2019 twee vergaderingen plaats van de UEMS Council, de algemene vergadering van deze internationale vereniging zonder winstoogmerk (IVZW) naar Belgisch recht. Binnen de UEMS vertegenwoordigen Dr. Jean-Paul JORIS, radioloog, als hoofd van de delegatie, en Dr. Marc HERMANS, psychiater, als plaatsvervanger, het VBS. Beiden hebben reeds een lange UEMS-carrière achter de rug, respectievelijk binnen de secties radiologie en volwassenenpsychiatrie.

Deze vergaderingen bieden niet alleen een forum aan de eigen organen binnen de UEMS, ze geven ook sedert jaren een stem aan verwante medische organisaties.

#### ***Financiële aspecten***

De laatste jaren waren de financiële beslommingen, zo al niet een echt probleem, dan toch een belangrijk punt van aandacht binnen het beleid van de UEMS. Dr. Bernard MAILLET, in het verleden overigens nog VBS-vertegenwoordiger, heeft als schatbewaarder mee toegekeken op het financiële herstelbeleid dat nu geleidelijk aan vruchten begint af te werpen. Het secretariaat, Domus Medica Europea, gevestigd in de Nijverheidsstraat in Brussel, ligt vlak bij het Europese parlement. Deze gunstige locatie heeft het mogelijk gemaakt dat op dit ogenblik alle leegstaande kantoorruimten worden verhuurd aan Europese verenigingen, die van daar een deel van hun activiteiten kunnen coördineren.

Als de UEMS nu met een gezondere financiële balans naar buiten kan komen, is dat nog niet het geval voor wat betreft de boekhoudkundige afwerking van de rekeningen van alle structuren van de UEMS. De Belgische fiscus beschouwt de UEMS als een ivzw<sup>31</sup> waarvan alle onderdelen, de vele secties (Sections), de divisies (Divisions), de multidisciplinair georganiseerde comités (Multidisciplinary Joint Committees), de thematische federaties (Thematic Federations) wettelijk slechts operationele onderdelen van deze ivzw zijn, en dus geenszins als afzonderlijke rechtspersonen bestaan. De rekeningen geopend op al deze structuren vallen dus zowel onder de verantwoordelijkheid als onder de aansprakelijkheid van de verkozen bestuurders, zijnde de voorzitter (president), secretaris-generaal (secretary general), schatbewaarder (treasurer), en contactbestuurder (liaison officer). Het is duidelijk dat de besturen (Bureaus) van al deze onderdelen tot op heden onvoldoende de fiscale consequenties onderkennen van de UEMS-structuur. Het noodzakelijk meer gecentraliseerde fiscale beleid zien vele afgevaardigden dan ook nog vaak als een al te autocratische tussenkomst in het autonoom functioneren van deze structuren.

In een eerste moeizame stap dienden alle UEMS-organen op last van de fiscale overheid de gelden op hun rekeningen, vaak gelokaliseerd in verschillende Europese landen, over te dragen op een Belgische bankrekening. Het totaal van het kapitaal behorende tot deze operationele onderdelen maakt van de UEMS echter een ivzw die aan geëigende boekhoudkundige regels onderworpen is, en verder onder meer btw-plichtig is. Teneinde verdere duidelijkheid te bieden aan de schatbewaarders organiseert het secretariaat in Brussel nu regelmatig bijeenkomsten onder leiding van de accountant, Didier VENKATAPEN. Deze licht hierbij niet alleen de bestaande regelgeving toe, maar adviseert de deelnemers ook omtrent het gebruik van het inmiddels ontwikkelde administratieve platform toegankelijk via de UEMS-website. Hierop kunnen alle schatbewaarders de hen toevertrouwde financiële verrichtingen ingeven. Dat neemt niet weg dat deze proceduremogelijkheid tot op heden nog niet voldoende kwaliteitsvol geïmplementeerd kon worden. Daardoor kunnen de externe auditors nog niet het gewenste kwaliteitslabel toekennen. En dat betekent dan weer dat de btw die alle operationele

---

<sup>31</sup> Internationale vereniging zonder winstoogmerk

onderdelen van de UEMS op dit ogenblik betalen, btw die in principe het voorwerp van een terugvordering zou kunnen zijn, nu niet terugvorderbaar wordt. Onnodig te schrijven dat hiermee een belangrijke som aan het werkingskapitaal van de UEMS wordt onttrokken.

Het dient gezegd dat onder de deskundige leiding van de huidige CEO, Bertrand DAVAL, het team<sup>32</sup> van secretariaatsmedewerkers is uitgegroeid tot een goed samenhangende en productieve equipe. Gezien de financiële besommeringen diende de verloning van deze medewerkers aan de lage kant te worden gehouden, wat spijtig genoeg in de voorbije jaren heeft geleid tot het vertrek van enkele personeelsleden, die niet alleen competent waren, maar ook vertrouwd met het reilen en zeilen van de UEMS. De Council heeft gelukkig genoeg het belang van een coherente ploeg ingezien en dan ook besloten tot een geleidelijke aanpassing van de wedden. Daarbij dient opgemerkt dat deze op de dag van vandaag nog niet echt de niveaus hebben bereikt die elders kunnen worden bekomen. Dit toont duidelijk de motivatie aan van deze medewerkers.

### ***Organisatorische aspecten***

In het verleden ontstonden reeds drie weinig formele operationele units gevormd door de vertegenwoordigers van de chirurgische, internistische en overige specialismen, respectievelijk *Grouping I*, *Grouping II* en *Grouping III* genaamd. Tijdens elk van beide Councilmeetings spraken de vertegenwoordigers van deze Groupings afzonderlijk en rapporteerden hierover aan de Council. Ze kregen een meer institutioneel karakter in 2017 door de officiële verkiezingen van een voorzitter en een secretaris. Daarbij werd aangenomen dat een mandaat van de Uitgebreide Executieve (Enlarged Executive Committee [EEC]) niet kon gecombineerd worden met een mandaat binnen één van de Groupings. Deze voorzitters maken sinds hun officiële verkiezing ook deel uit van de EEC en nemen dus ook deel aan de veertiendaagse telefoonconferenties.

Reeds voordien stuurden deze Groupings in toenemende mate niet te miskennen signalen aan het adres van de Council, in casu de nationale ledenverenigingen, dat een dwingende nood bestond tot het verwerven van een grotere impact op het aansturen van de vereniging. Onder meer de Secties leverden immers een belangrijke inhoudelijke en financiële bijdrage aan de UEMS-werkzaamheden. De bezorgdheid groeide dat zonder toenemende inspraakmogelijkheden, het waargenomen deficit aan betrokkenheid ten aanzien van de UEMS in haar geheel, zou toenemen. Dit deficit was immers duidelijk geworden tijdens de discussies aangaande de financiële gang van zaken binnen de UEMS.

Teneinde aan deze uitgesproken wens tegemoet te komen werd besloten tot de oprichting van een Adviserende Raad (Advisory Council) bestaande uit de vertegenwoordigers van de Secties. Andere operationele onderdelen kregen hierin geen vertegenwoordiging toegewezen, omdat dit zou leiden tot oververtegenwoordiging van bepaalde Secties via deze andere organen. Deze Adviserende Raad vergadert op de eerste dag van de halfjaarlijkse bijeenkomst van de Council. De agenda wordt opgesteld in overleg met de EEC, waarvan de leden hiervan als waarnemers aan de vergadering deelnemen. De vergadering wordt afwisselend voorgezeten door één van de voorzitters van de Groupings. Naast de bespreking van meer specifieke aandachtspunten, worden hier ook de European Training Requirements (ETRs) reeds ter goedkeuring voorgelegd. Tijdens de Councilmeeting daags nadien, staan onder meer deze ETRs dan op de agenda en kunnen ze officieel de goedkeuring krijgen van de Council. Daarna zijn ze op de UEMS-website te raadplegen.

Deze werkwijze heeft tot ieders tevredenheid bijgedragen tot een betere inhoudelijke werking van de UEMS en een vlotter verloop van de vergaderingen. Dit was, na een inlooperperiode van enkele vergaderingen, zeker duidelijk in het voorbije jaar tijdens de vergaderingen van de Council in Brussel en in Londen.

### ***Verkiezing van nieuwe bestuursleden***

---

<sup>32</sup> Het actuele team bestaat uit volgende medewerkers: Bertrand DAVAL (CEO), Bénédicte REYCHLER (Managing Director), Nathalie PAULUS (EACCME Coordinator), Patricia DEMEULEMEESTER, Ivan CAPUIA & Alexandra OLTEANU (EACCME Officers), Didier VENKATAPEN (Finance Officer), Marianne CHAGNON (EU Policy Officer), Anne-Emilie ARNAULT (Sections Manager), Fanny CLEMENT (Administrative Officer)

Tijdens de laatste Councilmeeting in Londen vonden bij de verkiezingen plaats voor een nieuwe EEC. De voorbije bestuursploeg bestaande uit voorzitter Prof. Romuald KRAJEWSKI, secretaris-generaal Prof. Vassilios PAPALOIS, schatbewaarder Dr. Bernard MAILLET en communicatiebestuurder Prof. Zlatko FRAS, leverde heel wat belangrijk en complex werk in de voorbije jaren. Het was dus niet verwonderlijk dat deze collega's met een opvallend langdurig applaus en verbale lof werden uitgezwaaid. Die dankbetuigingen gingen ook naar Prof. Hans HJELMQVIST, die na een tweede mandaat als ondervoorzitter, nu definitief afscheid nam van het UEMS-bestuur.

De nieuw verkozen EEC bestaat nu uit Prof. PAPALOIS (president), Dr. João GRENHO (secretaris-generaal), Dr. Othmar HAAS (schatbewaarder), Prof. KRAJEWSKI (communicatiebestuurder), Dr. Marc HERMANS (herkozen ondervoorzitter), Prof. Nada CIKES, Dr. Andreas PAPANDROUDIS en Dr. Tomas COBO (ondervoorzitters). De Groupingvoorzitters Prof. Patrick MAGENNIS (G.I), Prof. Rijk GANS (G.II) en Prof. Paolo RICCI (G.III) vervulde de EEC.

### ***Inhoudelijke werking***

De drie zwaartepunten van de UEMS-werking blijven net als in het verleden de kwaliteit van specialistische opleiding (Postgraduate Training - PGT), continue medische opleiding en professionele ontwikkeling (Continuous Medical Education/Continuous Professional Development - CME/CPD) en praktijkvoering (Quality of Practice). Drie councils concretiseren de werking rond deze drie pijlers: de *European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications* (ECAMSQ) voor PGT, de *European Accreditation Council for Continuous Medical Education* (EACCME) voor CME/CPD, en de *European Accreditation Council for Quality Management* (EACQM) voor kwaliteit van praktijkvoering.

**De ECAMSQ** heeft in de voorbije jaren een enorme boost gekend. Op basis van een document met een gemeenschappelijke basisstructuur hebben vele organen binnen de UEMS elk hun eigen criteria neergelegd in documenten met de eigen specifieke vereisten waaraan een kandidaat dient te voldoen. Deze *European Training Requirements* vormen de basis waarop opleidingsprogramma's kunnen worden ontwikkeld. Parallel hieraan formuleerde een adviserend orgaan, de *Council for European Specialist Medical Assessment* (CESMA) criteria voor het waardevol organiseren en afnemen van Europese examens. Deze bestaan tegenwoordig voor een dertigtal vakgebieden. In sommige specialismen geldt een succesvolle deelname aan een dergelijke examen als een Europa-brede erkenning. Deze biedt collega's dan ook de mogelijkheid om zich vrij over de EU te vestigen. In toenemend mate stelt men ook belangstelling vast van deelnemers van buiten de EU voor wie een dergelijk diploma een kwaliteitslabel is.

**De EACCME** heeft gestadig zijn activiteiten zien uitbreiden. Met het project EACCME 2.0 startte de implementatie van een sterk verbeterd internetplatform waarop aanvragen voor accreditering kunnen worden verwerkt. Vooreerst blijft de EACCME hiermee gestaag vooruitgang maken in de kwaliteit van het verloop van administratieve procedures. Daarnaast blijven de gehanteerde kwaliteitscriteria ijkpunten voor andere instanties die zichzelf proberen op te werpen als accrediterende organismen. De bestaande samenwerking met de VS en Canada blijft bestaan, voor zowel de zogenaamde *life events* als recent ook *internet based* activiteiten en zeer recent ook de wetenschappelijke publicaties zowel als peer review-activiteiten.

Accreditering lijkt aan belang te winnen over de hele wereld en dit weerspiegelt zich in een toenemend aantal aanvragen van organisatoren om de UEMS-accreditering te verkrijgen. Bovendien blijkt er een groeiende interesse te bestaan vanuit niet-EU landen in Noord-Afrika en Zuid-Amerika. Spaanstalige collega's hebben met het oog daarop voorzien in een vertaling van het actueel in voege zijnde platform.

#### **2.2.1.1 European Federation of Salaried Doctors (FEMS)**

De lentevergadering van de FEMS vond plaats in Napels van 30 mei tot 1 juni 2019. Ter gelegenheid van de algemene vergadering van de FEMS werd een conferentie georganiseerd met de titel *Towards a women oriented Medicine. European Women Doctors' Life and Work: facilitations and barriers*.

Het doel is om in heel Europa de toestand van het welzijn van vrouwelijke artsen op de werkplek te onderzoeken. Het aantal vrouwelijke artsen neemt gestaag toe, zodat er behoefte is aan een betere evaluatie van het welzijn en de werkorganisatie, zowel vanuit een gezinsvriendelijk als een arbeidsvriendelijk oogpunt (carrière mogelijkheden, bezoldiging, professionele erkenning, enz.).

Op lange termijn bestaat het doel erin praktijken te identificeren die het leven in balans brengen en ze op nationale schaal te verspreiden, aangezien de nipte vrouwelijke meerderheid in de geneeskunde een vrouwelijk perspectief en gendergelijkheid in het gezondheidszorgsysteem zal vereisen.

De vragenlijst die ter voorbereiding van deze conferentie werd rondgestuurd werd door Dr. Marianne MERTENS, ondervoorzitter VBS, ingevuld.

Tijdens de conferentie werd de positie van de vrouw in de gezondheidszorg zowel op organisatorisch als op financieel vlak toegelicht. Vrouwelijke artsen hebben nog vaak te kampen met een imago probleem en worden vaak aanzien als verpleegkundigen.

Ook de meer vertrouwde FEMS-thema's kwamen aan bod, met name de werktijden en de werkomstandigheden. Er werd vastgesteld dat veel EU-lidstaten gebruik maken van opting-out om beter spoedgevallen te kunnen bemannen. Ook aan de samenwerking met de AEMH<sup>33</sup> werd de nodige aandacht besteed. Er wordt gewerkt aan een nauwere samenwerking tussen deze twee 'kleinere' Europese medische organisaties.

Hoewel Letland geen lid is van de FEMS vond de tweede jaarlijkse vergadering plaats in Riga. Contacten werden gelegd met de nationale artsenvereniging van Letland, die een lidmaatschap bij de FEMS bestudeert. Een lid van deze organisatie gaf een presentatie over hoe het Letse gezondheidssysteem functioneert.

Wegens administratieve problemen werd de maatschappelijke zetel van de FEMS, die zich in Parijs bevindt, nog niet overgebracht naar Brussel.

#### 2.2.1.2 Standing Committee of European Doctors (CPME)

Jaarlijks organiseert de CPME twee algemene vergaderingen, waarvan één vergadering stevast plaatsvindt in Brussel. Dit jaar was evenwel een uitzondering op de regel. De lentevergadering vond plaats op Malta, de herfstvergadering in Finland. Dit heeft tot voordeel dat de nauwere contacten kunnen gelegd worden met deze nationale lidorganisaties. Dergelijke buitenlandse vergaderingen brengen echter meer financiële kosten met zich mee waardoor er besloten werd om deze ervaring niet onmiddellijk over te doen.

In tegenstelling tot veel andere Europese artsenorganisaties wordt er binnen de CPME gewerkt met een gewogen stemrecht. De stem van de kleinere lidorganisaties weegt daardoor minder door op de besluitvorming.

In het kader van het voorzitterschap van Malta van de Europese Unie hield de plaatselijke minister van Volksgezondheid de openingstoespraak van de lenteconferentie. Tijdens de vergadering kwamen thema's als alcohol, labelling, rookgedrag, antimicrobiële resistentie aan bod.

Standpunten rond regelgeving voor het Europees Geneesmiddelenbureau, gezonde levensstijl, defensive medicine, ethische guidelines, artificiële intelligentie, big data en de One Health conferentie georganiseerd door de Europese Commissie met de samenwerking van de CPME werden goedgekeurd. Er werd opgemerkt dat de activiteiten van het Europees Geneesmiddelenbureau, dat naar aanleiding van de Brexit is verhuisd naar Amsterdam, nog niet op kruissnelheid zitten.

---

<sup>33</sup> Association européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians



Tijdens de herfstvergadering in Finland was de conferentie gewijd aan de gezondheidseconomie. De sector van de gezondheid in de ruime zin van het woord blijkt in vele landen een van de grootste werkgevers te zijn. Zo telt de gezondheidseconomie in Duitsland dubbel zoveel werknemers als de auto-industrie.

De artsenorganisatie van Montenegro werd als observerend lid aangenomen, terwijl het lidmaatschap van Noord-Macedonië werd uitgesteld tot nadat de statutaire naamswijziging van de artsenorganisatie is gerealiseerd.

Er werden standpunten goedgekeurd met betrekking tot de taakverdeling in gezondheidszorg, waarbij de nadruk werd gelegd op centrale rol van de arts. Er werd ook benadrukt dat de CEN<sup>34</sup> niet moet proberen via omwegen standaarden in te stellen in de gezondheidszorg.

## 3 Financiering

### 3.1 Sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen: MAHA-studie boekjaar 2018

Op 9 oktober 2019 werd de persconferentie en publicatie van de MAHA<sup>35</sup>-studie van Belfius Bank namens het VBS bijgewoond door Fanny VANDAMME. Dit verslag heeft betrekking op alle algemene ziekenhuizen en analyseert het boekjaar 2018 door het te vergelijken met voorgaande jaren. Een eerste vaststelling is dat de financiële situatie van de ziekenhuizen zorgwekkend blijft, de gerapporteerde winst blijft bijna onbestaande (0,2%). 40% van de ziekenhuizen heeft een cashflowprobleem, ondanks de omzetsijging van 5,2%, tot 15,543 miljard euro. Hervormingen zijn nodig. De zorgnetwerken kunnen vanaf 2020 misschien een oplossing bieden. Maar deze netwerken zijn niet de oplossing.

De honoraria leveren met 41% de grootste bijdrage aan de middelen van het ziekenhuis en zijn in 2018 met 5,3% gestegen tot 6,4 miljard euro. Het BFM, goed voor 36%, groeide niet zo sterk als de honoraria. De ziekenhuisapothek is de derde grootste financieringsbron, met een groei van 10,7% (oncologie, immunotherapie). Waar de omzet van de sector zoals reeds gezegd 15,543 miljard is, bedraagt het bedrijfsresultaat van alle ziekenhuizen samen 230 miljoen euro, of 0,2% van de omzet. Cashflow is een probleem voor 18% van de ziekenhuizen. Dit is een beter cijfer dan in 2017. Het betreft echter hoofdzakelijk inhaalbedragen uit voorgaande jaren en niet om structurele correcties.

32% van de ziekenhuizen sluiten het jaar af in het rood. Dat betekent dat om het even welke wijziging in de inkomsten, zoals een daling van de tarieven of het BFM, een onmiddellijke impact heeft op de financiële gezondheid van onze ziekenhuizen. Iedere kostenstijging, zoals een loonindexering die niet wordt gecompenseerd, heeft invloed op het resultaat.

Zelfs een niet-econoom – in dit geval een arts – kan hier twee duidelijke conclusies uit trekken. De eerste is dat de ziekenhuizen momenteel kampen met een gebrek aan rentabiliteit, waardoor ze, om het tekort te compenseren, moeten lenen of de inhoudingen op de honoraria verhogen. De tweede conclusie is dat er geen geld is voor innovaties, nieuwe technologieën – die duurder zijn dan de oude –, informatica en het medisch dossier. Projecten voor netwerkvorming, herstructurering van activiteiten, accreditatie en rationalisering worden niet of onvoldoende gefinancierd. Sommigen willen graag artsen betalen op basis van kwaliteit. Kwaliteit vraagt echter om metingen, studies, projecten, en dit alles heeft een prijs.

De totale ziekenhuisactiva bedragen 20,7 miljard euro, 1,9% hoger dan vorig jaar. Deze toename is voornamelijk het gevolg van de vastgoedinvesteringen van de afgelopen jaren. De langetermijnschuld is licht gedaald, maar bedraagt nog steeds 6,5 miljard euro, of 33% van de balans. De schulden op korte termijn stegen met 41% (125 maanden), maar vertegenwoordigen slechts 5,7% van de schuld.

---

<sup>34</sup> CEN – Communauté Européenne de Normalisation

<sup>35</sup> MAHA: Model for Automatic Hospital Analyses

De toename van de personeelskosten is onder controle met een stijging van 3,1% en een aandeel van 42,8% in de omzet. Deze toename wordt gekenmerkt door een groei van 1,3% in het aantal FTE's, maar een kostenstijging van 1,9%. Deze groei blijft lager dan die van de omzet van 15,5 miljard, die met 5,2% steeg. Van de 6,354 miljard euro aan honoraria behielden de artsen 3,892 miljard euro, wat neerkomt op een toename van 5,1%. 61% van het totale honorariumbedrag blijft in handen van de artsen, 39% wordt afgeroomd door de ziekenhuisbeheerders en wordt gebruikt voor de financiering van het ziekenhuis. Deze cijfers blijven in dezelfde grootteorde als in voorgaande jaren.

Het hoge investeringspeil van de afgelopen jaren kent een terugval en nam met 19% af. Of het nu in Vlaanderen (Agentschap Zorg en Gezondheid), het Waals Gewest (AVIQ) of Brussel is, de gefedereerde entiteiten moeten de financiering van de investeringen van de federale overheid overnemen. Veel ziekenhuizen hebben geïnvesteerd in IT en niet langer in bakstenen.

De verschuiving naar ambulante zorg zet zich langzaam door. Het aantal gerechtvaardigde bedden daalt. Het aantal opnames steeg met 0,5%. Het aantal ligdagen daalde met 0,8% in algemene ziekenhuizen en met 0,1% in universitaire ziekenhuizen. België staat niet aan de top van het Europese peloton voor het dagziekenhuis.

Als men de uitgaven voor gezondheidszorg vergelijkt met de 28 EU-landen ligt België met 9,9% van het BBP, of exact het EU-gemiddelde, net boven het Verenigd Koninkrijk en onder Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, Nederland, Denemarken en Zwitserland. Toch is de toegankelijkheid van de zorg beter dan in al deze landen. De inspanning om de globale begroting van het land te saneren zal tot 2024 meer dan 11 miljard euro kosten. De grootste inspanningen zullen in de gezondheidszorg en de sociale zekerheid moeten gebeuren. Het verschil tussen de groei van het BBP en het Europees Stabiliteitspact bedraagt 2% van het BBP. Dit gaat gepaard met een vergrijzende bevolking, wat ten koste gaat van de beroepsbevolking. Bovendien zal door de babyboomgeneratie de demografische curve in 2030 ombuigen met een bevolking met minder min-18-jarigen dan plus-67-jarigen. In de Belfius-studie staat dat het aandeel van pensioenen en gezondheidszorg in 2040, met een groei van het BBP van 2,5%, met 31% zal toenemen. In de gezondheidszorg zullen nog steeds besparingen moeten worden gerealiseerd.

De Tijd publiceerde op 10.10.2019 op haar voorpagina een aanvullende analyse voor de Vlaamse ziekenhuizen met de titel *Kwart ziekenhuizen in het rood* (Bart Haeck). Twaalf van de 48 algemene ziekenhuizen in Vlaanderen blijken 2018 in het rood te hebben afgesloten. Hun omzet bedraagt 8,5 miljard euro en hun winstmarge 0,7%. De afgelopen 5 jaar hadden de 12 grote ziekenhuizen een hogere winstmarge (1,3%) dan de kleine ziekenhuizen (0,3%). In 2018 doet dit zich niet meer voor. De 12 grootste ziekenhuizen hebben een marge van 0,7% en de 12 kleinste een van 1,2%. Grote ziekenhuizen hebben 25% meer personeel per bed dan kleine ziekenhuizen. De Tijd maakte een grondige analyse van 23 van de 48 ziekenhuizen. Daaruit blijkt een totaal verlies van 84 miljoen aan kosten voor verplegend personeel, maar een totale winst van 89 miljoen door het gebruik van medische technieken en 76 miljoen euro door de apotheken, omdat die meer dan 1% winst maken op zeer dure geneesmiddelen.

Op p. 4 in diezelfde krant staat een interview met Wouter DE PLOEY, CEO van ZNA, het grootste algemene ziekenhuis van Vlaanderen. Hij haalt aan dat volgens Belfius de winstmarge om de gezondheid van de ziekenhuisfinanciën te verzekeren 1% bedraagt. Ter herinnering: volgens de MAHA-studie 2019 is deze marge 0,2%. De sector verkeert dus in zwaar weer. De gecumuleerde winst die in 2011 nog 114 miljoen euro bedroeg, was in 2018 met 56 miljoen euro de laagste van alle jaren. Van de 48 ziekenhuizen zijn er slechts 5 in geslaagd om een marge van 1% te bereiken en 14 ziekenhuizen staan in het rood. Kleine ziekenhuizen zijn gefuseerd, wat heeft bijgedragen aan de sanering van de financiën. De ZNA-directeur hoopt dat zijn grootste algemeen ziekenhuis van Vlaanderen kan fuseren met het derde grootste (Sint-Augustinus Antwerpen). In zijn analyse merkt hij op dat de financiering van gerechtvaardigde bedden daalt om twee redenen, namelijk de ambulante geneeskunde en de kortere verblijfsduur. Aan de andere kant verhoogt het snellere patiëntenverloop per bed de kosten voor verplegend en onderhoudspersoneel.

Wouter DE PLOEY wijst drie hoofdoorzaken aan van de financiële moeilijkheden van zijn ziekenhuis. De noodzaak om te investeren in een nieuw ziekenhuis om de efficiëntie te verhogen, de kosten van de elektronische medische dossiers, en accreditatie, niet alleen van zorg, maar ook van infrastructuur. Voor de openbare ziekenhuizen komen daar nog de kosten van statutair personeel en pensioenen bij. Hij vraagt de regionale overheid om de helft van de kosten op zich te nemen.

In L'Echo van 18.11.2019 schreef Benoît MATHIEU een artikel met de verontrustende titel *A Bruxelles et en Wallonie 45% des hôpitaux sont dans le rouge*. Aanvullend op de Belfius-studie heeft L'Echo de cijfers van 38 ziekenhuizen in Brussel en Wallonië uitgevlooid. Samen boekten deze instellingen een negatief bedrijfsresultaat en de cumulatieve winstmarge bedroeg -0,05%. De marge over de laatste vijf jaar is 0,3% en over een periode van vijf jaar vertoont 44,74% van de instellingen een negatieve marge. Deze winstmarge is hoger in Brussel (0,35%) dan in Wallonië (0,27%), maar in Brussel heeft wel 54,55% van de ziekenhuizen een negatieve winstmarge, tegenover 40,74% in Wallonië. Jean HERMESSE, algemeen secretaris van de Christelijke Mutualiteiten, is van mening dat het systeem inflatoir is. Het BFM wordt toegekend op basis van het aantal opnames en het aantal gerechtvaardigde bedden. Hij citeert: "Groeï is de enige motor van het systeem, zonder enige bekommernis dat dit beantwoordt aan de reële behoeften. Dit kan leiden tot een vorm van overconsumptie."

Yves SMEETS, algemeen directeur van Santhea, de grootste Franstalige ziekenhuisfederatie, spreekt over een structurele onderfinanciering in de afgelopen twintig jaar. Administratie- en personeelskosten worden niet gedekt, maar ziekenhuizen staan wel voor nieuwe uitdagingen zoals IT, accreditatie, FAVV<sup>36</sup>- en FANC<sup>37</sup>-normen. Wordt het gebrek aan structurele financiering opgevangen door de artsenhonoraria? Jean HERMESSE vindt dat de 10% van het BBP die naar de gezondheidszorg gaat slecht gebruikt wordt. More of the same. De financieringsmethode moet worden herzien om de vicieuze cirkel te doorbreken. Solidaris, de socialistische mutualiteit, brengt het huidige gebrek aan transparantie en de onoverzichtelijkheid ter sprake. Sommige ziekenhuizen doen het beter dan andere met hetzelfde financieringssysteem. De 'goede leerlingen' klagen niet. Zijn ze efficiënter? Sommige activiteiten zouden beter gefinancierd kunnen worden dan andere. Maar door de mist die eromheen hangt zijn ze niet op te sporen.

De ziekenhuizen halen 1,4 miljard euro, of zo'n 10% van hun inkomsten, direct uit de portemonnee van de patiënten. Als het ziekenhuis een financieel minder gegoede patiëntenpopulatie heeft, kan het geen te hoge supplementen vragen. L'Echo heeft het over een sociale stratificatie van ziekenhuizen. "Het is een ernstige dreiging, die niets te maken heeft met de wijze waarop de instelling wordt beheerd of de kwaliteit van zorg."

Tot slot moeten de netwerken besparingen opleveren door een rationalisering van het aanbod. Een smoes, meent Yves SMEETS van Santhea, die niet gelooft dat dit tot besparingen zal leiden. Belfius gaat in zijn MAHA-studie in dezelfde richting. Om het aanbod te standaardiseren op basis van de behoeften zullen investeringen nodig zijn en strategische keuzes moeten gemaakt worden tussen ziekenhuizen die tot nu toe met elkaar concurreerden en niet samenwerkten. Denk hierbij aan IT, de dienstverleningsstructuur, de bedrijfscultuur en de manier waarop het bedrijf de zorg beheert.

Concluderen kunnen we met de stelling dat het systeem onherstelbaar is aangetast, omdat het niet meer overeenkomt met de realiteit. De ziekenhuisfinanciering wordt 'gered' door de artsenhonoraria. Deze honoraria worden toegekend op basis van een nomenclatuur uit de jaren 60 van de vorige eeuw, die nooit werd aangepast, maar voortdurend opgelapt naargelang de beschikbare begrotingsmarges.

De Ziekenhuiswet schrijft voor dat de artsen moeten instaan voor de middelen die ze nodig hebben om hun prestaties te verstrekken en dat het BFM de kosten voor de exploitatie en bouw van het ziekenhuis moet dekken. Sinds 2002 is de financiering van het BFM echter gebaseerd op gerechtvaardigde bedden en dus op de verstrekkingen van de artsen. Het systeem is inderdaad inflatoir. Zoals De Tijd schrijft,

---

<sup>36</sup> Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen

<sup>37</sup> Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle

dragen machines sterk bij aan de financiering en iedereen weet dat radiologie, dialyse en klinisch labo de diensten zijn die het ziekenhuis bekostigen. Sinds jaar en dag hebben de ministers de honoraria voor technische verstrekkingen afgeslankt. De pers beschuldigt nefrologen, radiologen en klinisch biologen dat ze te veel geld verdienen. We creëren mythen. Om de kwaliteit te garanderen – een subjectief begrip dat vaak moeilijk te definiëren is – wordt er geaccrediteerd, gestandaardiseerd en worden nieuwe behoeften gecreëerd waarvoor er geen financiering is. Om de concurrentiestrijd te overleven en om 'kwaliteit' te garanderen, investeren concurrerende ziekenhuizen. De overheidsfinanciering is onvoldoende, dus komt men via bankleningen in de schulden terecht. Aangezien de financiering via het BFM niet volstaat, wordt de investering verhaald op de honoraria. De lasten voor de artsen worden te zwaar en er wordt minder geïnvesteerd in het medische aspect. Aan de andere kant wordt er omwille van het marketingeffect geïnvesteerd in trendy technieken zoals robots.

Sinds 2019 zijn 57 verstrekkingen geforfaitariseerd. Het doel van die maatregel is om de verschillen in praktijken en kosten weg te werken en procedures te standaardiseren. Deze standaardisering is gebaseerd op gemiddelde kosten en niet op best practice. Automatisch zullen sommigen blij zijn omdat ze niets verliezen en anderen ongelukkig omdat het bedrag van de vergoedingen zal afnemen. De ziekenhuisbeheerder op zijn beurt zal met dezelfde behoeften en financieringsproblemen blijven zitten. Het risico bestaat dat artsen hun medische investeringen zullen verminderen. De negatieve spiraal van de 'non-kwaliteit' trekt zich op gang. En net als in Nederland gaan we op weg naar faillissementen van ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn echter vaak de grootste werkgever in een stad. Sommige ziekenhuizen zijn openbare ziekenhuizen en afhankelijk van het OCMW. Hoe zullen lokale politici accepteren dat de netwerken leiden tot de sluiting van 'hun' ziekenhuis? In navolging van het buitenland zal het noodzakelijk zijn, zoals Jean HERMESSE zegt, om het hele systeem te herzien.

Het is dus het hele systeem dat op de schop moet genomen worden. De zwakste schakel blijft de arts en zijn honorarium. De mentaliteit is aan het veranderen. De balans tussen werk en privé betekent dat artsen minder willen werken, minder willen produceren (betaling per verstrekking) en moeten accepteren dat ze minder zullen verdienen...

## 4 Politiek

### 4.1 VBS-memorandum voor de verkiezingen van 26 mei 2019

In de aanloop naar de verkiezingen van 26 mei 2019 stelde het VBS, net zoals vele andere organisaties, een memorandum op voor de toekomstige politieke bewindvoerders. De ontwerp tekst van dit memorandum werd verschillende malen besproken binnen het uitvoerend bestuur van het VBS en het bestuurscomité, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen. De oorspronkelijke tekst werd aangevuld en gewijzigd met de bemerkingen geformuleerd door de beroepsverenigingen. Het memorandum werd goedgekeurd door de vergadering van het bestuurscomité van 21.03.2019. Het werd gepubliceerd in het aprilnummer van ons ledenblad 'De Arts-Specialist'.

De belangrijkste principes werden van meet af aan opgesomd, namelijk het garanderen van de universele toegang tot zorg met een behoud van kwaliteit en duurzame financiering, het verhogen van de efficiëntie van de ziekenhuizen, de omvorming van ziekenhuizen tot ziekenhuisnetwerken, de complementariteit in de eerste lijn tussen de huisartsgeneeskunde en de specialistische extramurale geneeskunde, zoals de raadplegingen in de kindergeneeskunde, gynaecologie, dermatologie, cardiologie, oogheelkunde enz., de aanpak van burn-out en depressie, en kinderpsychiatrie.

Het VBS promoot een grondige hervorming van de nomenclatuur. De financiering van een verstrekking moet alle kosten dekken die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houden met de verstrekking, zoals bv. de kosten van de sterilisatie. De forfaitaire honoraria bepaald in het kader van de laagvariabele zorg

zijn ondoorzichtig en induceren belangrijke extra administratieve kosten voor de ziekenhuizen. De uitoefening van de geneeskunde is geen commerciële activiteit.

De opleiding tot arts-specialist is geen zuiver academische activiteit, maar een opleiding die verbonden blijft met de uitoefening van een beroep en dus een beroepsopleiding is.

Deze punten werden vervolgens in het memorandum nader uitgewerkt. Het document pleit voor een andere financieringsbron, aanvullend op de sociale zekerheid, en eventueel een privatisering van de universele dekking door particuliere verzekeringen, om de solvabiliteit te handhaven. M.b.t. de gespecialiseerde geneeskunde wordt er in die zin gepleit voor het verlagen van de kosten in het ziekenhuis en het promoten van een vrijgevestigde 'gespecialiseerde' geneeskunde, dicht bij de patiënten. Wat de ziekenhuisfinanciering betreft, is het VBS niet gekant tegen de vaste ziekenhuisprijs voor een pathologie, als middel om de kosten te beheersen. Deze forfaitaire honoraria mogen echter niet leiden tot onderconsumptie en een afname van de kwaliteit van de zorg. Aan de andere kant gaat de medische technologie met sprongen vooruit, en deze nieuwe technologieën hebben hun prijs. Concurrentie creëren tussen ziekenhuizen en op die manier een opbod van investeringen ontketenen uit pure marketingoverwegingen is een commerciële benadering van de gezondheidszorg die geen toegevoegde waarde biedt voor de patiëntenzorg. De logica van ziekenhuisnetwerken, met de groepering van technieken en menselijke middelen voor specifieke pathologieën, zal een betere efficiëntie en dus een betere zorg voor een specifieke pathologie mogelijk maken. Niet alle ziekten zullen nog in alle ziekenhuizen kunnen worden behandeld. Het VBS vraagt om locoregionale netwerken met activiteitenclusters en superspecialisaties van sommige centra, zowel universitaire als niet-universitaire.

In het memorandum werd ook de specifieke rol van de arts-specialist in het ziekenhuisbeheer belicht. Het VBS ondersteunt het op de consensus tussen de artsen en ziekenhuisbeheerder gebaseerde model op netwerk-niveau. Het vraagt een herziening van de ziekenhuisfinanciering, die nu ondoorzichtig, uiterst gecompliceerd en onrechtvaardig is, omdat ze een activiteit financiert die twee tot drie jaar oud is en niet de huidige realiteit. In die zin geeft een meerjarenbegroting de ziekenhuizen een budgettaire speelruimte die de exploitatiekosten moet dekken. Het VBS wijst op de aberratie in de huidige financiering, waarbij tekorten (gedeeltelijk of volledig) worden gedekt door inhoudingen op honoraria. In het kader van een forfaitaire geneeskunde mogen de honoraria echter niet aangesproken worden om de kosten te dekken die verband houden met de uitoefening van het specialisme of de tekorten van de ziekenhuizen. In die zin hangt de hervorming van de ziekenhuisfinanciering nauw samen met de hervorming van de inhoudingen op de honoraria en dus met de hervorming van de nomenclatuur.

De programmatie en financiering van de zware apparatuur worden bepaald door de federale regering, die aan elke regio het aantal toegestane apparaten en technieken toewijst. De regio's verdelen de plaatsen waar deze investeringen kunnen worden gedaan over hun grondgebied. Dergelijke verdelingen moeten kunnen worden gedaan in overeenstemming met de zorgvraag en de institutionele mogelijkheden. De artsen zijn zich er terdege van bewust dat deze forfaitaire financiering soms met enige vertraging wordt betaald of de werkelijke kosten niet dekt. Ze vrezen dan ook dat ze opnieuw aan deze financiering zullen moeten bijdragen. Niet alleen zal er een nieuwe techniek zijn met de ermee gepaard gaande leercurve en opportuniteitskosten door het 'tijdverlies' tijdens deze scholingsperiode, maar artsen zullen ook moeten bijdragen aan de financiering van deze opportuniteitskosten zonder inkomenscompensatie.

Openbare OCMW-ziekenhuizen, met het probleem van statutairen en pensioenen, hebben kosten die niet bestaan in de private ziekenhuizen. De financiering van een ziekenhuis blijft hetzelfde, ongeacht of het openbaar is of niet. Maar ook hier moeten de artsen bijdragen aan het aanzuiveren van het tekort. Het zou daarom wenselijk zijn om de financiering van statutair personeel en pensioenen uit de ziekenhuisbegroting te halen.

Bij de aankoop van noodzakelijke zware apparatuur zijn onderhoudscontracten verbonden die vaak een vast bedrag vertegenwoordigen en gelijk zijn aan een percentage (bijvoorbeeld 10%) van de aankoopprijs. Gezien de technologische evolutie is de levensduur van deze apparaten soms korter dan

de afschrijving. Sommige bedrijven bieden geen onderhoud of garantie meer voor reparaties aan apparatuur die nog steeds functioneert, waardoor de arts en het ziekenhuis genooddaakt zijn een nieuw apparaat aan te schaffen. Bedrijven zouden verplicht moeten worden om gedurende bijvoorbeeld 15 jaar na aankoop het onderhoud te verzekeren.

Het VBS ondersteunt geografische zorgnetwerken die voldoen aan de verwachtingen van de patiënten. Dat houdt in dat de opdeling in ideologische netwerken of tussen publieke en private netwerken onlogisch is. De verschillende netwerken moeten de volledige zorg dekken. Academische ziekenhuizen moeten hyperspecialistische centra worden voor zeldzame of zelfs uitzonderlijke ziekten. Voor pathologieën die bepaalde volumes vereisen (slokdarm, alvleesklier) kunnen de netwerken afspraken maken met erkende centra. Het VBS wil deze ziekten, die niet zeldzaam zijn, niet alleen voor universitaire centra voorbehouden. Als er zuiver universitaire netwerken in stand worden gehouden, zullen de algemene ziekenhuizen worden gereduceerd tot tweederangscentra, zonder complexe pathologie, met courante aandoeningen en 'tweederangsartsen'. Het is echter door complexere zorg te behandelen dat we onze zorgexpertise in stand houden, zelfs in de 'tweederangszorg'. De mensen zullen snel beseffen dat in de nieuwe constellatie het locoregionale ziekenhuis geen topziekenhuis is. Voor 'ernstige' aandoeningen zullen we naar de universiteit gaan, maar voor de patiënt is zijn pathologie 'ernstig'.

Het concept van de eerste en tweede of zelfs derde lijn is volledig achterhaald. Voor de patiënt is de beste zorg vereist, en dus de geschikte competentie van de zorgverlener. In die zin zal het nodig zijn om buiten de ziekenhuizen raadplegingen van artsen-specialisten, zoals gynaecologen, dermatologen, oogartsen en kinderartsen op te zetten. Deze raadplegingen worden in de inleiding van het memorandum wel degelijk als aanvullend op die van de huisarts beschreven. Er is geen substitutie, maar een optimalisatie van het medisch aanbod. Daarnaast is er vrije keuze van arts. De eis dat de huisarts de poortwachter moet zijn voor toegang tot specialistische geneeskunde is in strijd met deze fundamentele vrijheid. De huisartsgeneeskunde evolueert. De huisarts heeft vaak raadplegingen op afspraak, is niet het aanspreekpunt voor medische urgenties, die het terrein van de MUG's zijn, en speelt een essentiële rol in de preventieve geneeskunde en bij chronische ziekten.

Hoewel we de budgettaire logica achter de forfaitaire honoraria voor laagvariabele zorg kunnen begrijpen, willen we hameren op de complexiteit van dit all-inbedrag en de quasi onmogelijkheid om het in ziekenhuizen in te voeren. Dubbele facturering en technische (softwarematige) problemen om artsen op basis van laagvariabele honoraria te financieren vereisen een herziening van het systeem.

Het VBS vestigt in zijn memorandum de aandacht van de politici op het probleem van het gebrek aan identiteit van de pasgeborene, de exorbitante sterilisatiekosten voor endoscopen, colonoscopen en dergelijke t.o.v. de vergoeding voor de verstrekking, de aanpak van psychiatrische stoornissen zoals burn-out en depressie, en de optimalisatie van de zorg door het creëren van zorgtrajecten.

Het VBS vraagt de beleidsmakers om de opleiding van kandidaat-specialisten te faciliteren door specifieke opleidingscriteria per specialisme te publiceren. De adviezen voor de actualiseringen van deze criteria liggen in sommige gevallen al bijna 3 jaar op het bureau van de minister. Het VBS vestigt de aandacht op het ontbreken van een beroepskamer in de Federatie Wallonië-Brussel. Het verzet zich ertegen dat assistenten (uitsluitend) worden gebruikt om continuïteit van zorg te garanderen en de administratieve rompslomp van de dienst af te handelen. Het vraagt een kwalitatieve opleiding, kwaliteitscontrole door een onafhankelijke instantie en niet door een commissie waarvan de leden de assistenten in opleiding 'ontvangen' naar goeddunken van een coördinerend stagemeester.

Op 12.04.2019 blokletterde De Standaard: *De dokter is razend op de dokter*. "De huisartsen van Domus Medica reageren woedend op de visietekst van het VBS", stond er te lezen. "We worden weggezet als incompetent ambtenaren". Dit artikel kwam er na een persbericht van Dr. Roel VAN GIEL, voorzitter van Domus Medica, en Dr. Dieter VERCAMMEN, voorzitter van Artsenbelang, dat op 10.04.2019 werd verzonden naar Belga onder de titel *Kroniek van een aangekondigde moord op de huisartsgeneeskunde*. "Het lijkt wel of wij ambtenaren met een nine-to-fivejob zijn", sprak Dr. Roel

VAN GIEL. “Dat strookt helemaal niet met de realiteit. We zijn geschokt.” Even verder zeggen ze over de consultaties van specialisten buiten het ziekenhuis: “Blijkbaar moeten we naar een soort van villageneeskunde”. Minister DE BLOCK nuanceerde zeer intelligent deze uitspraken en benadrukte de vrijheid van keuze van arts door de patiënt, de plaats van de huisarts in de zorg en het probleem van de opleiding van huisartsen en specialisten voor de behandeling van burn-out en depressie.

Opvallend echter is de grimmigheid in de bewoordingen, *Kroniek van een aangekondigde moord op de huisartsengeneeskunde* en de frustratie van een huisarts die specialistische geneeskunde beschouwt als dure geneeskunde die bedreven wordt in villa's. Het Nieuwsblad opent er diezelfde dag zijn eerste pagina mee en publiceerde op p. 3 een artikel met een foto van de voorzitter van Domus Medica en de voorzitter van het VBS. Radio 1 hield een debat tussen 18 en 19 uur. Toen ondergetekende retorisch vroeg of de journaliste eerder op raadpleging gaat bij een gynaecoloog of oogarts, dan wel bij haar huisarts, sloeg de stemming enigszins om.

Verschillende mysteries zullen nooit worden opgelost. Waarom een persbericht in Belga? Waarom de titel over de aangekondigde moord? Waarom zichzelf als een ambtenaar met een nine-to-fivejob beschouwen? Waarom collega-specialisten reduceren tot poenpakkers in luxevilla's? Waarom...

## 4.2 De ziekenhuisnetwerken

Op 28 februari 2019 werd de wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, gestemd in de Kamer<sup>38</sup>. Daarmee zag minister Maggie DE BLOCK de tweede van haar grote werven omgezet in wetgeving. De wet trad in werking op 1 januari 2020.

De ziekenhuizen hebben de publicatie van de wet niet afgewacht om reeds de eerste stappen te zetten in de vorming van ziekenhuisnetwerken<sup>39</sup>. In Vlaanderen hadden federaal minister van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK en haar collega op Vlaams niveau minister Jo VANDEURZEN (CD&V) in een gemeenschappelijk schrijven naar alle Vlaamse ziekenhuizen reeds gevraagd om hen uiterlijk tegen 15 februari 2018 te informeren omtrent hun intenties. Tijdens zijn presentatie op het jaarlijks symposium van het VBS op 02.02.2019 kwam Jo VANDEURZEN daar heel uitgebreid op terug.<sup>40</sup> Een eerste voorlopige kaart kon reeds geprojecteerd worden op dit symposium. Bovendien wordt in Vlaanderen werk gemaakt van de opdeling van het territorium in 60 eerstelijnszones. Deze zones komen evenwel niet steeds overeen met de kaart van de ziekenhuisnetwerken.

Kersvers minister van Volksgezondheid Wouter BEKE (CD&V) kon in het Vlaams Parlement tijdens het vragenuurtje op 22 oktober 2019 aan Elke SLEURS (N-VA)<sup>41</sup> meedelen dat op 15 oktober 2019 dertien aanvragen tot erkenning van een ziekenhuisnetwerk werden ontvangen. Alle algemene en universitaire ziekenhuizen zijn opgenomen in een ziekenhuisnetwerk. Ook vier van de acht revalidatieziekenhuizen maken deel uit van een netwerk. Revalidatieziekenhuizen mogen, maar moeten geen deel uitmaken van zo'n netwerk. Deze 13 netwerken zijn gebiedsdekkend voor heel Vlaanderen. Nog niet alle aanvragen waren evenwel reeds volledig waardoor eind 2019 als deadline niet gehaald werd. De netwerken moeten in principe eerstdaags erkend worden.

---

<sup>38</sup> B.S. 28.03.2019

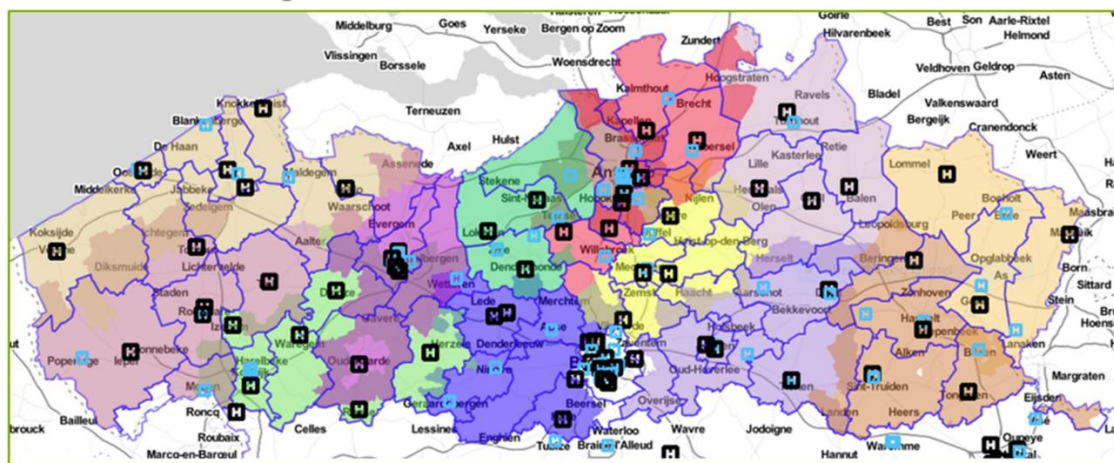
<sup>39</sup> Zie punt 4.1. *De ziekenhuisnetwerken* in het jaarverslag 2018 *De onvoltooide symfonie van Maggie*.

<sup>40</sup> Zie punt 1.3.1 *Het veranderende ziekenhuislandschap – Jaarlijks symposium van het VBS 02.02.2019*

<sup>41</sup> Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. Vraag om uitleg over de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen van Elke Sleurs aan minister Wouter Beke [167 (2019-2020)]



### Alle netwerken zoals ingediend



De vorming van de ziekenhuisnetwerken in de Federatie Wallonië-Brussel verliep minder vlot. De geografische logica waarop de ziekenhuisnetwerken gebaseerd zijn, stuitte op grote weerstand. De vorming van netwerken op ideologische basis (confessioneel versus openbaar/niet-confessioneel) en/of op universitaire basis had er de voorkeur. In dit kader liet Paul D'OTREPPE, voorzitter van de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs, in de krant l'Echo van 25 april 2019 nog optekenen dat indien Wallonië de weg inslaat van ziekenhuisnetwerken gebaseerd op ideologische basis dit zou leiden tot een splitsing van de sociale zekerheid. Een bijkomend struikblok van legistische aard betreft het verbod dat de privé zetelt in de beheersorganen van een openbaar ziekenhuis. Het ontwerp van decreet van de Waalse minister Valérie DEBUE dat de samenwerking tussen private en openbare ziekenhuizen mogelijk moest maken, kon niet vóór de verkiezingen van 26 mei 2019 ter stemming worden voorgelegd. Door het afhaken van een MR-verkozene die de nieuwe 'Listes Destexhe' vervoegde van ex-MR-coryfee Alain DESTEXHE, beschikten de MR en de CdH niet meer over een meerderheid in het Waalse parlement. Er kon ook geen alternatieve meerderheid gevonden worden. De PS steunde het ontwerpdecreet DEBUE niet, omdat de patiënt altijd de mogelijkheid zou moeten hebben om zich te laten verzorgen in een openbaar ziekenhuis. De openbare ziekenhuizen zijn volgens de PS immers toegankelijker voor de patiënten met een klein inkomen.

Op het terrein zijn de Waalse ziekenhuizen niet bij de pakken blijven zitten. Tussen de ziekenhuizen werden er contacten gelegd en overleg gepleegd. De wet op de ziekenhuisnetwerken voorziet in de oprichting van maximaal 8 ziekenhuisnetwerken in het Waals Gewest. Gedurende enige tijd is er sprake geweest dat uiteindelijk slechts 7 netwerken zouden gevormd worden. Sommige onderhandelingen voor de vorming van een netwerk zijn echter afgesprongen, waardoor het scenario van 8 netwerken opnieuw vorm krijgt.

Op wetgevend vlak werd op 12 november 2019<sup>42</sup> een eerste stap gezet en werd in de commissie Volksgezondheid een ontwerp van decreet goedgekeurd waarbij de samenwerkingen tussen private en publieke ziekenhuizen mogelijk werd gemaakt. Op woensdag 26 november 2019 werd het decreet in de plenaire vergadering door het Waalse Parlement goedgekeurd. Dit decreet maakt de samenwerking mogelijk tussen private en openbare ziekenhuizen in het kader van de samenstelling van

<sup>42</sup> Decreet van 28.11.2019 betreffende de samenwerking tussen ziekenhuizen waarbij een publiekrechtelijke rechtspersoon die onderworpen is aan het Wetboek van plaatselijke democratie en decentralisatie betrokken is (B.S. 10.12.2019) en Decreet van 28.11.2019 betreffende de samenwerking tussen ziekenhuizen waarbij een publiekrechtelijke rechtspersoon die onderworpen is aan de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn betrokken is (B.S. 10.12.2019). Beide decreten traden in werking op 15.12.2019.



ziekenhuisnetwerken. Minister van Lokale Besturen Pierre-Yves DERMAGNE (PS) is dus geslaagd daar waar Minister DEBUE bakzeil had gehaald.

Artikel 4 van het decreet van 27.11.2019 bepaalt dat: *“wanneer een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen wordt aangegaan tussen ten minste één privé-ziekenhuis en ten minste één openbaar ziekenhuis, (...) bedoeld samenwerkingsverband door hun beheerders (wordt) opgericht als een privaatrechtelijke vereniging zonder winstoogmerk overeenkomstig het Wetboek van vennootschappen en verenigingen, tenzij de beheerders van deze ziekenhuizen anders overeenkomen wat betreft de rechtsvorm van de beheerder van het samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen.*

*Wanneer een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen uitsluitend tussen openbare ziekenhuizen wordt aangegaan, kiezen zij de rechtsvorm van de beheerder van het samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen met inachtneming van de organieke wetgeving waaraan hun beheerders zijn onderworpen.”*

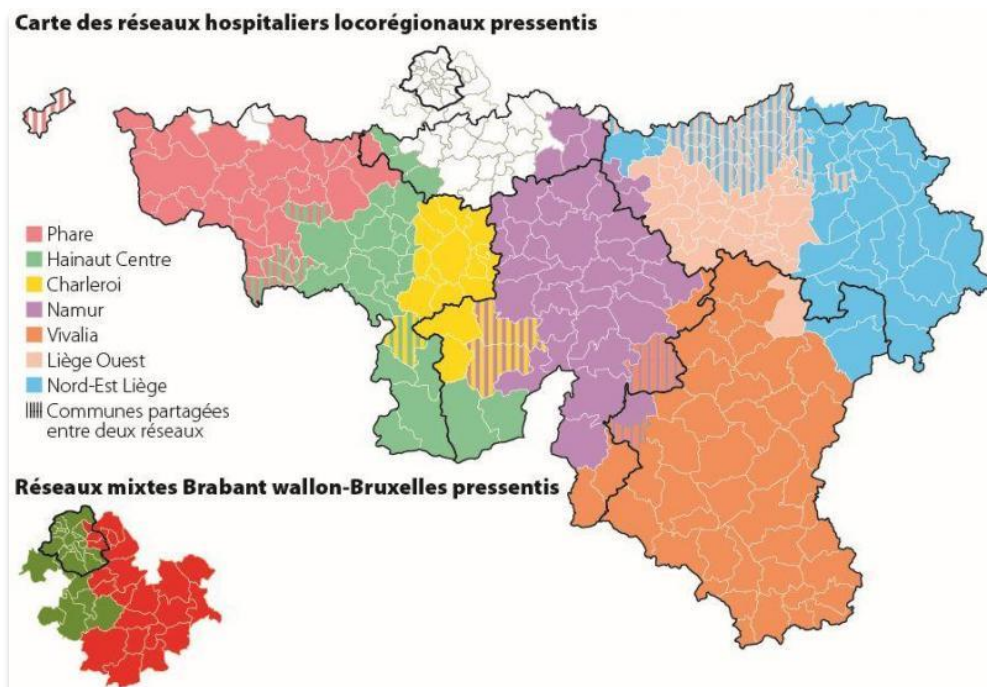
Deze laatste paragraaf reflecteert geen streven naar een rationalisering van het zorgaanbod, maar naar het behoud van een scheiding tussen twee verschillende netwerken in dezelfde regio, tussen de openbare en private netwerken. In het artikel wordt gestipuleerd dat deze twee voorstellen de minimale wettelijke basis vormen om een juridisch kader te bieden dat het mogelijk maakt om tegen 1 januari 2020 netwerken op te zetten.

In een verdeeld land, dat op het moment van schrijven nog altijd zonder regering zit, kan men alleen maar hopen dat l’Echo van 25 april 2019 een echo blijft die verloren gaat.

Dit decreet heeft echter geen invloed op het publieke karakter van de openbare ziekenhuizen die dit karakter behouden noch op de activiteiten van deze ziekenhuizen.

Een decreet aangenomen op 12 december 2019<sup>43</sup> legt de basis vast voor de erkenning van de ziekenhuisnetwerken.

Volgende voorlopige kaart van de ziekenhuisnetwerken circuleert:



Bron: Le Soir

<sup>43</sup> Decreet van 12.12.2019 tot wijziging van de artikelen 411 en 412 van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en gezondheid en tot invoeging van een artikel 413bis. (B.S. 23.12.2019).

In Brussel zijn de ziekenhuisnetwerken nog niet gevormd. Er wordt nog gewacht op een ordonnantie om het mogelijk te maken dat de private en publieke ziekenhuizen samenwerken. Er zijn wel al enkele intentieverklaringen ondertekend. De eerste betreft het netwerk omtrent UCL, het Sint-Jan Ziekenhuis en de Clinique Saint-Pierre à Ottignies, meteen het eerste Waalse ziekenhuisnetwerk dat regio overschrijdend is.

Een overzicht van alle ziekenhuisnetwerken zal een item worden voor het jaarverslag 2020. Op het ogenblik van de redactie van het jaarverslag 2019 zijn zowel in Vlaanderen, Wallonië en Brussel nog steeds gesprekken aan de gang.

### 4.3 Herziening van de nomenclatuur

Op 25 september riep RIZIV-administrateur-generaal Jo DE COCK, in aanwezigheid van Dr. Bert WINNEN, kabinetschef van Maggie DE BLOCK, de universiteiten, ziekenfondsen en beroepsorganisaties, waaronder het VBS, bijeen op een vergadering om officieel de hervorming van de nomenclatuur van de gezondheidszorg te lanceren.

Met dit project wordt een begin gemaakt van de uitvoering van het regeerakkoord 2014-2019 van Michel I<sup>44</sup>. Het regeerakkoord bepaalde immers dat een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur moest worden doorgevoerd waarbij de tarieven op transparante wijze worden afgestemd op de reële kostprijs van de prestatie en onverantwoorde verschillen in vergoeding tussen de verschillende medische disciplines weggewerkt worden. Intellectuele prestaties (inzonderheid voor de knelpuntdisciplines), onderlinge afstemming, overleg en coördinatie bij multidisciplinaire samenwerking worden beter gewaardeerd. De prijs van de bij de zorgverlening gebruikte materialen of producten mag geen directe invloed hebben op het door de zorgverlener aangerekende tarief. De herijking moet prikkels blijven voorzien voor productiviteit en specialisatie.

Een gelijkaardige bepaling werd opgenomen in het akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2018-2019.

De herziening van de nomenclatuur is een zeer omvangrijk project. Er zijn in wezen drie verschillende soorten medische procedures:

- medisch-heelkundige technische handelingen, in totaal 2.508 verschillende omschrijvingen
- raadplegings- en advieshandelingen, in totaal 345 verstrekkingen
- geautomatiseerde medisch-technische handelingen, goed voor 895 omschrijvingen

In totaal moeten 3.748 handelingen worden herschreven en gevaloriseerd.

Het besluitvormingsproces en de deskundigen die belast zijn met deze opdracht, namelijk de professoren PIRSON en LECLERCQ van de ULB, de professoren TRYBOU en ANNEMANS van UGent en de firma Möbius, werden voorgesteld.

De hervorming zal in drie fasen verlopen:

- Fase I: Herstructurering van de omschrijvingen
- Fase II: Uitwerking van de betrekkelijke waardeschalen (intensiteitsscores) voor het beroepsgedeelte
- Fase III: Evaluatie van de werkingskosten met betrekking tot de medische handelingen

De herziening van de medisch-heelkundige technische handelingen werd toevertrouwd aan de professoren PIRSON en LECLERCQ. Deze twee hoogleraren, die deel uitmaken van het universitair centrum voor management, economie en toegepast recht van het Instituut voor Gezondheidszorg van

---

<sup>44</sup> Zie p. 73 e.v. van het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014.

de ULB werken al jaren rond de kosten van ziekenhuisverstrekkingen en artsenhonoraria in het kader van de PACHA-studie.

De werkzaamheden zullen verlopen in verschillende fasen. Een eerste fase bestaat erin om voor de verschillende verstrekkingen van de nomenclatuur een logische boomstructuur in te voeren, teneinde de leesbaarheid te verbeteren en de internationale vergelijkbaarheid mogelijk te maken. Hierbij zullen voorstellen worden geformuleerd om de omschrijving van de verschillende verstrekkingen aan te passen en waar nodig aan te vullen.

De omschrijving van de prestaties zal gebeuren volgens 3 assen: waar?, wat? en hoe? Nemen we als voorbeeld nefrectomie (anatomie). Deze kan gedeeltelijk of volledig zijn (handeling), door middel van laparotomie, laparoscopie of robotgeassisteerd. Nefrectomie heeft voortaan dus 6 verschillende omschrijvingen: drie voor totale nefrectomie en drie voor gedeeltelijke nefrectomie. De duur van de herschrijving – Fase I – zal 2 jaar in beslag nemen.

De resultaten zullen worden gevalideerd door vertegenwoordigers van de betrokken specialismen.

In Fase II moet er ook op één tot twee jaar worden gerekend om de ICHI<sup>45</sup>-codes van de WHO<sup>46</sup> te valoriseren. In fase 3 zullen de kosten van de technische middelen die nodig zijn om de handeling uit te voeren worden toegevoegd. De werkzaamheden zullen naar verwachting in 2023 of 2024 voltooid zijn.

De herziening van de geautomatiseerde medisch-technische handelingen, waaronder klinische biologie, pathologische anatomie, radiotherapie en nucleaire geneeskunde<sup>47</sup>, wordt uitbesteed aan de firma Möbius, die ervaring heeft opgedaan met de audit van ziekenhuiskosten en ziekenhuisorganisatie. De consultants zullen uitgebreid overleg plegen met beroepsbeoefenaars en organisaties van artsen-specialisten om inzicht te krijgen in het Belgische systeem en de regionale verschillen. Op basis van de ervaring van de andere consultants, de ULB en UGent, zal Möbius binnen de twee maanden na het overleg een methodologie vaststellen. Möbius verwacht dat haar werk in de eerste fase – het herschrijven van de nomenclatuur in de klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde en radiotherapie – in maart 2021 zal zijn afgerond.

Voor de raadplegings- en advieshandelingen is het de groep van de Universiteit Gent die de opdracht van het RIZIV behartigt. Prof. TRYBOU schetste de methodologie die ze willen gebruiken. Samen met Prof. ANNEMANS zullen zij de verschillende internationale systemen bestuderen en rekening houden met elementen zoals coördinatie van zorg, multidisciplinair karakter, permanentie, eHealth, communicatie en samenwerking met andere artsen en andere zorgverleners.

Op basis hiervan zullen zij een ‘ontwerp’ van een nieuwe nomenclatuur maken. Ze zullen een voorstel uitwerken voor individuele artsen enerzijds en voor groepsgeneeskunde anderzijds. De artsen-specialisten zullen zeer waakzaam moeten zijn om te zien of de modellen de keuzevrijheid van de patiënt en de extramurale uitoefening van de specialistische geneeskunde respecteren.

Van 2016 tot 2018 heeft het VBS actief deelgenomen aan de opdracht van minister DE BLOCK toevertrouwd aan de professoren LECLERCQ en PIRSON van de ULB omtrent de waardebepaling van de nomenclatuur binnen een specialisme. De door het VBS afgevaardigde deskundigen hielpen bij het valideren van de tijd, de complexiteit en de risico's van een selectie van verstrekkingen per specialisme in het kader van de huidige nomenclatuur.

Op 4 september 2019 werd het VBS samen met de artsensyndicaten en de universiteiten uitgenodigd om experts af te vaardigen voor de verschillende disciplines hieronder opgesomd.

---

<sup>45</sup> International Classification of Health Interventions

<sup>46</sup> World Health Organization

<sup>47</sup> Dr. Marc MOENS heeft van bij aanvang van de vergadering geprotesteerd tegen deze omschrijving. Hooguit is er sprake van deels automatiseerbare medisch-technische handelingen.

In december 2019 zijn de werkzaamheden voor de herziening van de volgende artikelen en specialismen van start gaan: artikel 14 j: urologie; artikel 14 e: thoracale chirurgie; artikel 14 i: NKO; artikel 20 b: Pneumologie; artikel 20 e: Cardiologie.

Ook de namen van experts voor de geautomatiseerde medisch-technische handelingen zijnde de pathologische anatomie, de klinische biologie, de radiotherapie en de nucleaire geneeskunde onder leiding van de groep Möbius werden reeds bezorgd aan het RIZIV.

De radiotherapeuten hebben al eerder via Prof. Dr. Yolande LIEVENS, gewezen voorzitter van de beroepsvereniging radiotherapie-oncologie, positieve contacten gehad met de firma Möbius in het kader van de Europese studie HERO<sup>48</sup>. In het kader van deze studie werd ook rekening gehouden met de component radiologie om de kostprijs van de nieuwe nomenclatuur radiotherapie te berekenen.

De opname van de nucleaire geneeskunde in deze groep van de meer geautomatiseerde medisch-technische handelingen roept vragen op, aangezien dit specialisme heel dicht aanleunt bij de radiologie, die opgenomen is in de groep van medisch-technische verstrekkingen die het onderzoeksteam PIRSON-LECLERCQ behandelt.

Om de experts voor te bereiden op hun taak organiseerde het VBS op 14 november 2019 in het Gosset Hotel een informatievergadering. Dr. Jean-Luc DEMEERE zette op een omstandige manier de doelstelling van de herziening van de nomenclatuur uiteen. Deze vergadering werd bijgewoond door niet minder dan 35 deelnemers.

Dr. Bart DE SAEDELEER, voorzitter van de beroepsvereniging van pneumologen, heeft het initiatief genomen om experts pneumologie van alle horizons, m.n. de artsensyndicaten BVAS en Kartel en de universiteiten, uit te nodigen om samen de teksten die door het RIZIV werden bezorgd te analyseren en gezamenlijk voorstellen tot verbetering te formuleren. Eenzelfde initiatief werd door Dr. Herman SCHROË en Prof. Dr. Dirk VAN RAEMDONCK namens de chirurgen genomen voor wat betreft de thoracale chirurgie. De experts NKO hebben ter gelegenheid van het nationale congres voor NKO eenzelfde oefening gemaakt voor hun nomenclatuur.

In de nieuwjaarsbrief naar de leden van de beroepsvereniging pneumologie onderstreepten Drs. Bart DE SAEDELEER en Jan LAMONT het belang van een preliminair overleg en grondige analyse met alle experts. In de voorgelegde documenten werd voorgesteld om een aantal 'obsoleete' verstrekkingen te schrappen. Dit hield in dat een groot deel van de longfunctienomenclatuur zou geschrapt worden. Een gecoördineerd verzet resulteerde erin dat tijdens de RIZIV-vergadering beslist werd tot het behoud van de bestaande nomenclatuur dienaangaande. Het uiteindelijke doel bestaat erin om terugbetaling te verkrijgen voor prestaties die al jaren uitgevoerd worden zonder dat daar een terugbetaling tegenover staat, maar ook voor introductie van volledig nieuwe prestaties.

Voor de raadplegingen, adviezen en toezichtshonoraria is het de groep van de Universiteit Gent die de opdracht van het RIZIV behartigt. Op 25.09.2019 schetste Prof. Jeroen TRYBOU de methodologie die ze willen gebruiken. Samen met Prof. Lieven ANNEMANS zullen zij verschillende internationale systemen bestuderen waaronder de gezondheidszorgsystemen van Frankrijk, Duitsland, Nederland, Zwitserland en Ontario.

Deze equipe is niet aan zijn proefstuk toe. Op 1 december 2016 brachten zij het boek *Herijking van de medische nomenclatuur in België. Voorstel van principes en methodiek* uit<sup>49</sup>.

Dit team wenst een nieuwe nomenclatuur te schrijven op basis van een nieuwe vorm van geneeskunde al naargelang ze wordt verricht in het kader van groeps- of individuele praktijk en waarbij een reeks nieuwe realiteiten, zoals informatica, multidisciplinaire geneeskunde, communicatie, continuïteit van zorg en coördinatie van zorg geparametreerd worden. De werkzaamheden van deze equipe mogen niet

---

<sup>48</sup> Een gerandomiseerde studiefase 3 teneinde de gebruiksviligheid en efficiëntie van een specifiek geneesmiddel bij mannen met een geavanceerde prostaatkanker te onderzoeken.

<sup>49</sup> Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent, 2016.

onderschat worden, want vele disciplines hebben een groot aantal intellectuele prestaties. Men denkt daarbij aan de psychiaters, de geriateren, de oncologen, de reumatologen. In 2018 hebben alle specialisten samen 28 miljoen raadplegingen geattesteerd, waarvan:

- kinderartsen: 1 miljoen
- gynaecologen: 3,5 miljoen
- dermatologen: 2,5 miljoen
- oogartsen: 3,5 miljoen

De huisartsen hebben samen meer dan 40 miljoen raadplegingen geattesteerd.

Tot dusver hebben we geen uitnodiging gekregen van de professoren TRYBOU en ANNEMANS, geen artsen, maar gezondheidseconomen, voor de aanstelling van experts.

Prof. TRYBOU en ANNEMANS zullen deze eerste fase van de herziening van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen door artsen tegen maart 2021 voltooien.

De artsen-specialisten zullen zeer waakzaam moeten blijven en er zich van verzekeren dat de modellen de keuzevrijheid van de patiënt en de extramurale uitoefening van de specialistische geneeskunde respecteren. De invoering van een geëcheloniseerd systeem is een politieke keuze die de mening van de betrokkenen vereist, namelijk de patiënten, de zorgverleners artsen-specialisten, het VBS, en de artsensyndicaten en verzekeraars die samen vertegenwoordigd zijn in de medicomut.

Deze visie op de zorg van morgen zal bijzondere waakzaamheid vereisen van de stuurgroep. Deze stuurgroep zal bestaan uit vertegenwoordigers van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de medicomut.

De eerste fase van de werkzaamheden van deze drie groepen waarbij het herschrijven van de nomenclatuuromschrijvingen centraal staat moeten in principe afgerond zijn tegen maart 2021. Dan pas kan de tweede fase, met name de valorisering van de verstrekkingen, van start gaan.

Op basis van deze valorisering moet het mogelijk zijn een relatieve waarde toe te kennen zowel binnen het betrokken specialisme als tussen de verschillende specialismen onderling. In deze fase komen de gezondheidswerkers op het toneel om de opgestelde 'tariefnomenclatuur' van de medische procedures te valideren. Dit belooft een heikele opdracht te worden. De tegenstellingen tussen artsen onderling, tussen de overheid en verzekeraars, kunnen leiden tot belangenconflicten en onethische of partijdige handelwijzen. In de derde fase moeten de werkingskosten m.b.t. de medische verstrekking worden behandeld. De PACHA-studie zal een meer dan solide basis vormen voor dit werk. Aan het einde van de drie fasen, in 2023-24, zouden we een nieuwe nomenclatuur moeten hebben, met één enkele codering waarin alle aspecten van de medische procedure zijn vervat.

Na de officiële uiteenzetting van dit megaproject volgde een zeer geanimeerde discussie waarbij de vertegenwoordigers van de artsen, de mutualiteiten, de universiteiten, de ziekenhuizen hun bezwaren en hun beduchtheid van de implicaties van deze hervorming tot uiting brachten. Kortom, de emoties liepen op en de belangen uiteen.

Jean-Noël GODIN, algemeen directeur van de GBO (Groupement belge des Omnipraticiens), wees erop dat het voor de methodologie noodzakelijk is om zonder budgettaire beperkingen te kunnen werken. Hij drong aan op een ethische honorering van artsen met een plafond, zoals in andere landen, en een herijking van de nomenclatuur om de verschillen tussen specialisten en huisartsen weg te werken.

Toen ondergetekende deze vergadering op 25 september 2019 verliet, moest hij terugdenken aan 1997, toen de herijking van de nomenclatuur werd gelanceerd en Dr. Rob VAN DEN OEVER (CM) het VBS had uitgenodigd. Maanden later werd het project stilgelegd. De ministers waren veranderd, er waren besparingen in aantocht en in de medicomut werden weer nieuwe verstrekkingen besproken, nog steeds met die oude, onaangepaste nomenclatuur.

Het scenario herhaalt zich. Er is geen geld voor nieuwe projecten. De toekomst voor een zorgnomenclatuur blijft somber ogen onder het gesternte van de forfaits. België zit vandaag, 1 februari 2020, 251 dagen na de verkiezingen, nog steeds met een federale regering in lopende zaken, met ministers die verdwijnen en vervangen worden en zonder parlementaire meerderheid. Hoe kan men slagen zonder politieke vastberadenheid en de wil om het systeem te veranderen? Hoe kan de gezondheidszorg worden gefinancierd met een groeiend federaal tekort?

Het RIZIV heeft echter contracten gesloten met twee universiteiten en een bedrijf dat nog geen methodologie heeft om dit project aan te vatten. Laten we hopen, als het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering dergelijke uitgaven doet, dat het de Verzekering heeft om het project door te zetten, ondanks de ziekte en de invaliditeit van ons Belgisch systeem!

Het VBS behoudt het vertrouwen en wil bijdragen aan de verbetering van ons gezondheidssysteem via een eerlijke en billijke financiering voor huisartsen en specialisten, maar vooral met volledige transparantie van alle geldstromen.

#### 4.4 De wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering<sup>50</sup>

In het jaarverslag 2018 hadden we nog onze twijfels uitgedrukt omtrent de slaagkansen van Maggie DE BLOCK om onder meer het ontwerp van wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, hierna afgekort 'kwaliteitswet', goedgekeurd te krijgen. Dit inspireerde mee de titel van het jaarverslag 2018 *De onvoltooide symfonie van Maggie*<sup>51</sup>. Bij het begin van haar mandaat had Maggie DE BLOCK het startschot gegeven voor een aantal grote projecten, te weten de herziening van het financieringsmodel van de ziekenhuizen, de ziekenhuisnetwerken en de herziening van het KB nr. 78. De val van de regering Michel I en II dreigde roet in het eten te gooien en op de valreep de realisatie van haar werven te verhinderen. In 2018 werd alleen de wet op de laagvariabele zorg gepubliceerd<sup>52</sup>. Met de steun van de gewezen coalitiepartner N-VA werd op 14 mei 2019 de wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg gepubliceerd. De wet treedt in werking op 1 juli 2021. Voor bepaalde artikelen kan bij KB afgeweken worden van deze datum<sup>53</sup>. Alvorens volledig in werking te kunnen treden moet de Koning nog 11 keer optreden en heeft hij op 26 plaatsen de bevoegdheid gekregen om de kwaliteitswet uit te werken. In dit kader hebben de beroepsverenigingen een grote rol te spelen.

Met de wet op de kwaliteitsvolle praktijken wenste Maggie DE BLOCK een wettelijke invulling te geven aan het recht op een kwaliteitsvolle zorgverstrekking zoals reeds sinds 2002 gegarandeerd in de wet op de rechten van de patiënt.

De kwaliteitswet is van toepassing op alle gezondheidszorgbeoefenaars in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg. Onder gezondheidszorg wordt verstaan de diensten verstrekt door een gezondheidszorgbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt, om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden.

Deze wet voorziet in een aantal vereisten waaraan een kwaliteitsvolle praktijk moet voldoen. Deze vereisten hebben vooreerst betrekking op een aantal algemene principes zoals: de diagnostische en therapeutische vrijheid (art 4), de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaars en de verplichting om te beschikken over een visum (art. 8 e.v.), de karakterisatie van de patiënt (art. 12 e.v.), de continuïteit van de zorg (art. 17 e.v.) en de permanentie (art. 21 e.v.)<sup>54</sup>. Naast de meer algemene

<sup>50</sup> Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (BS 14.05.2019)

<sup>51</sup> Cf. De onvoltooide symfonie van Maggie. Jaarverslag 2018 punt 4.2. p. 46

<sup>52</sup> Wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (BS 26.07.2018) en het KB van 02.12.2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (BS 18.12.2018).

<sup>53</sup> Art. 87 en 88 van de wet op de kwaliteitsvolle praktijken.

<sup>54</sup> Op 18 november 2019 heeft Dr. Christina Hubert en de vzw "Hubert-Vision" een verzoekschrift tot nietigverklaring ingeleid tegen de artikelen 21, eerste lid en 22 en 24 (BS 03.01.2020)

vereisten wordt ook aandacht besteed aan de vereisten omtrent het voorschrift voor geneesmiddelen/gezondheidsproducten, het verwijz- en groepsvoorschrift, de voorwaarden waaronder praktijkinformatie mag worden verspreid, de structuur en organisatie van de individuele praktijkvoering alsook samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorgbeoefenaars en peer review, de verplichte melding van praktijkvoering aan een register van praktijken.

De kwaliteitswet definieert in artikel 2 wat moet beschouwd worden als risicovolle verstrekkingen: invasieve, chirurgische of medische verstrekkingen inzake gezondheidszorg met diagnostisch, therapeutisch of esthetisch doel, waarbij een van de volgende zaken van toepassing is:

- a. de verstrekking wordt noodzakelijkerwijze uitgevoerd onder algemene anesthesie, locoregionale anesthesie of diepe sedatie;
- b. de verstrekking vereist een verlengd medisch of verpleegkundig toezicht van verschillende uren nadat de verstrekking beëindigd is;
- c. de verstrekking gebeurt onder lokale tumescentie anesthesie;

De kwaliteitswet stelt evenwel niet dat alle risicovolle verstrekkingen uitsluitend in een ziekenhuis moeten worden uitgevoerd.

De karakterisatie van de patiënt leidt er echter wel toe dat sommige gezondheidszorg uitsluitend binnen een ziekenhuis kan worden verstrekt:

*“1° verstrekkingen waarbij de patiënt nood heeft aan intensieve zorg en anesthesisten, verpleegkundigen en/of instrumentisten tijdens of na de verstrekking inzake gezondheidszorg;*

*2° verstrekkingen waarbij postoperatief nood is aan langdurige, met name langer dan 6 uur, parenterale en/of infuustherapie met nood aan toezicht;*

*3° verstrekkingen aan patiënten die tot 24 uur na de verstrekking niet over de nodige opvang en/of noodzakelijk toezicht beschikken terwijl de gezondheidszorgbeoefenaar dit noodzakelijk acht gelet op de aard van de gezondheidszorg;*

*4° verstrekkingen waarbij een bloedtransfusie nodig is.”*

De wet definieert o.m. in art. 2 wat moet begrepen worden onder de termen anxiolyse, algemene anesthesie en lokale anesthesie. Het begrip ‘diepe sedatie’ wordt echter niet gedefinieerd in de kwaliteitswet, wat problematisch kan zijn bij de karakterisatie van een risicovolle verstrekking<sup>55</sup>. Artikel 15 e.v. bepaalt de specifieke voorwaarden omtrent de verstrekkingen die worden uitgevoerd met toepassing van anxiolyse, lokale, locoregionale of algemene anesthesie. De zorgverstrekker die dergelijke prestaties verricht, beschikt over een procedure die nageleefd wordt indien er problemen optreden naar aanleiding van een anxiolyse of anesthesie. Deze procedure moet op regelmatige tijdstippen worden geëvalueerd en indien nodig worden aangepast. Dit is eveneens het geval indien de pijngeleiding wordt onderbroken of gemoduleerd door het aanbrengen van geneesmiddelen op het neuraxiaal verloop of op het perifeer verloop van de nervus mandibularis en de nervus maxillaris. Tijdens de voorbereidende werken werd door de oftalmologen tevergeefs meermaals gewezen op het ontbreken van de nervus trigeminus bij de uitzonderingsmaatregel. Tegenwoordig worden in de oftalmologie de meeste ingrepen uitgevoerd via druppelanesthesie zonder de aanwezigheid van een anesthesist.

De zorgverstrekker die prestaties uitvoert met toepassing van locoregionale en/of algemene anesthesie moet bovendien voldoen aan een aantal bijkomende kwaliteitsvereisten. Hij verzekert zich ervan dat er een anesthesist (of kandidaat-specialist in de anesthesie) in de onmiddellijk nabijheid van de patiënt is die verantwoordelijk is voor de anesthesie. Ingeval van een algemene anesthesie treedt de anesthesist bij maximaal één patiënt tegelijkertijd op. De zorgverstrekker moet er eveneens op toezien

---

<sup>55</sup> ‘De wet kwaliteitsvolle zorg vanuit anesthesiologisch standpunt’. Dr. René HEYLEN- Symposium BSAR 18.01.2020;

dat op een gestructureerde manier een beroep kan gedaan worden op de faciliteiten van een ziekenhuis.

In afdelingen 6 en 7 van de wet, over de continuïteit van zorgen en over de permanentie, wordt de deelname aan de permanentie wettelijk verankerd voor alle gezondheidszorgberoepen. Wanneer voor hun beroep een permanentie wordt georganiseerd moeten de zorgverstrekkers daaraan deelnemen en dit vermelden in hun portfolio. Voor de artsen-specialisten was de deelname aan de permanentie tot nu toe enkel een deontologische verplichting. Alle artsen-specialisten werkzaam in een ziekenhuis namen de facto deel aan de permanentie die georganiseerd werd binnen het ziekenhuis. De extramuraal werkende specialist kan niet meer ontsnappen aan de verplichting om deel te nemen aan een permanentie voor zijn specialisme. Het louter vermelden van het telefoonnummer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis op zijn antwoordapparaat volstaat niet langer.

In afdeling 9 bakent de kwaliteitswet de scheidslijn tussen praktijkinformatie en reclame af. Onder praktijkinformatie verstaat de wet iedere vorm van mededeling die rechtstreeks en specifiek, ongeacht de daartoe aangewende plaats, drager of aangewende technieken, tot doel heeft een gezondheidszorgbeoefenaar te laten kennen of informatie te verstrekken over de aard van zijn beroepspraktijk. De praktijkinformatie mag enkel publiek kenbaar gemaakt worden voor zover deze

- waarheidsgetrouw, objectief, relevant en verifieerbaar is en wetenschappelijk onderbouwd is;
- niet aanzet tot overbodige onderzoeken of behandelingen, noch de ronseling van patiënten tot doel heeft.

Enkel informatie zonder enig patiëntenwervend doel is toegelaten, wat neerkomt op een verbod op reclame<sup>56</sup>. In de memorie van toelichting werd dit eveneens zo expliciet gesteld.

De praktijkinformatie vermeldt de bijzondere beroepstitel(s) waarover de gezondheidszorgbeoefenaar beschikt. Deze bepaling sluit niet uit dat de gezondheidszorgbeoefenaar ook kan informeren over bepaalde opleidingen waarvoor geen bijzondere beroepstitel bestaat. Deze informatie kan/moet eveneens opgenomen worden in het portfolio van de zorgverstrekker.

Het visum wordt een 'licence to practice' met permante evaluatie van de fysieke en psychische geschiktheid en de bekwaamheid van de zorgverstrekker. De zorgverstrekker mag alleen gezondheidszorg aanbieden voor zover hij over de aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt. Dit moet aantoonbaar gemaakt worden in het portfolio dat iedere zorgverstrekker bij voorkeur elektronisch bijhoudt. Hij dient de patiënt door te verwijzen indien zijn bekwaamheid overschreden wordt. Indien de zorgverstrekker niet langer over de nodige bekwaamheid beschikt, kan een verbeterplan worden opgelegd of zijn visum geschorst of ingetrokken worden.

Zowel ter gelegenheid van zijn tussenkomst tijdens het symposium ter gelegenheid van de uitreiking van de Prijs van de Specialist 2019 als tijdens zijn interview in De Specialist van 19 december 2019 beklemtoonde Pedro FACON dat beroepsverenigingen waarin de zorgverstrekkers actief zijn een belangrijke rol te spelen hebben bij de evaluatie van de inhoudelijke vaardigheden en expertise van de beroepsbeoefenaars. Informele contacten werden reeds gelegd met deze beroepsorganisaties, waaronder het VBS voor de specialisten.

In de kwaliteitswet wordt er ook veel aandacht besteed aan het patiëntendossier en de toegang tot de gezondheidszorggegevens. In art. 33 wordt de minimale inhoud van het patiëntendossier bepaald in 23 punten. Het patiëntendossier, dat elektronisch moet worden opgemaakt, moet minimum 30 en maximum 50 jaar te rekenen van het laatste patiëntencontact bewaard worden. De vraag die evenwel rijst, is of deze dossiers 30 of 50 jaar na datum nog wel elektronisch zullen kunnen worden ingelezen.

De zorgvertrekker heeft enkel toegang tot de gezondheidszorggegevens bijgehouden en bewaard door een andere zorgverstrekker voor zover de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming heeft

---

<sup>56</sup> Verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend tot vernietiging van art. 31 van de kwaliteitswet door o.m. Newpharma (BS 15.01.2020)



gegeven. Bovendien heeft hij enkel toegang tot de gegevens van een patiënt waarmee hij een therapeutische relatie heeft op voorwaarde dat de finaliteit van de toegang bestaat uit het verstrekken van gezondheidszorg en dat de toegang noodzakelijk is voor de continuïteit en de kwaliteit van de te verstrekken gezondheidszorg. De toegang beperkt zich tot gegevens die dienstig en pertinent zijn in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg. In spoedgevallen heeft de zorgverstreker toegang tot het patiëntendossier met het oog op het verstrekken van de noodzakelijke gezondheidszorg. De zorgverstreker die het patiëntendossier bijhoudt en bewaart moet de nodige maatregelen nemen opdat de patiënt kan controleren wie toegang heeft of gehad heeft tot zijn persoonsgegevens betreffende zijn gezondheid.

Door het volledige patiëntendossier toegankelijk te maken, dreigen zich volgens de psychiaters echter belangrijke problemen voor te doen. In het kader van de psychiatrische zorg worden in het patiëntendossier vaak vermeldingen opgenomen over de partner, de kinderen of de ouders van de patiënt. In het kader van de GDPR mogen geen persoonlijke gegevens verzameld worden zonder de toestemming van de betrokkene. Hoe moet daarmee omgegaan worden?

Afdeling 13 van de wet behandelt de kwaliteitscontrole. Per gezondheidszorgberoep dat risicovolle verstrekkingen stelt, kan de Koning, na advies van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen:

- de samenstelling en de werking bepalen van de organisatorische structuren die ad hoc de kwalitatieve toetsing van de praktijkvoering van de gezondheidszorgbeoefenaars die risicovolle verstrekkingen stellen en van hun onderhouden professionele bekwaming organiseren of begeleiden.
- de regels vaststellen inzake kwalitatieve toetsing van de praktijkvoering en van het onderhouden van de professionele bekwaming van de gezondheidszorgbeoefenaars die risicovolle verstrekkingen verrichten.

Hoofdstuk 4 van de wet richt een Federale Commissie op voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg. Zij heeft tot taak toezicht uit te oefenen op:

- de fysieke en psychische geschiktheid van de gezondheidszorgbeoefenaars
- de naleving door de gezondheidszorgbeoefenaars van de bepalingen van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan.

De provinciale geneeskundige commissies worden afgeschaft.

Met het oog op de uitvoering van hun toezicht hebben de inspecteurs van de Federale commissie voor toezicht op de praktijkvoering toegang tot de lokalen waar de zorgbeoefenaar gezondheidszorg verstrekt. Zij kunnen inzake vragen van alle bescheiden of elektronische dragers die zij voor de uitoefening van hun controleopdracht nodig hebben. In het bijzonder kunnen zij het portfolio van de zorgverstreker opvragen.

## 4.5 Enquête over de toekomst van de specialistische geneeskunde

Ter voorbereiding van de algemene vergadering op 01.02.2020 van het VBS besloot het bureau van het Verbond een enquête te houden onder de bestuurscomités van de verschillende beroepsverenigingen van artsen-specialisten aangesloten bij het VBS.

De enquête was gebaseerd op een tiental open vragen met betrekking tot:

- de toekomst van de specialistische geneeskunde in het algemeen,
- de toekomst van het specialisme van de antwoordende beroepsvereniging in het bijzonder,
- de impact van de ziekenhuisnetwerken en de plaats van het ziekenhuis, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen, in die netwerken,
- de definitie van huisarts en arts-specialist,
- de uitoefening van het beroep, solo of in groep,

- de relatie met en de rol van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist,
- de plaats van de arts-specialist in het ziekenhuismanagement en de specifieke opleiding die vereist is om deze rol in het management te verzekeren,
- het sociaal statuut van de arts,
- de rol van telematica, technologie en robotisering, en de impact van deze revolutie van de artificiële intelligentie op hun specialisme.

De enquête werd namens hun beroepsverenigingen beantwoord door 21 Franstalige en 56 Nederlandstalige leden, die samen 24 verschillende specialismen vertegenwoordigden<sup>57</sup>.

De antwoorden van de enquête werden voor zover opportuun per groep van specialismen geanalyseerd: inwendige disciplines, snijdende disciplines, technische disciplines en de specialismen die hoofdzakelijk raadplegingen doen<sup>58</sup>.

## De plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod van morgen

### Inwendige disciplines

- Ondanks de toenemende hyperspecialisatie moet de holistische benadering van de patiënt centraal staan.
- Extramurale praktijken, zoals pediatrie, gynaecologie, inwendige geneeskunde, psychiatrie, geriatrie zorgen voor een verruiming van het werkterrein.
- Door de ontwikkeling van artificiële intelligentie zullen sommige disciplines verdwijnen.

### Chirurgische disciplines

- Hyperspecialisatie leidt tot verenging van het werkterrein om juridische en organisatorische redenen. Het noopt tot multidisciplinaire samenwerking waarbij de communicatie door middel van teleconsultatie en telegeneeskunde moet gefaciliteerd worden. Het behoud van een algemene holistische opleiding en activiteit blijft nochtans noodzakelijk.
- De facto verlies van de keuzevrijheid van de patiënt door een concentratie van de pathologieën in hypergespecialiseerde centra werkt het hospitalocentrisme in de hand.
- De begrippen eerste, tweede en derde lijn zijn achterhaald. Ontwikkeling van extramurale chirurgie dicht bij de patiënt waarbij de huisarts optreedt als coördinator van de zorg.

### Technische en consulterende specialismen

- De groei van de medische kennis en de complexiteit garanderen de ontwikkeling van specialismen en subspecialismen.
- De gespecialiseerde geneeskunde moet antwoorden bieden op gezondheidsproblemen waarvoor huisartsen niet genoeg tijd, opleiding of apparatuur hebben om ze aan te pakken.
- Specialistische geneeskunde zal belangrijk blijven, maar riskeert door delegatie van verstrekkingen aan niet-artsen gelimiteerd te worden in haar beslissingsbevoegdheid.
- Noodzaak om de meest geschikte en gespecialiseerde zorg te bieden aan de patiënten om hun reïntegratie in de samenleving te waarborgen.

---

<sup>57</sup> Oogheelkunde, Nucleaire geneeskunde, Chirurgie, Gastro-enterologie, Fysieke geneeskunde en revalidatie, Klinische genetica, Reumatologie, Hartchirurgie, Medische beeldvorming, Orthopedie, Pathologische anatomie, Inwendige geneeskunde, Neurologie, Geriatrie, Intensieve zorg, Plastische en reconstructieve chirurgie, Klinische biologie, Vasculaire chirurgie, Pediatrie, Anesthesie, Psychiatrie, Pneumologie, Neurochirurgie, Urgentiegeneeskunde

<sup>58</sup> Zie voor een gedetailleerde analyse de presentatie van Dr. Jean-Luc DEMEERE ter gelegenheid van de uitreiking van de Prijs van de Specialist: [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) > SYMPOSIA > [Presentaties van het symposium "Een toekomstvisie voor de specialistische geneeskunde" van 23.11.2019](#)

- Hospitalocentrisme moet vermeden worden.

### De impact van de ziekenhuisnetwerken en de plaats van het ziekenhuis, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen, in die netwerken

#### Netwerken

De netwerken moeten een antwoord zoeken op de paradox tussen een personalisatie van de zorg versus een economische organisatie ervan. Om te voldoen aan de verwachtingen en behoeften van de patiënt moet een adequaat en transparant zorgaanbod aangeboden worden waarbij de noodzakelijke protocollen voor het transport, de verwijzing en terugverwijzing van en naar de referentiecentra moeten uitgewerkt worden.

De handhaving van aantrekkelijke kleine centra blijft essentieel.

#### Plaats van de universiteit binnen het netwerk

Ontwikkeling van gepersonaliseerde en humane geneeskunde buiten de universitaire centra. Referentiecentra kunnen zowel universitair als niet-universitair zijn. Procedures voor verwijzing en terugverwijzing moeten uitgewerkt worden.

De universitaire ziekenhuizen moeten niet de concurrentie aangaan met de niet-universitaire ziekenhuizen. Mineure pathologie moet niet behandeld worden in een universitair ziekenhuis. De universiteit moet zich toeleggen op de exotische gevallen en onderzoek voor zeldzame en/of complexe gevallen. Niet alle interessante pathologie moet voorbehouden worden voor de universiteiten. De opleiding van de ASO is vaak te theoretisch.

#### De differentiatie tussen arts-specialist en huisarts

De huisarts heeft een rol in de globale benadering van de patiënt, de arts-specialist heeft een rol in de globale benadering van de patiënt binnen zijn specialisme. De huisarts behandelt de patiënt in zijn leefomgeving en in zijn sociale context. Hij is de zorgcoördinator en de houder van het dossier van de patiënt. Hij heeft een adviserende bevoegdheid bij de behandeling van sommige patiënten (coach).

De huisartsen houden zich steeds minder bezig met acute geneeskunde (bv. wondhechtingen en gipsen) en steeds meer met preventieve geneeskunde of chronische aandoeningen. Huisartsen zijn minder beschikbaar en voeren vaker een patiëntenstop in.

Slechts een beperkt aantal specialismen ziet heil in een strikte echelonnering (orthopedie, neurochirurgie of cardiochirurgie). De meeste specialismen pleiten voor een samenwerking met de huisartsen. Spreken over de eerste, tweede en derde lijn is voorbijgestreefd.

Zowel huisartsen als specialisten moeten een holistische aanpak van de patiënt voorstaan.

#### De opleiding van artsen-specialisten

Nood aan meer klinische en praktische opleiding. De academisering legt de nadruk op kennis. Idealiter zijn er evenveel stages in universitaire als in niet-universitaire omgeving.

ASO's zijn geen stafleden, maar hebben nood aan en recht op echte begeleiding. Tijdens zijn opleiding moet de ASO zich vertrouwd maken met de nieuwe technieken (AI<sup>59</sup> en robot) en communicatie tussen artsen, met de patiënten en met de beheerder. De opleiding moet eveneens aandacht besteden aan

---

<sup>59</sup> Artificiële intelligentie.

management en economie, met inbegrip van beheer van een artspraktijk, ontwikkeling van attitudes, vaardigheden en kennis met jaarlijkse evaluaties.

#### De relatie met en de rol van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist

De verpleegkundige heeft een onmisbare en onbetwistbare rol voor de zorg en informatie aan de patiënt. Hij of zij speelt een rol in de follow-up en waarneming van de patiënt op medisch, psychologisch en sociaal vlak, alsook bij het administratief bijstaan van de arts in het beheer van het patiëntendossier. De artsen weigeren om aan verpleegkundigen een bevoegdheid tot het stellen van een primaire diagnose en opstarten van een therapie toe te kennen, ook niet aan de verpleegkundig specialist.

De plaats van de arts-specialist in het ziekenhuismanagement en de specifieke opleiding die vereist is om deze rol in het management te verzekeren.

Een kleine meerderheid van de artsen is ervan overtuigd dat de CEO van het ziekenhuis een arts moet zijn. Wel geldt er quasi unanimiteit omtrent de rol van de arts in het ziekenhuismanagement. Maar opmerkelijk genoeg meent slechts iets meer dan de helft dat de artsen daartoe een specifieke opleiding nodig hebben.

De rol van telematica, technologie en robotisering, en de impact van deze revolutie van de artificiële intelligentie op hun specialisme.

Artificiële intelligentie en een toenemende telematica zullen de organisatie van de gezondheidszorg in sterke mate doen evolueren. Telegeneeskunde, teleconsultatie en teleopleiding zijn begrippen die niet meer weg te denken zijn in de organisatie van de gezondheidszorg van morgen. Men mag echter niet blind zijn voor de daaraan verbonden risico's, waaronder o.m. de ontmenselijking van de zorg voor de virtuele patiënt, het verdwijnen van de vertrouwensrelatie arts-patiënt, uberisering van de geneeskunde door teleconsultatie vanuit het buitenland en de daaraan gekoppelde leegloop van het ziekenhuis, risico van standaardisatie en simplificatie, beperking van de therapeutische vrijheid via allerlei controlemechanismen door de overheid en verzekeringsinstellingen, probleem van de verantwoordelijkheid bij 'medische fout'. Een machine heeft (nog) geen rechtspersoonlijkheid.

Robotisering heeft echter ook een prijskaartje

De besluiten van de enquête kunnen als volgt worden samengevat:

1. Ontwikkeling van de specialistische geneeskunde voor de zorg van morgen met hyperspecialisaties.
2. Behoud van een holistische kijk op de patiënt in de uitoefening van de algemene of specialistische geneeskunde. De huisarts kan de patiënt het beste volgen in zijn gezinsleven, werk, vrije tijd en sociaal leven. De competentie van de huisarts eindigt daar waar de competentie van de specialist begint.
3. Eliminatie van de zorglijnen, maar geïntegreerd functioneren in een op competenties gebaseerd systeem.
4. De arts-specialist is een arts (holistische medische kennis) die een specifiek onderdeel van de geneeskunde beoefent met een bepaalde expertise en een bepaald technisch karakter, die hij kiest samen met de patiënt en in functie van deze patiënt.
5. E-geneeskunde verandert de praktijk van de geneeskunde en de communicatie tussen de artsen onderling en tussen de arts en zijn patiënt volledig. Informatie is toegankelijk voor iedereen; patiënten, artsen, beheerders.
6. Robotisering en technologie sturen de praktijk.

7. Algoritmes standaardiseren de geneeskunde en veranderen de kunst van het genezen in geneeskundige praktijk.
8. De dimensie van welbevinden heroriënteert de zorg en helpt bij het maken van therapeutische keuzes.
9. De opleiding moet meer op het klinische aspect gericht zijn. Competenties zijn kennis, attitudes en vaardigheden. De opleiding dreigt te worden ontmenselijkt omdat ze te technisch en te intellectueel is. Er is behoefte aan het ontwikkelen van attitudes en vaardigheden door middel van de klinische praktijk.

## 4.6 Akkoord artsen-ziekenfondsen 2020

Op donderdagochtend 19 december omstreeks 3u00 verscheen er witte rook uit de schoorsteen van de Tervurenlaan 211: er was overeenstemming bereikt over een nieuw akkoord Artsen-Ziekenfondsen voor 2020. In vergelijking met de manier waarop de nationale akkoorden de afgelopen jaren tot stand kwamen, was 2019 een uniek jaar.

Artikel 39 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt dat het verzekeringscomité ten laatste op de eerste maandag van oktober een budgetvoorstel moet overmaken aan het de Algemene Raad van het RIZIV. De Algemene Raad moet dan ten laatste op de derde maandag van oktober dit voorstel goed- of afkeuren en desgevallend ook opdelen in partiële begrotingsdoelstellingen. Indien er geen akkoord is in de Algemene Raad is het aan de Ministerraad om de gezondheidszorgbegroting vast te leggen. In 2019 begon alles op maandag 9 september. Op die dag werd het Verzekeringscomité op de hoogte gesteld van de budgetramingen en van alle contextelementen waarmee het rekening moest houden om een voorstel van gezondheidsbegroting te kunnen opmaken. Dit resulteerde op maandag 7 oktober (de befaamde eerste maandag van oktober) op een vrij historisch gegeven: die dag keurde het Verzekeringscomité namelijk quasi unaniem (er was één onthouding) een voorstel voor het budget 2020 goed dat rekening hield met enerzijds de precaire budgettaire toestand van het Rijk, maar anderzijds ook met de wettelijk verankerde gezondheidsindex en de groeinorm, alsook met een aantal prangende medische noden.

We maken een sprongetje naar de derde maandag van oktober, met name 21 oktober, toen dit voorstel gestemd werd in de Algemene Raad. Verbijstering alom tijdens de vergadering want de voltallige regeringsdelegatie onthield zich bij de stemming, waardoor er de facto geen meerderheid kon gevonden worden voor dit voorstel en waardoor de bal dadelijk in het kamp van minister Maggie DE BLOCK werd gelegd. Als motivatie voor de onthouding werd gemeld dat het budgetvoorstel van het Verzekeringscomité bepaalde uitgaven bevatte waarvan de financiering onduidelijk was.

Op woensdag 13 november werden de syndicaten en de verzekeringsinstellingen ontboden op het kabinet van minister DE BLOCK in de Financietoren, waar het regeringsvoorstel van budget en ook van de partiële begrotingsdoelstellingen werden voorgesteld door de minister, haar kabinetschef Dr. Bert WINNEN, de administrateur-generaal van het RIZIV Jo DECOCK, en de directeur-generaal a.i. van de dienst voor Geneeskundige Verzorging Mickaël DAUBIE. In dit voorstel werd de gezondheidsindex van 1,95 % ter beschikking gesteld, alsook de volledige groeinorm, die wettelijk vastgelegd is op 1,5% . De afgelopen jaren werd er stevast een deel van deze groeinorm ingehouden en ingeschreven als een structurele blokkering. Deze structurele blokkering werd nu door de regering opgeheven.

Extra geld voor nieuwe initiatieven is er niet, waardoor er een tekort is van ongeveer 308 miljoen euro verwacht wordt in vergelijking met de technische ramingen die in september 2019 werden opgesteld over de uitgaven 2020. Dankzij een aantal verfijningen en herberekening van benodigde budgetten kon er nog zo'n 186 miljoen euro gevonden (of gecorrigeerd) worden. Zo werd er onder andere vastgesteld dat bepaalde provisies voor boetes die er dienden betaald te worden voor gerechtelijke procedures die ziekenhuizen hebben aangespannen wegens laattijdige betaling van het Budget voor Financiële

Middelen te hoog waren geraamd en er hierdoor 75 miljoen euro minder ingeschreven moest worden in de begroting 2020. Er was dan nog een tekort van 122 miljoen euro, en aangezien er in 2019 quasi alleen een budgetoverschrijding was binnen de geneesmiddelensector (en een onderschrijding binnen alle andere deelbudgetten), besliste de regering om deze besparing exclusief te zoeken bij de farmaceutische industrie.

Dit betekende geen bijkomende besparingen op de medische honoraria, maar ook geen extra financiële middelen. Enkel de index stond ter beschikking, wat overeenkwam met een bedrag van bijna 182 miljoen euro. Op vrijdag 22 november keurde de regering dit voorstel goed en konden de gesprekken tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de artsensyndicaten starten om voor het einde van het jaar een nieuw nationaal akkoord te sluiten voor 2020-2021.

Er waren in de loop van de daaropvolgende weken een aantal informele contacten tussen de voorzitter van de medicomut, Jo DECOCK, en de verschillende betrokkenen. Op maandag 16 december 2019 besprak de medicomut voor de eerste keer een ontwerpvoorstel, dat opgesteld was door de voorzitter en dat rekening hield met een aantal verzoeken van zowel de artsen als de verzekeringsinstellingen. Het water was nog te diep en er kon geen akkoord bereikt worden, waarop een volgende vergadering werd vastgelegd op 18 december. In de loop van de namiddag werd er nog een aangepast voorstel rondgestuurd en om 19u00 begon iedereen met verse moed aan wat de finale rechte lijn naar wat een akkoord moest worden. Wegens de zeer beperkte budgettaire marge (in feite was er geen marge, maar kon er enkel beslist worden om de index (of een deel hiervan) niet lineair toe te kennen aan alle medische prestaties om op die manier geld vrij te maken voor bepaalde specifieke noden) verliepen de onderhandelingen moeizaam, maar zoals bij het begin van dit hoofdstuk reeds geschreven was om 3 u 's ochtends de kogel door de kerk en was er unanimité zowel op de bank van de artsen als van de verzekeringsinstellingen om een nieuw nationaal akkoord af te sluiten, weliswaar maar voor één jaar in plaats van de klassieke twee jaar.

Wat zijn de krijtlijnen van dit nieuwe akkoord? Vooreerst het volledig toekennen van de gezondheidsindex van 1,95% voor alle zogenaamde 'intellectuele' prestaties: dit zijn de raadplegings- en toezichtshonoraria, alsook bepaalde forfaitaire honoraria en overeenkomsten complexe chirurgie. De 'technische' prestaties daarentegen krijgen maar een index van 1,25%. In het kader van de medische beeldvorming is er voor bepaalde specifieke CT-onderzoeken van de hersenen en van de wervels van art. 17 geen index, evenmin als voor de verstrekkingen van artikel 17 ter en quater, verricht door niet-radiologen.

Ook werden er nog een aantal bijkomende besparingen doorgevoerd voor een totaal bedrag van 22,4 miljoen euro, o.a. met betrekking tot ECG-aanrekening, en vooral door een ingreep op de accreditering van de forfaitaire honoraria klinische biologie per voorschrift (een inlevering van 11,2 miljoen euro). Andere ingrepen betreffen het niet realiseren van de bonus bij het voorschrijven van een hoger percentage biosimilars en cumuleerbeperking in artikel 34 van de nomenclatuur (percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole). Hierdoor komt er een budgettaire massa vrij die kon gebruikt worden voor specifieke initiatieven: een van de belangrijkste hiervan is de automatische verlenging van het Globaal Medisch Dossier voor de huisartsen ingeval er in het afgelopen jaar geen enkel patiëntcontact heeft plaatsgevonden. Over dit dossier was er twee jaar lang onderhandeld en nu is er een akkoord over de modaliteiten en kon er ook 22,4 miljoen euro ingeschreven worden op de begroting. Verder werden er specifieke bedragen vrijgemaakt voor een selectieve verhoging van het raadplegingshonorarium voor de kinderartsen (3,8 miljoen euro), voor de fysisch geneeskundigen (5 miljoen euro), voor proefprojecten telegeneeskunde, dermatologie en MOC huisarts (0,184 en 0,46 miljoen euro), het uitvoeren van euthanasie door de behandelende arts (0,225 miljoen euro) en een honorarium voor vroegtijdige en voorafgaande zorgplanning en bezoek aan de palliatieve patiënt, de pediatrie oftalmologie (0,7 miljoen euro) en de noodzakelijke herwaardering van de toezichtshonoraria daghospitaal bij oncologische patiënten voor hematologen en pediatrie oncologen (3,8 miljoen euro) met daarbij het engagement om dit in 2021 in een tweede fase uit te breiden naar oncologen en artsen die complexe auto-immuunaandoeningen behandelen. Een al jaren

aanslepende en terechte vraag van de anesthesisten voor een pre-anesthesieraadpleging bij electieve ingrepen binnen de klassieke hospitalisatie werd ook erkend en een budget van 6 miljoen euro werd hiervoor vrijgemaakt. De Technisch Geneeskundige Raad had het afgelopen jaar een aantal dossiers afgewerkt waarvoor er nog budgetten dienden gevonden te worden, en ook deze budgetten ten belope van 5,37 miljoen euro werden toegewezen.

Een belangrijk discussiepunt waarover finaal een akkoord kon gevonden worden, was een tegemoetkoming via verhoging van het sociaal statuut voor ASO en HAIO's met 1.250 euro in afwachting van een echte pensioenopbouw tijdens hun jaren van opleiding. Dit geeft een totale uitgave van 10,5 miljoen dat de artsen financieren vanuit hun honoraria ter ondersteuning van hun jonge collega's. Er werd ook nog een project ingeschreven voor de huisartsenwachtposten ter waarde van 3 miljoen euro voor de organisatie van een weekwacht.

Met dit alles kon er een sluitend budget voor 2020 vastgelegd worden.

Nog in verband met de huisartsenwachtposten werd afgesproken dat er in 2020 overleg zal plaatsvinden over een voorstel van financiering van de functionele samenwerkingsakkoorden, waarbij men echter ook nieuwe initiatieven zal financieren in zoverre deze deelnemen aan een functioneel samenwerkingsverband.

Er zal ook werk gemaakt worden van een reorganisatie van het daghospitaal.

Om de kosten voor de patiënt duidelijker te maken dient er een standaardmodel van kostenraming voor een aantal courante ziekenhuisopnames vastgesteld te worden.

In het kader van de elektronische facturatie bij ambulante patiënten moeten de supplementaire honoraria ook aan de ziekenfondsen meegedeeld worden

Om specifieke herwaarderingen per discipline voor wat betreft de raadplegingshonoraria mogelijk te maken zal de Technisch Geneeskundige Raad een voorstel maken om per discipline een eigen nomenclatuurcode toe te kennen.

## 4.7 Accreditering

### Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2019 - 01.02.2020

2020		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2019-2020
		01.02.2020	01.02.2019	01.02.2020	01.02.2019	01.02.2020	01.02.2019	
	Artsen 000 & 009	2465	2558	0	0	0	0	0
	Algemeen geneeskundigen 001-002	1360	1381	1	1	0,07	0,07	0
	Erkende huisartsen 003-004-007-008	15669	15268	11101	10701	70,85	70,09	+0,76
	Huisartsen in opleiding 005-006	2144	1953	0	0	0	0	0
	<b>TOTAAL</b>	<b>21638</b>	<b>21160</b>	<b>11102</b>	<b>10702</b>	<b>51,31</b>	<b>50,58</b>	<b>+0,73</b>
1	Geriatricie	380	348	306	282	80,53	81,03	-0,50
2	Pneumologie	637	618	502	483	78,81	78,16	+0,65
3	Medische oncologie	312	300	244	224	78,21	74,67	+3,54
4	Gastro-enterologie	804	783	613	589	76,24	75,22	+1,02
5	Reumatologie	263	266	199	200	75,67	75,19	+0,48
6	Dermato-venereologie	850	832	629	596	74	71,63	+2,37
7	Neurologie	670	642	495	481	73,88	74,92	-1,04
8	Oftalmologie	1258	1237	920	908	73,13	73,40	-0,27
9	Cardiologie	1283	1246	915	880	71,32	70,63	+0,69
10	Radiologie	1876	1839	1336	1305	71,22	70,96	+0,26
11	Fysische geneesk. en fysiotherapie	583	576	411	407	70,50	70,66	-0,16
12	O.R.L.	765	743	538	521	70,33	70,12	+0,21
13	Radiotherapie	243	237	168	162	69,14	68,35	+0,79
14	Pathologische anatomie	387	378	267	257	68,99	67,99	+1,00
15	Nucleaire geneeskunde	342	336	226	217	66,08	64,58	+1,50
16	Psychiatrie	2136	2118	1409	1396	65,96	65,91	+0,05
17	Acute geneeskunde & urgentiegen.	1070	1022	698	653	65,23	63,89	+1,34
18	Urologie	511	495	331	311	64,77	62,83	+1,94
19	Pediatrie + kinderneurologie	1882	1876	1214	1206	64,51	64,29	+0,22
20	Gynaecologie-verloskunde	1738	1693	1121	1059	64,50	62,55	+1,95
21	Anesthesie-reanimatie	2479	2384	1501	1463	60,55	61,37	-0,82
22	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1749	1732	1050	1010	60,03	58,31	+1,72
23	Orthopedie	1223	1192	718	693	58,71	58,14	+0,57
24	Klinische biologie	616	623	359	361	58,28	57,95	+0,33
25	Apothekers-biologen	678	664	370	361	54,57	54,37	+0,20
26	Neurochirurgie	253	245	121	113	47,83	46,12	+1,71
27	Chirurgie	1678	1641	781	763	46,54	46,50	+0,04
28	Stomatologie	380	367	154	146	40,53	39,78	+0,75
29	Plastische chirurgie	312	306	100	94	32,05	30,72	+1,33
30	Neuropsychiatrie	167	171	30	32	17,96	18,71	-0,75
31	Andere specialismen	56	57	9	7	16,07	12,28	+3,79
	Arts-specialist in opleiding (ASO)	6381	5821	3	3	0,05	0,05	0
	<b>TOTAAL SPECIALISTEN</b>	<b>27581</b>	<b>26967</b>	<b>17735</b>	<b>17180</b>	<b>64,30</b>	<b>63,71</b>	<b>+0,59</b>
	<b>TOTAAL SPECIALISTEN + ASO</b>	<b>33962</b>	<b>32788</b>	<b>17738</b>	<b>17183</b>	<b>52,53</b>	<b>52,41</b>	<b>+0,12</b>
	<b>TOTAAL</b>	<b>55600</b>	<b>53948</b>	<b>28840</b>	<b>27885</b>	<b>51,87</b>	<b>51,69</b>	<b>+0,18</b>

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 22.01.2020 en VBS-jaarverslag 2018 (02.02.2019).

Tabel 2

De vergelijking in bovenstaande tabel van het aantal geaccrediteerde artsen op 01.02.2019 en 01.02.2020 levert weinig nieuwigheden op (cf. tabel 2): het aantal geaccrediteerde erkende huisartsen stijgt met 0,76 % en het aantal geaccrediteerde erkende specialisten met 0,59 %. Alle artsencategorieën samen stijgt de accreditering van 2019 naar 2020 met een schamele 0,18 % en blijft 2,64 % beneden het percentage van 2018 en 2,97 % beneden het gemiddelde percentage van de afgelopen 24 jaar. De voorbije twee jaren scoren het allerlaagst sinds de registratie in 1997 (zie tabel 3).



**Accrediteringspercentages d.d. 1 februari (% geaccred. artsen t.o.v. alle bij het RIZIV geregistr. artsen)**

Jaar	%
1997	55,60
1998	54,60
1999	58,48
2000	55,15
2001	55,67
2002	55,92
2003	54,01
2004	54,19
2005	55,31
2006	54,08
2007	54,94
2008	55,89
2009	55,01

Jaar	%
2010	55,51
2011	55,68
2012	54,07
2013	54,41
2014	55,32
2015	53,24
2016	55,08
2017	55,22
2018	54,51
2019	51,69
2020	51,87
Gemiddelde	54,81

Tabel 3

De toename van het aantal geaccrediteerde artsen loopt helemaal niet gelijk met de stijging van het aantal bij het RIZIV gerepertorieerde artsen, dat van 53.948 naar 55.475 ging, of plus 2,83 %.

Het effect van de dubbele cohorte wordt duidelijk zichtbaar als we de groeicijfers van 2019 naar 2020 van de huisartsen in opleiding (+ 9,78 %) en van de artsen-specialisten in opleiding (+ 9,62%) vergelijken met de overige groeicijfers per specialisme (zie tabel 4). De top 3 van de snelst groeiende erkende specialisten bestaat uit de geriateren (+ 9,2 %), de urgentieartsen (+ 4,7%) en de neurologen (+ 4,36%). Bij de verliezers treffen we de reumatologen en de artsen klinische biologen aan. Nieuwe neuropsychiaters worden al sinds 1995 niet meer erkend, zodat deze groep stilaan verdwijnt.

**Groei specialistenpopulatie 01.02.2020-01.02.2019**

	01.02.2020	01.02.2019	Δ %
Huisartsen in opleiding	2144	1953	9,78
Specialisten in opleiding	5821	6381	9,62
Geriatricie	380	348	9,20
Acute geneeskunde & urgentiegen.	1070	1022	4,70
Neurologie	670	642	4,36
Medische oncologie	312	300	4,00
Anesthesie-reanimatie	2479	2384	3,98
Stomatologie	380	367	3,54
Neurochirurgie	253	245	3,27
Urologie	511	495	3,23
Pneumologie	637	618	3,07
Cardiologie	1283	1246	2,97
O.R.L.	765	743	2,96
Gastro-enterologie	804	783	2,68
Gynaecologie-verloskunde	1738	1693	2,66
Erkende huisartsen	15669	15268	2,63
Orthopedie	1223	1192	2,60
Radiotherapie	243	237	2,53
Pathologische anatomie	387	378	2,38
Chirurgie	1678	1641	2,25
Dermato-venerologie	850	832	2,16
Apothekers-biologen	678	664	2,11
Radiologie	1876	1839	2,01
Plastische chirurgie	312	306	1,96
Nucleaire geneeskunde	342	336	1,79
Oftalmologie	1258	1237	1,70
Fysische geneesk. en fysiotherapie	583	576	1,22
Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1749	1732	0,98
Psychiatrie	2136	2118	0,85
Pediatrie + kinderneurologie	1882	1876	0,32
Klinische biologie	616	623	-1,12
Reumatologie	263	266	-1,13
Neuropsychiatrie	167	171	-2,34

Tabel 3

Sinds 1 januari 2019 is het verplicht om alle aanvragen voor accreditering online in te dienen, wat zou moeten zorgen voor een vlottere afhandeling van de dossiers. Om dit te bewerkstelligen, ontwikkelde het RIZIV in de loop van 2018 nieuwe software voor de evaluatie van deze dossiers. Doordat dit systeem de eerste maanden nog niet naar behoren werkte, was er aanvankelijk een grote achterstand in de te behandelen dossiers, vooral voor wat betreft de accreditering voor Ethiek en Economie. In de loop van 2019 werd deze achterstand echter gaandeweg ingelopen, waardoor er nu geen historische achterstanden meer zijn.

De Accrediteringsstuurgroep is ook kritischer geworden voor wat het aantal toegekende credit points per activiteit betreft.

Steeds meer wordt er gebruik gemaakt van e-learning, waarbij elke arts individueel en op de ogenblikken dat zij of hij dit het meest geschikt acht bepaalde navormingstopics op afstand kan volgen. Om de accrediteringsprocedure hiervan te vereenvoudigen, stelde de Accrediteringsstuurgroep in de loop van 2019 nieuwe criteria opgesteld waaraan de verantwoordelijken voor deze e-learnings dienen te voldoen, alsook voor wat de inhoud van deze e-learnings betreft. Hierdoor kunnen deze organisatoren nu autonoom het aantal credit points bepalen, weliswaar onder toezicht van de Accrediteringsstuurgroep, die a posteriori controleert. De gehele procedure werd recent voltooid en is in werking getreden op 1 januari 2020. Ook dit is weer een verdere stap in de administratieve vereenvoudiging.

Zoals al in het vorige jaarverslag gemeld, is er al een aantal jaren sprake om het systeem van de accreditering te evalueren en eventueel ingrijpende hervormingen door te voeren. In uitvoering van punt 4.5. van het Nationaal Akkoord 2018-2019 besloot de Commissie Artsen-Ziekenfondsen onder leiding van Jo DE COCK in haar vergadering van 18 december 2018 om samen met de Accrediteringsstuurgroep en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie een werkgroep op te richten, die nog voor de zomer van 2019 voorstellen had moeten formuleren met betrekking tot de hervorming van de accreditatie. Op dit moment heeft deze werkgroep om diverse redenen nog geen conclusies voorgelegd aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Om te voorkomen dat dit punt 4.5 van het Nationaal Akkoord 2018-2019 dode letter blijft, is er in het nieuwe Nationaal Akkoord 2020 vastgelegd dat er alvast een begin wordt gemaakt met de herschikking van de bijkomende honoraria accreditering, want er werd vastgesteld dat dit bedrag sterk kan verschillend van discipline tot discipline. Dat was vooral het geval voor de klinische biologie. Daarom is in het Nationaal Akkoord 2020 vastgelegd dat de accrediteringstoelage voor de forfaitaire honoraria klinische biologie beperkt worden tot 0,50 euro in plaats van gemiddeld 1,22 euro.

Verder is er besloten dat een gemengde werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie, de Accrediteringsstuurgroep en de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen tegen 30 september 2020 een concreet implementatieplan zal voorleggen voor een meer evenwichtige verdeling van de accrediteringsmassa, waarbij er ook bijzondere aandacht zal besteed worden aan kwaliteitseisen waaraan het gebruik van het GMD<sup>60</sup> moet voldoen.

Wordt zonder enige twijfel vervolgd...

## 4.8 Medische beeldvorming

Voor de medische beeldvorming was 2019 een vrij rustig jaar binnen de Technisch Geneeskundige Raad. De sectie Medische Beeldvorming van de TGR kwam vorig jaar viermaal samen. De belangrijkste dossiers waren de invoering van een specifieke verstrekking NMR arthrografie, omdat op het terrein is vastgesteld dat er hiervoor een zeer heterogene manier van aanrekenen bestond. Na consultatie van experts werd uiteindelijk beslist om slechts één indicatie te in aanmerking te nemen, namelijk NMR

---

<sup>60</sup> Globaal medisch dossier

arthrografie van de schouder bij instabiele schoudersyndroom. De vergoeding hiervoor omvat alles wat met het onderzoek te maken heeft, dus ook de controle op de intra-articulaire injectie, maar ligt wel hoger dan deze voor het vergelijkbare CT-onderzoek.

Verder werd er ook gekeken naar een aanpassing van de nomenclatuur voor niet-invasieve FFR-meting<sup>61</sup> via CT. Probleem hierbij is dat dit domein nog in volle ontwikkeling is en dat er op heden nog een monopolie is van één firma voor het uitvoeren van de nodige berekeningen. Dit dossier zal in 2020 verder worden opgevolgd.

Er werd ook gesproken over de aanrekening van radiologische acts buiten de fysieke muren van een dienst Medische Beeldvorming, bv. echografie in het operatiekwartier. De stelling van de werkgroep is dat het hier, net zoals voor dezelfde acts binnen de dienst Medische Beeldvorming, gaat om een deels technisch honorarium, waarin dus de kosten voor aankoop/onderhoud/werking van de apparatuur in het honorarium inbegrepen is.

Buiten de Technisch Geneeskundige Raad bleef ook BELMIP<sup>62</sup> actief. Het beeldvormingsplatform werkte het dossier van de CDS (Clinical Decision Support) verder uit. De technische problemen voor één uniform systeem dat breed toepasbaar is, blijken groter te zijn dan eerst ingeschat. Daarom zal er gewerkt worden met enerzijds een softwaretool die overal kan toegepast worden met daaraan gekoppeld, maar wel losstaand, een database die op Europees niveau gevalideerd is en de radiologische toepassingen omvat. Een testfase van dit project zal in 2020 uitgerold worden om de praktische haalbaarheid, zowel intra- als extramuraal, na te gaan.

Zoals ook al in het vorige jaarverslag werd gemeld, was er vlak voor de val van de regering in het najaar van 2018 nog een akkoord over de uitbreiding van het aantal NMR-toestellen met 18 stuks. Op 22 mei 2019 werd er een nieuw Protocolakkoord gesloten tussen de federale overheid en de deelstaten over de verdeling hiervan: er worden 9 extra toestellen toegewezen aan het Vlaams Gewest, 7 aan het Waals Gewest en 2 aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het is nu aan de gewesten om de criteria op te stellen waaraan de individuele centra (of netwerken) moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een dergelijk extra toestel.

## 5 Juridische procedures

### 5.1 Uitspraken – Btw op esthetische ingrepen<sup>63</sup>

Op 28.09.2017 velde het Grondwettelijk Hof een tussenarrest<sup>64</sup> in het kader het verzoek tot nietigverklaring van de artikelen 110, 111 en 112 van de wet van 26 december 2015 houdende maatregelen inzake versterking van jobcreatie en koopkracht<sup>65</sup> gepubliceerd op 30 december 2015 houdende wijziging van artikel 44 van het btw-wetboek. Ingevolge het gewijzigde art. 44 van het btw-wetboek kwam er een einde aan de btw-vrijstelling voor zuiver esthetische ingrepen. In dit tussenarrest besliste het Hof om een aantal prejudiciële vragen te stellen aan het Europese Hof van Justitie.

Bij arrest van 27 juni 2019 in de zaak C-597/17 antwoordde het Hof van Justitie van de Europese Unie op deze vragen dat:

1. de Europese btw-richtlijn de toepassing van de daarin verleende vrijstelling van btw niet voorbehoudt aan de diensten die worden verricht door beoefenaars van een door de wetgeving van de betrokken lidstaat gereguleerd medisch of paramedisch beroep.

---

<sup>61</sup> Fractional Flow Reserve

<sup>62</sup> Belgian Medical Imaging Platform

<sup>63</sup> Zie eveneens het VBS-jaarverslag 2015 'Verandering in statu nascendi' punt 8.3.1. en het VBS-jaarverslag 2017 Dr. Marc Moens 'De onaffe werven' punt 6.1.1.

<sup>64</sup> Arrest nr. 106/2017 van 28.09.2017 (BS 24.01.2018)

<sup>65</sup> BS 30.12.2015

2. de Europese btw-richtlijn zich niet verzet tegen een nationale regeling die een verschil in behandeling maakt tussen geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die worden verstrekt naar aanleiding van een ingreep of behandeling met een therapeutisch karakter enerzijds en geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die worden verstrekt naar aanleiding van een ingreep of behandeling met een louter esthetisch karakter anderzijds doordat laatstbedoelde geneesmiddelen en medische hulpmiddelen worden uitgesloten van het voordeel van het verlaagde tarief van de belasting over de toegevoegde waarde dat geldt voor eerstbedoelde geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.
3. het Grondwettelijk Hof geen nationale bepaling mag toepassen op grond waarvan zij bepaalde gevolgen van een vernietigde handeling in stand kan laten om de werking van nationale bepalingen die zij onverenigbaar met de Europese btw-richtlijn heeft verklaard, tijdelijk te handhaven totdat zij in overeenstemming met deze richtlijn zijn gebracht.

Concreet betekent dit voor de esthetische chirurgen dat geneesmiddelen en medische hulpmiddelen een verschillend btw-tarief kunnen hebben afhankelijk van het feit of ze voor een therapeutisch of esthetisch doel gebruikt worden. Het Hof oordeelt dat het gebruik met een therapeutisch karakter en het gebruik met een esthetisch karakter twee duidelijk gescheiden vormen van concreet gebruik uitmaken, die uit het oogpunt van de gemiddelde consument niet aan dezelfde behoefte beantwoorden. Of goederen of diensten soortgelijk zijn, moet voornamelijk worden beoordeeld uit het oogpunt van de gemiddelde consument volgens de Europese rechtspraak.

Op 17 juli 2019 nam het Grondwettelijk Hof een beschikking om de debatten te heropenen. Het Hof moest in zijn arrest rekening houden met de antwoorden vervat in het arrest van het Europees Hof. Op 5 december volgde het arrest. Het Grondwettelijk Hof vernietigde een aantal bepalingen en bepaalde dat gevolgen van de bestreden bepalingen tot 1 oktober behouden bleven. Dit heeft voor heel wat onduidelijkheid gezorgd bij artsen, ziekenhuizen en tandartsen.

In de Kamer stelde Steven MATHEÏ (CD&V) op 19 december 2019 aan minister Alexander DE CROO een mondelinge vraag over de concrete gevolgen van het arrest voor de betrokken actoren en de manier waarop en het tijdstip dat deze actoren ingelicht zullen worden. Minister DE CROO beloofde een communicatie over de praktische gevolgen tegen begin januari 2020, alsook zo snel mogelijk een wetgevend initiatief om de periode van onduidelijkheden te beëindigen. Op het ogenblik van de redactie van dit jaarverslag is het nog steeds wachten op deze communicatie.

## 5.2 Afstand van geding - Besluit van de Vlaamse Regering van 29.03.2019 tot wijziging van de regelgeving betreffende de erkenning van gezondheidszorgberoepen<sup>66</sup>

Het VBS diende in 2017 een verzoekschrift tot nietigverklaring in tegen het besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen.<sup>67</sup>

Het VBS werd nauw betrokken bij de besprekingen van het voorstel tot wijziging van het besluit van 24 februari 2017. Dit voorstel kwam in belangrijke mate tegemoet aan de bezwaren geformuleerd tegen de artikelen 3, 22 en 18 van het besluit. In art. 3 wordt uitdrukkelijk vermeld dat op de bank van het beroep en op de bank van de universiteit een gelijk aantal leden moeten worden benoemd. In het kader van art. 22 wordt uitdrukkelijk voorzien dat van de kandidaat-specialisten die hun stage aangevat hebben onder de oude federale wetgeving geen ander attest kan gevraagd worden dan dat dat aantoonst dat zij gelijktijdig met de eerste twee jaren van de opleiding met vrucht een specifieke universitaire opleiding hebben gevolgd. In art. 18 van het besluit van 24.02.2017 worden de woorden

---

<sup>66</sup> BS 08.05.2019

<sup>67</sup> Zie uitgebreid relaas in het jaarverslag 2017 *De onaffe werven* van Dr. M. MOENS punt 6.2.2. Erkenningsprocedure voor ASO's en HAIO's in de Vlaamse Gemeenschap.

“en de erkenningscriteria” geschrapt. De erkende arts dient dus enkel te blijven voldoen aan de voorwaarden voor het behoud van zijn erkenning. De huidige erkenningscriteria van veel specialismen zijn verouderd. De Hoge Raad van Artsen-specialisten en Huisartsen heeft de voorbije jaren reeds een advies uitgebracht voor de actualisering van de erkenningscriteria van 26 specialismen. Wanneer de reeds erkende artsen-specialisten niet voldeden aan de nieuwe criteria van hun specialisme dreigden zij hun erkenning te verliezen.

Naar aanleiding van dit overleg had het VBS zich ertoe verbonden om afstand te doen van geding indien de voorgestelde wijzigingen werden gepubliceerd. Het besluit van de Vlaamse Regering van 29 maart 2019 tot wijziging van de regelgeving van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van gezondheidszorgberoepen werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 8 mei 2019.

Dientengevolge heeft het bestuurscomité van het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten in de vergadering van 16 mei 2019 beslist om afstand van geding te doen in het dossier waarin via verzoekschrift van 1 juni 2017 de nietigverklaring werd gevraagd van artikel 3, §1, artikel 4, artikel 14, §1, lid 3, 4°, artikel 18 en artikel 22 van het Besluit van 24 februari 2017 van de Vlaamse Regering betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 6 april 2017 en dat hangende is bij de Raad van State onder het rolnummer G/A 222.331/VII-40.005.

### 5.3 Vorderingen ingeleid door het VBS of door zijn beroepsverenigingen – Laagvariabele zorg

Op 15 januari 2019 leidden de beroepsverenigingen van anesthesisten, intensivisten, cardiologen, vaatchirurgen en chirurgen bij de Raad van State een verzoekschrift in tot nietigverklaring van het KB van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg.<sup>68</sup>

Het verzoekschrift tot nietigverklaring is eveneens gericht op:

- 1) de omzendbrief van 17 december 2018 van het RIZIV aan de ziekenhuizen ter verduidelijking van art. 7 van de wet op de laagvariabele zorg. Deze omzendbrief stelt dat de verdeling meegedeeld door het RIZIV moet gerespecteerd worden en dat geen herallocatiemechanismen werden ingevoerd;
- 2) de bekendmaking van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019;
- 3) de eerste en tweede gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, op een onbekende datum door het RIZIV meegedeeld aan de ziekenhuizen en gepubliceerd op de website van het RIZIV respectievelijk begin januari 2019 en eind januari/begin februari 2019;
- 4) de mededeling door het RIZIV gedaan op 14 februari 2019 over de wijze waarop tot verdeling van het globaal prospectief bedrag per opname kan worden overgegaan.

Door de mededelingen onder de punten 3 en 4 kregen de ziekenhuizen drie verdeelsystemen in anderhalve maand meegedeeld.

In het verlengde van het door een aantal kinderartsenverenigingen<sup>69</sup> bij het Grondwettelijk Hof ingediende verzoekschrift tot nietigverklaring van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg werd door deze verenigingen tevens een vordering ingeleid tegen hogervermelde KB. Naast de algemene middelen die ook door hogervermelde

---

<sup>68</sup> BS 18.12.2018

<sup>69</sup> Lees het VBS-jaarverslag 2018 ‘De onvoltooide symfonie van Maggie’ punt 7.2.1.

beroepsverenigingen konden worden ingeroepen, konden ook enkele meer specifieke middelen worden ingeroepen door de kinderartsen.

In 2020 gaat de saga van de laagvariabele zorg gewoon verder. De bekendmaking van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2020 werd pas op 16 januari 2020 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad, in plaats van vóór de wettelijk vastgelegde datum, namelijk 1 december 2019.

Art. 7 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt immers dat het globaal prospectief bedrag per opname berekend voor het jaar T van toepassing is voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 december van het jaar T-1 en vóór 1 januari van het jaar T+1 en vóór 1 december van het jaar T-1 wordt bekendgemaakt via een bericht in het Belgisch Staatsblad en door het Instituut meegedeeld aan de ziekenhuizen. De beroepsverenigingen overwogen momenteel om opnieuw een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen bij de Raad van State. Hierover meer in het jaarverslag 2020.

## 6 Besluit

We zijn het noorden kwijt!

2019 zal de geschiedenis ingaan als het jaar van de Belgische politieke crisis, het jaar van de mobilisatie van jongeren tegen het klimaat, het jaar van de grote klimaatveranderingen en... voor de artsen het jaar van de hervormingen van minister DE BLOCK. Als eindejaarsgeschenk publiceerde het RIZIV op 31.12.2018 in het Belgisch Staatsblad de bedragen van de APR-DRG voor laagvariabele zorg. In januari 2019 heerste er paniek in de ziekenhuizen. Facturatiediensten, ziekenfondsen, artsen... noch het RIZIV wisten hoe het nieuwe financieringsmodel moest toegepast worden. RIZIV-toelichtingen, interpretaties van de cijfers en regels volgden elkaar op. De honoraria zijn het noorden kwijt.

De toon is gezet. Op 28 februari 2019 werd de wet over de ziekenhuisnetwerken goedgekeurd in de Kamer. Vlaanderen heeft zijn 13 ziekenhuisnetwerken en 60 eerstelijnszones uitgetekend en het stippelt regionale zorgstrategieën uit. Wallonië aarzelt. Voor de verkiezingen van 26 mei 2019 heeft het ontwerp van decreet van MR-minister Valérie DE BUE, die de samenwerking tussen private en publieke ziekenhuizen mogelijk moet maken, de finish niet gehaald. De decreten worden onder minister Pierre-Yves DERMAGNE (PS) op 28 november 2019 gestemd en bieden de mogelijkheid tot samenwerking tussen de private en publieke sector onder de vorm van een vzw. Om de patiënt in staat te stellen ethische keuze te maken blijft de mogelijkheid tot een volledig openbaar ziekenhuisnetwerk behouden. Vlaanderen en Wallonië werken naast elkaar. Efficiëntie wordt gezocht in het Noorden, ethische keuzes in het Zuiden. Wat is het juiste netwerkbeleid? Er is geen kompas meer. We zijn het noorden kwijt.

In Brussel is een eerste gewestoverschrijdend netwerk gecreëerd met een ziekenhuis in Waals-Brabant. Op wetgevend vlak belooft minister Alain MARON (Ecolo) zeer snel ordonnanties ter stemming voor te leggen om netwerken met 'privé' en 'openbaar' mogelijk te maken. In Brussel draait de naald van het kompas van de netwerken om en om... Ze is het noorden kwijt.

In oktober verscheen de ronduit alarmerende MAHA-studie van Belfius. Tegen 2024 zal er 10 miljard moeten worden bezuinigd, vooral in de sociale zekerheid (pensioenen) en de zorgsector. De poolkappen smelten door de klimaatopwarming, maar bij ons wordt het kouder en kouder...

Bij de mensen sluipt de onverschilligheid erin. Gelatenheid vreet aan het moreel van de ondernemers. De economische groei stagneert. Duitsland spreekt zelfs over een economische recessie. Donald TRUMP start handelsoorlogen en de Brexit bedreigt onze economie. En nog steeds geen regering. De Belgische

begroting is er een van voorlopige twaalfden, correctiemaatregelen blijven achterwege. De opeenvolgende koninklijke informateurs weten niet meer welke richting ze uit moeten. Ze zijn het noorden kwijt.

De onvoltooide symfonie van minister DE BLOCK krijgt langzamerhand vaste vorm. De kwaliteitswet is goedgekeurd in het Parlement. Maar er zijn nog tal van uitvoeringsbesluiten nodig en we zitten met een regering in lopende zaken.

Het RIZIV gaf in 2019 het startschot voor de hervorming van de nomenclatuur. Een initiatief dat kritisch wordt onthaald, want deze oefening werd in onze buurlanden 15 jaar geleden al gemaakt. België denkt het wiel opnieuw uit te vinden, maar de band is tot op de draad versleten, stellen sommigen.

En nog steeds geen regering!

Wanhoop slaat toe. We zijn bang voor nieuwe verkiezingen. We zijn bang voor de splitsing van België, dus knutselen we elke dag wat verder. Ministers WEYTS en GLATIGNY verwijzen de numerus clausus bij het begin van de geneeskundestudie naar de prullenmand. Er is een tekort aan huisartsen. Maar hebben we over de jaren heen de quota van de huisartsen gerespecteerd, of hebben we te veel assistenten, goedkope arbeidskrachten, opgeleid voor overbevolkte disciplines zoals gynaecologie en neurochirurgie? De Franstalige assistenten vragen om een dynamisch kadaster om de tekorten op te vullen. Wat heeft een kadaster voor zin als de aanbevelingen van de numerus clausus systematisch in de wind worden geslagen? En wat met de subquota? Er is een tekort aan huisartsen, dus leiden we wat meer specialisten op? Manipulatie en gebrek aan beslissingsverantwoordelijkheid heersen op alle niveaus. We spelen met RIZIV-nummers, met de toekomst van jongeren en met de centen van hun ouders. Maar wie weet waar het noorden is? Wie zal ons gidsen? Hebben we nog gezond verstand, die goede oude 'common sense'?

En nog steeds geen regering!

De farmaceutische industrie ontspoord. Investerings in nichemarkten voor weesmoleculen zijn interessanter dan geneesmiddelen voor het 'grote publiek'. Farmaceutische bedrijven organiseren loterijen om een 'Pia bis'<sup>70</sup> te vermijden, of financieren mediacampagnes, zoals voor de kleine Viktor<sup>71</sup>. Er wordt luidkeels gevraagd om de transparantie van art. 81<sup>72</sup> of de afschaffing ervan. Besparingen worden gerealiseerd op moleculen van 12 en 15 jaar oud. Deze moleculen worden verhandeld tegen prijzen onder, of dicht bij hun productiekostprijs. Internationale bedrijven ontslaan hun Belgisch personeel en halen de moleculen van de markt. Er ontbreken 400 of meer geneesmiddelen op de Belgische markt.

En nog steeds geen regering!

Het plaatje oogt somber. Financiële problemen, reorganisatie van de ziekenhuizen, herziening van de nomenclatuur. Portfolio, competenties, accreditatie en P4Q. Te weinig huisartsen. Te weinig verpleegkundigen om voor de patiënten te zorgen. Te weinig geld voor geneesmiddelen en een te grote bijdrage van de patiënt, de beruchte 'out-of-pocket'.

En nog steeds geen regering!

---

<sup>70</sup> De ouders van baby Pia organiseerden in 2019 een grootscheepse sms-actie om de behandeling van de spierziekte SMA bij hun dochtertje te bekostigen. Een inspuiting met Zolgensma® kost 1,9 miljoen euro.

<sup>71</sup> Het bedrijf Alexion hoopte in 2013 toenmalig minister ONKELINX (PS) aan te zetten tot terugbetaling van de behandeling met Soliris (234.000 euro per jaar) door het schrijnende verhaal van een Vlaams patiëntje breed in de pers te brengen.

<sup>72</sup> Artikel 81 is een wettelijke maatregel waardoor patiënten gemakkelijker toegang kunnen krijgen tot innovatieve geneesmiddelen.

De dynamiek van de beroepsverenigingen, hun initiatieven en de wil om de zorg te verbeteren is een hele verademing in dit enigszins sombere beeld. Veeleer dan vast te houden aan wat ooit was, willen de beroepsverenigingen deze veranderingen mee in de goede richting helpen sturen en hoop geven aan het beroep. Disruptieve geneeskunde. Verandering is het verzaken aan macht, maar het is vooral creativiteit op zoek naar het beste. De rol van het VBS ligt in het creëren van hoop, het creëren van toegevoegde waarde. In 2019 hebben we een memorandum geschreven dat open stond voor kritiek en dat kritiek heeft gekregen. We hebben onze visie op de specialistische geneeskunde van morgen opnieuw gedefinieerd. We waren betrokken bij symposia van specialismen, bij de opleiding van stagemeeesters maar ook bij de werkzaamheden voor een nieuwe nomenclatuur, bij activiteiten van het kabinet, de Hoge Raad en andere commissies. De beroepsverenigingen betrekken de ASO's bij hun werking. We denken aan morgen. We helpen en creëren een nieuwe dynamiek. We hebben hen weer het noorden gewezen.

En nog steeds geen regering!

Artsen zijn verantwoordelijk en nemen hun verantwoordelijkheid. Het VBS bekommert zich om de uitoefening van de specialistische geneeskunde, om de arts-specialist en vooral om de patiënt.

Als de wereld het noorden is kwijtgeraakt, is het VBS het kompas van de artsen-specialisten.

Dr. Jean-Luc DEMEERE

Hebben intensief deelgenomen aan de redactie van dit jaarverslag, in alfabetische volgorde:

Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Aurélie François, Marc Hermans, Michel Lievens, Marc Moens, Jan Stroobants en Fanny Vandamme