

Jaarverslag VBS 2022 - Brussel 04.02.2023



VBS-GBS

Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen
van Artsen Specialisten

Verbond der Belgische Beroepsverenigingen
van Artsen-Specialisten - VBS

Jaarverslag

Brussel
04.02.2023

Voorwoord – Post Covid Review

Het VBS is blij u zijn jaarverslag over het jaar 2022 voor te stellen.

Met dit jaarverslag kunnen wij ons profileren als de grootste representatieve organisatie van artsen-specialisten in België.

In dit verslag geven we een overzicht van onze verwezenlijkingen van het voorbije jaar. We hebben echter ook thematische reviews en analyses opgenomen die relevant zijn voor artsen-specialisten, zoals de hervorming van de nomenclatuur en de financiering van de ziekenhuizen. Tot slot lichten wij ons standpunt toe over het portfolio, het elektronisch patiëntendossier en het wetsvoorstel m.b.t. endometriose.

Wij hopen dat de informatie en bijdragen in dit jaarverslag u helpen om een beter zicht te krijgen op hoe de gezondheidszorg werkt en wat er op het spel staat voor de specialistische geneeskunde.

Veel leesplezier,

Dr. Donald Claeys
Secretaris-generaal

Dr. Jean-Luc Demeere
Voorzitter

Inhoudstafel

Voorwoord – Post Covid Review.....	3
1 Activiteiten van de beroepsverenigingen	10
1.1 Algemene vergadering • Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in KLINISCHE BIOLOGIE • 16.05.2022.....	10
1.2 Spring Meeting 18.02.2022 & Autumn Meeting 23-24.02.2022 • Belgian Association for Radiation Oncology (BARO) & Belgian Society for Radiotherapy & Oncology (BeSTRO).....	10
1.3 Symposium ‘politieke gezondheidsactualiteit’ • Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de STOMATOLOGIE, MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE.....	11
1.4 Webinar ‘Nieuwe wetgeving hoortoestellen’ van de Belgische beroepsvereniging voor ORL EN HOOFD- EN HALSCHIRURGIE – 22.03.2022 & 24.03.2022.....	11
1.5 Activiteitenverslag van de BELGISCHE REUMATOLOGEN VERENIGING	12
1.6 Dossiers van de BELGIAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (BeCEP)	12
1.7 Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de KINDERNEUROLOGIE	13
1.8 Jaarverslag Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in INTENSIEVE ZORGEN	13
1.9 Belgische beroepsvereniging van KINDERARTSEN	14
1.10 Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE.....	15
1.11 Belgische beroepsvereniging voor MAAG-DARMARTSEN.....	16
2 Webinars van het VBS.....	17
2.1 De Kwaliteitswet – 24.01.2022	17
2.2 Hervorming van de ziekenhuisfinanciering – 05.02.2022	17
2.3 Teach the Teacher – symposium voor stagemeesters – 11.10.2022	21
2.4 Radioprotectie – 27.10.2022	28
3 Federaal.....	29
3.1 Conventieering en deconventieering	29
3.2 Accreditering	36
3.3 Collectieve overeenkomst over de loon- en arbeidsvoorwaarden van de kandidaat-specialisten	37
4 Vlaamse Gemeenschap.....	39
4.1 Voorzitterscollege.....	39
5 Franse Gemeenschap	43
5.1 Activiteiten van de Adviescommissie voor de planning van het medisch aanbod.....	43
6 Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen.....	44
6.1 Elektronisch patiëntendossier	44

	Wijziging uitoefening gezondheidszorgberoepen:.....	45
6.2	de verpleegkundige	45
7	Themadossiers	48
7.1	Endometriose	48
7.2	Centralisatie van hoofd-halsoncologie.....	51
7.3	Portfolio van de arts-specialist.....	53
8	Hervorming en financiering van de ziekenhuizen	55
8.1	Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering	55
8.1.1	Beleidsnota minister Vandenbroucke – 28.01.2022	55
8.1.2	Investeren in onze zorg – persconferentie Vandenbroucke 01.06.2022	57
8.1.3	New Deal voor de Huisarts(praktijk) – 17.06.2022	59
8.2	MAHA-analyse 2022	65
8.3	Co-governance: Het ziekenhuis 2024-2030: toekomstgerichte noodzakelijke werk- klimaatmaatregelen voor een kosteneffectieve gezondheidszorg	70
9	Nomenclatuur	78
9.1	Hervorming van de nomenclatuur	78
9.1.1	Methodologie: Nomen 2.0.....	78
9.1.2	Chronologisch overzicht van de structurele hervorming van de nomenclatuur	84
9.2	Huidige nomenclatuur	91
9.2.1	Artikel 14n en multidisciplinaire Spine consultatie	91
10	Akkoord artsen-ziekenfondsen	98

Identificatiefiche van het VBS

Visie¹

- a. de individuele en collectieve beroepsverdediging van verenigingen lid van het Verbond en hun individuele leden zowel op moreel als op professioneel vlak behartigen, vertegenwoordigen en verdedigen;
- b. de coördinatie en harmonisatie tussen de verschillende aangesloten leden en hun individuele leden bevorderen net als tussen deze en de andere artsen of verschillende geneeskundige gemeenschappen;
- c. de beroepsverenigingen lid van het Verbond en hun leden vertegenwoordigen bij alle gebeurlijke onderhandelingen in verband met hun morele en professionele belangen;
- d. op een actieve manier deelnemen aan de opleiding zowel op professioneel als op wetenschappelijk vlak, niet alleen voor het verwerven van hun beroepstitel, maar ook in het kader van de voortgezette opleiding; informatie verstrekken aan de patiënten, de artsen, de politieke overheden en de media;
- e. steun verlenen aan de beroepsverenigingen door administratieve bijstand, juridisch advies, advies inzake management of gezondheidseconomie en advies inzake het algemeen beleid van de organisatie van de gezondheidszorg;
- f. bijstand verlenen aan de leden door juridische, economische, medische of financiële expertise;
- g. in samenwerking met andere artsenorganisaties, de wetenschappelijke verenigingen, de universiteiten en de overheden de geneeskundige praktijk bevorderen;
- h. de belangen van de artsen op Europees vlak verdedigen en een kwalitatief hoogstaande opleiding en voortgezette opleiding in de Europese Unie nastreven;
- i. behartiging van alle aangelegenheden die de leden aanbelangen, gebeurlijk met inbegrip van het oprichten en besturen ook buiten het Verbond van om het even welke instelling voor onderlinge hulp en beroepssamenwerking.

32 aangesloten beroepsverenigingen...

Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in **ANESTHESIE EN REANIMATIE**

Beroepsvereniging der Belgische specialisten voor **HARTZIEKTEN**

Beroepsvereniging der Belgische **CHIRURGEN**

Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de **ENDOCRINO-DIABETOLOGIE**

Belgische vereniging van geneesheren-specialisten in **FYSISCHE GENEESKUNDE EN READAPTATIE**

Belgische beroepsvereniging voor **MAAG-DARMARTSEN**

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de **GERIATRIE**

Beroepsvereniging van de Belgische **VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN**

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in **INTENSIEVE ZORGEN**

Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in **INWENDIGE GENEESKUNDE**

¹ Bron: art. 3 statuten, gepubliceerd in de bijlagen bij het Belgisch Staatsblad op 15.12.2014 (KBO 407.228.566)

Belgische Beroepsvereniging van **KINDERARTSEN**
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de **KINDERNEUROLOGIE**
Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in **KLINISCHE BIOLOGIE**
Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in **KLINISCHE GENETICA**
Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de **KLINISCHE INFECTIOLOGIE**
Belgische Vereniging voor **NEUROCHIRURGIE**
Beroepsvereniging voor Belgische **LONGARTSEN**
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de **NEUROLOGIE**
Belgische beroepsvereniging voor **ORL EN HOOFD- EN HALSCHIRURGIE**
Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de **NUCLEAIRE GENEESKUNDE**
Belgische beroepsvereniging van **OOGHEELKUNDIGEN**
Belgische geneeskundige **ORTHOPEDISCHE** Beroepsunie
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in **PATHOLOGISCHE ANATOMIE**
Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in **PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE**
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de **PSYCHIATRIE**
Belgische Vereniging voor **RADIOLOGIE**
Belgian Association for **RADIATION ONCOLOGY** (BARO)
Belgische **REUMATOLOGEN** Vereniging
Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in Functionele en Professionele **REVALIDATIE** van Gehandicapten
Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de **STOMATOLOGIE, MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE**
Belgian College of **EMERGENCY** Physicians
Belgische beroepsvereniging van **UROLOGEN**

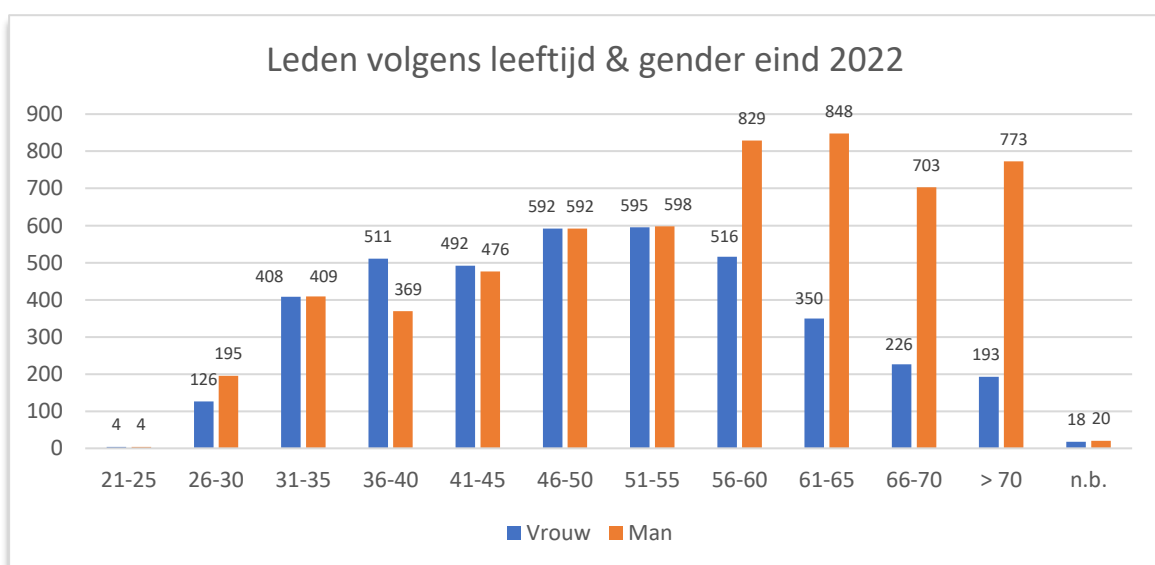
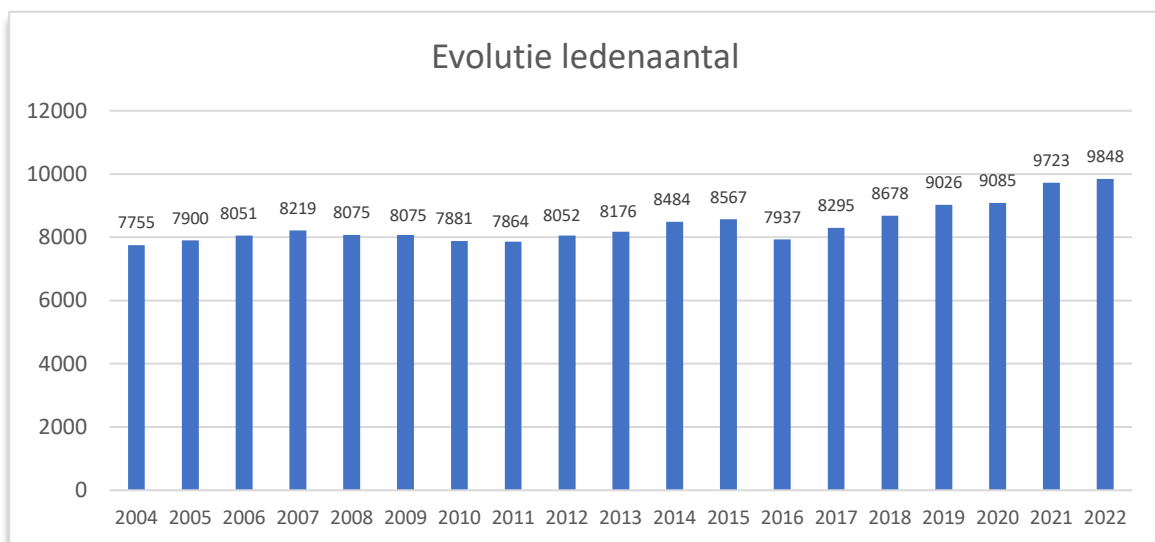
...met samen **294** bestuursleden

Vertegenwoordigd in zo goed als alle erkenningscommissies van artsen-specialisten, op Europees niveau bij de UEMS en haar diverse secties en boards, in de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen, in verscheidene medische raden van ziekenhuizen, en daarnaast in...

Adviescommissie Prionziekten, Adviescommissie WVG, Akkoordraad diabetesconventie en tertiaire voetklinieken, AVIQ, Begeleidingscomité Complexe Pathologie/Mobile Healthcare, Beheerscomité eHealth-platform, Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC), BELMIP, Beroepscommissie Accrediteringsstuurgroep, B-Laryphon (ORL), College Intensieve Zorg, College voor Genetica en Zeldzame Ziekten, College Weesgeneesmiddelen, Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen, Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen, Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC), Erkenningscommissie audiologen en audiciens, European Academy of Paediatrics (EAP), European Board of Oro-Maxillo-Facial Surgery, Europees Referentie Netwerk (ERN) ReCONNET, Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, Federale Raad Geestelijke Gezondheidszorgberoepen, Federale Raad voor de Verpleegkunde (FRV), GEMS/Strategic Scientific Committee, HRC college, Instituut voor Farmaco-Epidemiologie (IFEB), Medisch-farmaceutisch overleg, Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP), Netwerk voor

surveillance van Infectieziekten, Overlegcomité gebruikers eHealth-platform, Paritair Comité Psychiatrie, Protocolen Risk Assessment Group (RAG) en Severe Acute Respiratory Infections (SARI), Raadgevend Comité Bio-ethiek, Royal Belgian Society for Plastic Surgery, RvB Belgian Association of Urology (BAU), RvB Belgian Society of Neurosurgery (BSN), RvB Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie (KBVR), RvB Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde, RvB Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg, Stuurgroep Telekinesithérapie, Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen (TCPB), Technische Raad voor Radio-Isotopen (TRRI), Transversale Werkgroep Psychiatrie, TTR-1701 commissie - TTR Kankerplan THK, Vlaams Netwerk Zeldzame Ziekten (Bindweefsel-musculoskeletaal), Vlaamse Vereniging Kinderartsen (VVK), VVOG, Werkgroep Algologie, Werkgroep Artificial Intelligence (AI), Werkgroep Big Data, Werkgroep Dagziekenhuis, Werkgroep Elektronisch Patiëntendossier, Werkgroep Nomenclatuur, Werkgroep Obesitas RIZIV, Werkgroep Tele-expertise enz.

...en **9.848** individuele leden



Bestuursorgaan VBS 'Centraal': who's who?

Uitvoerend bestuur ↓



J.-L. DEMEERE
Voorzitter VBS



D. CLAEYS
Secretaris-generaal VBS



C. POLITIS
Penningmeester VBS



J. STROOBANTS
Ndl. ondervoorzitter VBS
Voorzitter AVS²



M. MICHEL
Fr. ondervoorzitter VBS
Voorzitter AMSFr²



L. DEDRYE
Ndl. adj.-ondervoorzitter VBS
Ondervoorzitter AVS



K. ENTEZARI
Fr. adj.-ondervoorz. VBS
Ondervoorzitter AMSFr



B. D'HAEN
Ndl. adj.-secretaris VBS
Secretaris AVS



J. RONDIA
Fr. adj.-secretaris VBS
Secretaris AMSFr



K. VALGAEREN
Ndl. raadgever VBS
Raadgever AVS



R. LEACH
Fr. raadgever VBS
Raadgever AMSFr

+ vertegenwoordigers beroepsverenigingen (Ndl. en Fr. lid) ↓

E. SLOCK en G. BEJJANI (anesthesie), K. COKELAERE en V. RADERMACHER (pathologische anatomie), A. DEROM en A. KORNEICH (klinische biologie), M. VROLIX en D. DOLATABADI (cardiologie), L. DEDRYE en P. MALVAUX (chirurgie), M. MERTENS en N. CUYLITS (plastische chirurgie), K. VALGAEREN en C. DE GALOCSY (gastro-enterologie), K. KEYMOLEN en I. MAYSTADT (klinische genetica), J.-P. BAEYENS en N. BERG (geriatrie), G. VERHULST en P. EMONTS (gynaecologie), J. PEN en C. LELUBRE (inwendige geneeskunde), S. VAN HECKE en D. FRANCOIS (nucleaire geneeskunde), J. DE NEVE en G. BRANDS (fysische geneeskunde), J. STROOBANTS en R. LEACH (urgentiegeneskunde), B. D'HAEN en D. MORELLI (neurochirurgie), E. VAN BUGGENHOUT en D. BOUCQUEY (neurologie), M. CLAEYS en M. ANDRIANTAFIKA (oogheelkunde), O. VERBORGT en J. RONDIA (orthopedie), F. INDESTEEGE en P. LEVIE (NKO), T. JONCKHEER en M. MICHEL (kindergeneeskunde), J. LAMONT en V. NINANE (pneumologie), M. HERMANS en V. RYCKMANS (psychiatrie), M. VANFLETEREN en J.-P. JORIS (radiologie), D. VAN GESTEL en O. DE HERTOOGH (radiotherapie), Y. PIETTE en S. DI ROMANA (reumatologie), O. LENSSEN en A. PEIFFER (stomatologie), F. AMEYE en K. ENTEZARI (urologie), P. LINDEN en B. MILLET (revalidatie van personen met handicap), L. DE WAELE en N. DECONINCK (kinderneurologie), J. VERBEKE en D. NEUBERG (intensieve zorg), S. ROBBRECHT en L. DERDELINCKX (endocrinologie).

² AVS: Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten; VBS-vleugel die zich bezighoudt met Vlaamse aangelegenheden. De AMSFr (Association des Médecins Spécialistes francophones) doet dit voor de dossiers van de Franse Gemeenschap.

1 Activiteiten van de beroepsverenigingen

1.1 Algemene vergadering • Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in KLINISCHE BIOLOGIE • 16.05.2022

De algemene vergadering opende met een verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE. Het jaar 2021 stond opnieuw in het teken van de COVID-19 pandemie en het belangrijke werk van de laboratoria op het gebied van PCR-tests en sequencing in het kader van het platform voor genoomanalyse van SARS-CoV-2. Aansluitend gaf de voorzitter van de vereniging, Dr. Alin DEROM, een zeer accurate toelichting over de budgettaire ontwikkelingen op het gebied van de klinische biologie. Hij wees erop dat de biologie in reële euro's vandaag minder wordt vergoed dan in 1995. Rekening houdend met de inflatie is de vergoeding 35% in waarde gedaald. Desondanks blijft de druk toenemen, met nu het voorstel van de regering om de totale uitgaven voor biologie met 15% te verlagen, wat neerkomt op 204 miljoen euro, waarvan 49 miljoen euro ten laste van de privé-laboratoria. Dit voorstel zal ongetwijfeld tot heel wat commentaren en mogelijk beroepsprocedures leiden. De uitgaven voor COVID-19 PCR-tests, die buiten de nomenclatuur vallen, waren in 2021 goed voor 705 miljoen euro.

Een team van de consultants van de firma Möbius presenteerde de belangrijkste fases van de hervorming van de nomenclatuur in de klinische biologie, wat veel vragen en reacties van de aanwezigen oproep, terwijl Prof. Pieter VERMEERSCH de toepassing van de IVDR-richtlijn³ in de laboratoria uiteenzette. Deze legt nieuwe eisen op die, indien ze tijdens de COVID-pandemie waren toegepast, negatieve gevolgen hadden kunnen hebben voor de ontwikkeling en de beschikbaarheid van de PCR-diagnostiek. Tot slot deelde Dr. Erwin HO zijn ervaring met het opzetten van een HOST-project (Hospital Outbreak Support Team) op meerdere locaties, waaruit de betrokkenheid en dynamiek van de artsen-biologen bij het terugdringen van ziekenhuisinfecties blijkt, ten bate van de patiënten.

1.2 Spring Meeting 18.02.2022 & Autumn Meeting 23-24.02.2022 • Belgian Association for Radiation Oncology (BARO) & Belgian Society for Radiotherapy & Oncology (BeSTRO)

1. Spring meeting 2022

De jaarlijkse Spring Meeting van BeSTRO vond plaats op 18 februari 2022. Wegens COVID-19 verliep deze volledig online. 115 mensen woonden de vergadering bij. Twee artsen-specialisten in opleiding (Flor Verghote en Lisa Grandjean) presenteerden hun werk. De jury kende de doctoraatsprijs van 500 euro toe aan Lisa Grandjean. Daarna gaf Dr. Philippe Coucke (CHU Liège) de Emmanuel van der Schueren-lezing over het onderwerp 'Artificial Intelligence'. Hij ontving de Emmanuel van der Schueren-medaille en werd erelid van BeSTRO. De Spring Meeting werd gevolgd door de gezamenlijke algemene vergadering van BeSTRO/BARO.

2. Autumn meeting 2022

Op 23 en 24 september 2022 vond de jaarlijkse Autumn Meeting plaats met als onderwerp hypofractionering. Bijna 100 mensen bezochten de live bijeenkomst in Sheraton Zaventem op vrijdag en 110 op zaterdag. De meeting begon vrijdag met de juniorpresentaties, gevolgd door een lezing over de radiobiologische principes van hypofractionering. Na de koffiepauze werden de bezorgdheden van de medisch fysicus toegelicht. Tijdens de updatelezingen werden korte presentaties gehouden over de

³ Europese Verordening (EU) 2017/746 inzake in vitro medische hulpmiddelen, in werking getreden op 26.05.2022.

huidige situatie van de protontherapie in België, maar ook over de nieuwe nomenclatuur en over de opleidingscommissie. De vrijdag werd afgesloten met een update over B-ROG. Het zaterdagprogramma bestond uit pathologiespecifieke presentaties over hypofractionering bij blaaskanker, prostaatkanker, borstkanker en rectumkanker.

1.3 Symposium 'politieke gezondheidsactualiteit' • Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de STOMATOLOGIE, MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE

Op dit symposium kwamen drie thema's aan bod:

- De hervorming van de nomenclatuur onder leiding van het onderzoeksteam Pirson-Leclercq werd besproken, waarbij zowel de intradisciplinaire als de interdisciplinaire weging aan bod kwamen. Bij de intradisciplinaire weging, op basis van duur, complexiteit en risico, blijkt vooral de verwevenheid tussen die laatste twee elementen moeilijk correct in te schatten. Het aantal omschrijvingen stijgt onvermijdelijk, omdat iedere toegang een aparte omschrijving vergt. Bij de interdisciplinaire weging zullen de passerellen (vergelijkbare codes) bepalend zijn voor een evenwichtige uitkomst. De intradisciplinaire weging wordt vergeleken met de K-waarde; de interdisciplinaire weging wordt vergeleken met de coëfficiënt die toegekend wordt aan die K-waarde.
- De planning van het medisch zorgaanbod hoeft niet onoverkomelijk te zijn als de subquota correct worden vastgesteld. Vooral zijn deze enkel aan Vlaamse zijde vastgesteld en lijkt het erop dat we afstevenen op een te laag aanbod van MKA-artsen die in België zijn opgeleid, waardoor de instroombeperking alleen voor Belgische artsen zal gelden en een buitenlandse zij-instroom wordt bevorderd. Deze mismatch tussen behoefte en aanbod vergt correcties. Hier zal het VBS een proactieve rol kunnen spelen door zijn knowhow binnen de Hoge Raad en de erkenningscommissies.

Tot slot werd de collectieve overeenkomst van 19 mei 2021 over de minimale voorwaarden in de opleidingsovereenkomsten met artsen-specialisten in opleiding besproken, die bij KB van 19 juli 2021 algemeen bindend werd verklaard. De bepalingen inzake loon en arbeidsduur zijn nu gedefinieerd. Wat moet volgen is het debat over de implicaties van deze wettelijke bepalingen op de organisatie en de inhoud van de opleiding. Daarnaast leeft de vraag of het pad nu geëffend werd naar een bediendestatuut voor artsen-specialisten.

1.4 Webinar 'Nieuwe wetgeving hoortoestellen' van de Belgische beroepsvereniging voor ORL EN HOOFD- EN HALSCHIRURGIE – 22.03.2022 & 24.03.2022

De eerste webinar van onze beroepsvereniging vond plaats op dinsdagavond 22.03.2022 (Nederlands) en donderdagavond 24.03.2022 (Frans), met als thema de nieuwe wetgeving inzake hoortoestellen. Het aantal deelnemers (meer dan 100 in beide talen) toonde aan dat hier vraag naar was.

Voorzitter Thibert Robillard wees tijdens zijn inleiding op een aantal administratieve en organisatorische onduidelijkheden die eigen zijn aan ons beroep. Hij gaf ook voorbeelden van de moeilijkheden die onze beroepsgroep ondervindt bij overleg met de overheden.

Vervolgens begon het presentatiegedeelte met audioloog Pieter Topff en zijn collega Bert Deleenheer. Zij belichtten de pijlers en struikelblokken van het nieuwe voorschrift, namelijk de codes en pseudocodes en het gebruik ervan, alsmede de uitzonderingsregels. Dit theoretische gedeelte werd

gevolgd door interessante en didactische voorbeelden en praktische oefeningen met eenvoudige en complexe pseudocodes.

Ook werd gesproken over het voorschrijven van een nieuw toestel voor afloop van de 5-jarige termijn, de overgang van mono naar stereo binnen deze termijn, en de te volgen criteria in geval van verslechtering van het gehoor binnen de 5 jaar.

Gedurende de volledige webinar konden de deelnemers schriftelijk vragen stellen via de chatbox, die door de sprekers werden beantwoord tijdens de laatste 30 minuten. De vragen waren talrijk, wat nog een bewijs was van de grote belangstelling voor het onderwerp.

Tijdens deze sessie kwam er een goede interactie met de deelnemers tot stand, zelfs op afstand. Deze webinar kreeg tot slot 2 CP in de accrediteringsrubriek 'ethiek en economie'.

1.5 Activiteitenverslag van de BELGISCHE REUMATOLOGEN VERENIGING

In 2022 werd ons bestuurscomité vernieuwd. De verdeling van de mandaten ziet er als volgt uit :

Voorzitter: Laurent Méric de Bellefon

Secretaris: Silvana Di Romana

Penningmeester: Mieke Devinck

Leden: Yves Piette, Muriel Moris, Ilse Hoffman en Kristof Thevissen

- Van de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen vernamen we dat reumatologie een van de specialismen is die als 'gevoelig' worden aangemerkt wegens de bestaande onevenwichtigheden. Het aantal reumatologen in België ligt laag met 2 reumatologen/100.000 inwoners, waar als norm 4 reumatologen/100.000 inwoners geldt. Bovendien is 20 procent van de reumatologen ouder dan 65 jaar.
- De reumatologen werden geïnformeerd over de plannen i.v.m. het portfolio en het medisch dagziekenhuis, met de creatie van een specifieke code voor MabThera®-infusies. Wij hopen dat de financiering met het oog op de verbetering van de multidisciplinariteit in het medisch dagziekenhuis wordt goedgekeurd.
- Wij zijn bereid om in te gaan op de oproep van het RIZIV voor de tweede fase van de hervorming van de nomenclatuur: wij werken hier al enkele jaren aan.

Wij hebben contact genomen met het RIZIV i.v.m. een aantal verbeteringen die moeten worden doorgevoerd aan de computersoftware die wij moeten gebruiken om onze patiënten een behandeling voor te schrijven. Wij hopen op antwoorden en een respectvolle dialoog om een optimale en leefbare medische praktijk in stand te houden.

1.6 Dossiers van de BELGIAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (BeCEP)

1. Procedurele sedatie

BeCEP is in onderhandeling met de FOD Volksgezondheid om de kwaliteitswet aan te passen zodat spoedartsen sedaties en algemene anesthesie in tijds- en toestandskritische situaties op spoedgevallen en pre-hospitaal kunnen uitvoeren. Momenteel zit dit proces in zijn eindfase.

2. RIZIV-nomenclatuur

BeCEP is volop bezig de beroepsbelangen te verdedigen bij het RIZIV. De huidige nomenclatuur loopt achter op de klinische prestaties die dagelijks plaatsvinden op de Belgische spoedgevallendiensten.

Het RIZIV plant om de waarde van de ambulatoire monitoring van het hart via ECG (212015) op 0 te plaatsen. BeCEP onderhandelt voor een herverdeling van deze fondsen naar nacht/weekend en feestdag supplementen. De BeCEP volgt de implementatie hiervan op.

3. DIRMED-functie

BeCEP verdedigt het standpunt dat de DIRMED (noodplan) een medische functie is en blijft. Er wordt niet aanvaard dat artsen in een ondergeschikte rol gedrukt worden, noch zullen wij aanvaarden om medische orders van niet-medici te krijgen. De BeCEP ijvert voor een correcte vergoeding van de DIRMED-functie.

4. Majeure traumacentra

Minister Vandenbroucke wil majeure trauma's centraliseren. BeCEP neemt deel in de onderhandelingen hieromtrent. BeCEP is tegen een prorammering van majeure traumacentra door de FOD Volksgezondheid maar voor een normering van verschillende levels van traumacentra zodat ieder ziekenhuis kan beslissen welk niveau van traumacenter zij willen nastreven.

5. BeCEP-symposium

In de lente van 2023 zal BeCEP een symposium organiseren over de medische aansprakelijkheid van de spoedarts, gekoppeld aan de algemene vergadering.

6. BeCEP-conclaaf

In de lente van 2023 organiseert BeCEP een nieuw conclaaf met de stakeholders om de toekomst van de urgentiegeneeskunde in België te bespreken.

1.7 Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de KINDERNEUROLOGIE

Enquête bij de Belgische kinderneurologen omtrent drie items: 1) toepassing van langdurig EEG bij kinderen; 2) kinderneurologische indicaties voor niet-chirurgisch dagziekenhuis; 3) administratieve last eigen aan de kinderneurologische discipline en hoe dit in de verschillende centra wordt aangepakt.

Vanuit deze enquête zullen voorstellen worden uitgewerkt om de werking voor de Belgische kinderneurologen te optimaliseren.

Deelname aan de Joint Board meeting van de Belgian Academy of Paediatricians (BAOP) op 27 september 2022.

1.8 Jaarverslag Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in INTENSIEVE ZORGEN

1. Aanvraag nieuwe nomenclatuur:

Er werden drie voorstellen ingediend bij de TGR:

1. Plaatsen arteriële katheter met monitoring

- a. Weerhouden, wordt verder uitgewerkt
- 2. Installeren en beademen van een patiënt in “prone” (buiklig)
 - a. Niet weerhouden
- 3. Multidisciplinair overleg op intensieve zorg
 - a. In behandeling (werkgroep buiten art 13)

Door de werkzaamheden van de FOD in kader van de nomenclatuurherziening zijn nieuwe nomenclatuurvoorstellen op heden geen prioriteit.

2. Permanentiegelden:

De permanentiegelden voor de inslapende intensivist worden bepaald door het aantal (hoofdzakelijk niet-ambulante) opnames in het ziekenhuis. Door de shift van hospitalisatie naar ambulante opnames dreigt deze vergoeding in de toekomst verder af te nemen.

Daartoe heeft het bestuur een schrijven gericht aan het kabinet met enkele voorstellen om deze scheefgetrokken situatie te corrigeren. Wordt vervolgd.

3. KCE-trial omtrent verpleegkundige bestaffing op intensieve zorg:

Meerdere leden namen deel aan het overleg rondom deze KCE-studie. Echter, er was weinig inbreng mogelijk vanuit de beroepsvereniging.

4. MICA:

Het bestuur is actief betrokken bij het oprichten van de vzw MICA (Measuring Intensive Care Activities), een nationale IZ-benchmark. Het initiatief werd reeds 5 jaar geleden gelanceerd in overleg met de FOD, maar heeft nood aan een doorstart. Er wordt samen met de FOD onderhandeld over de wijze waarop dit project tot een succes kan worden gemaakt.

5. Jaarvergadering 22.02.2022:

Onderwerp: huidige stand van zaken aangaande bovenstaande topics, goedkeuren van de jaarrekening, aanvaarden nieuwe leden.

6. Werkgroep majeure traumacentra:

Professor Johan Kips wenst in opdracht van het kabinet criteria voor majeure traumacentra vast te leggen. Het bestuur is lid van deze werkgroep.

1.9 Belgische beroepsvereniging van KINDERARTSEN

Op 27 september 2022 werd door de board van de Belgian Academy of Paediatrics (BAOP) ter gelegenheid van haar algemene vergadering een gemeenschappelijke vergadering georganiseerd met de besturen van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK), de Groupement Belge des Pédiatres Francophones (GBPF), de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde (BVK) en de Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen (VBS). Er waren een 50-tal aanwezigen.

Prof. Dr. Ann De Guchteneere, voorzitter van de BAOP, gaf uitleg over de gaande gesprekken tussen de verschillende voorzitters betreffende een noodzakelijke reorganisatie van het pediatriesch landschap in België. Ze legde uit dat enerzijds de huidige verenigingen hun krachten verspillen door elk dezelfde dossiers te behandelen, dikwijls door dezelfde personen, en dat anderzijds de ervaring tijdens de pandemie het belang had aangetoond om met één stem te spreken. Een piste zou zijn om één overkoepelende Belgische pediatrische vereniging op te richten (BAOP?) met één bestuur, één secretariaat, één website, één bijdrage.

Binnen deze structuur zouden regionale, wetenschappelijke en financiële entiteiten blijven bestaan met hun eigenheid. Tijdens de gesprekken die nadien gevoerd werden was het duidelijk dat het merendeel van de aanwezigen deze optie ondersteunden. Opdracht werd gegeven aan de verschillende voorzitters om dit voorstel verder te bespreken binnen hun bestuur, wat ondertussen gebeurd is. Voor het realiseren van dit project werden budgetten vrijgemaakt.

1.10 Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE

De beroepsvereniging van plastisch chirurgen houdt tweemaandelijks een bestuursvergadering, afwisselend een fysieke vergadering en een Zoom-meeting met aanwezigheid en inspraak van ASO's.

Volgende activiteiten en initiatieven vonden in 2022 plaats:

- Spring Meeting (07.05.2022 - Théâtre du Vaudeville Brussel) en Autumn Meeting (26.11.2022 - KBC Auditorium Molenbeek)
- Vier keer per jaar: Cry4Help sessions: voorstelling en bespreking klinische casuïstiek.
- Task force non-surgical aesthetic medicine
 - o Voor de beroepsvereniging houdt dit o.m. het overleg in i.v.m. de titel/opleiding 'niet-heelkundige esthetische geneeskunde'.
 - o Deelname aan expertencel esthetische acts o.l.v. Dr. Waterbley
- Task force wet op informatie versus reclame
 - o Overleg met Meester Callens
- Dayclinic Vision Of Plastic Surgery
 - o Overleg i.v.m. dagziekenhuisactiviteiten
 - o Werkgroep met VBS i.v.m. A-lijsten
- Insured/reimbursed care outside the hospitals
 - o Overleg i.v.m. uitvoeren ingrepen K120/N200 in gecontroleerde OK-setting, extramuraal naar analogie met oftalmologie. Bijvoorbeeld ectropion, entropion, ptosis kan in dezelfde OK-setting worden uitgevoerd extramuraal, maar er kan geen RIZIV-vergoeding aan gekoppeld worden voor plastische chirurgie.
 - o Overleg met Meester Callens: gezien de vele ingrepen in dagziekenhuis zijn de dure overhead en infrastructuur van ziekenhuizen niet nodig zijn om weinig risicovolle ingrepen extramuraal in veilige omstandigheden uit te voeren cfr. A-lijsten dagziekenhuis.
- Aankaarten misbruik titel plastische chirurgie in Belgian Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive surgery
- Monitoring misbruik nomenclatuur 245733 N200
 - o Voorstellen TGR i.v.m. lipofilling en facialis paralyse reconstructie
- Herziening nomenclatuur plastische chirurgie
 - o Nomenclatuurhervorming, bepaling duur, complexiteit en risico om tot een correcte berekening te komen van zuiver ereloon voor PC.
 - o Bespreking en overlegvergadering met RIZIV.

Ook op Europees niveau, in de EBOPRAS (UEMS) waren de vertegenwoordigers van de Belgische plastische chirurgie, Dr. Marianne Mertens en Prof. Dr. Jean-Luc Nizet, zeer actief met o.m. de EBOPRAS meeting in Brussel (07-10.04.2022) en de schriftelijke en mondelinge examens voor ASO's.

1.11 Belgische beroepsvereniging voor MAAG-DARMARTSEN

Op de algemene vergadering kregen de leden onder meer een update over het dossier van de desinfectie van endoscopen (Dr. G. Deboever). Momenteel is er geen financiering voorzien voor gastro-enterologen of ziekenhuizen. De vergadering was van mening dat het in het licht van de aan de gang zijnde hervorming van de nomenclatuur en van de honoraria des te nuttiger is in dit dossier te volharden. Het werk moet worden voortgezet om de overheid een volledig, gedetailleerd en geloofwaardig dossier te kunnen voorleggen, dat moet worden voltooid via een specifieke werkgroep binnen de beroepsvereniging, indien mogelijk met de steun van het Consilium Gastroenterologicum, en dus met de wetenschappelijke verenigingen en de universiteiten, met de steun van de ziekenhuiskoepels (impact op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg) en de ziekenhuisapothekers (voor de centrale sterilisatie), naar het model van het operatiekwartier, maar zonder de extramurale collega's te vergeten, en te integreren in de financieringsoefening voor de nomenclatuur.

Dr. Leen Mortier gaf een overzicht van de nieuwe codes voor specialisten gastro-enterologie met bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie. Er vielen onder meer nieuwe codes te noteren voor oncologieconsult (106330/106352) en voor toezichtshonoraria voor oncobehandelingen (597273/597294; chemotherapie, immunotherapie) voor een patiënt die verblijft in niet-chirurgische daghospitalisatie. De bijkomende K voor MOC-coördinatie blijft uitsluitend voorbehouden aan medisch oncologen en is niet beschikbaar voor onco-gastro. Binnen de beroepsvereniging wordt een werkgroep onco-gastro opgericht.

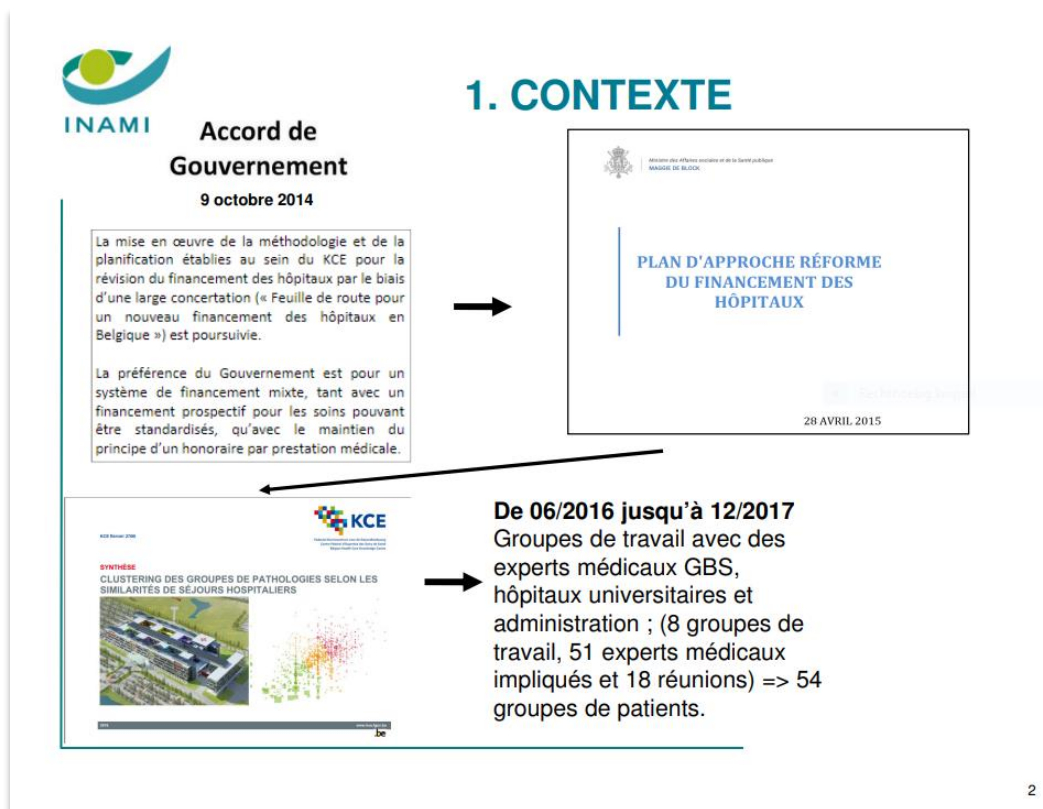
2 Webinars van het VBS

2.1 De Kwaliteitswet – 24.01.2022

Tijdens deze webinar lichtte meester Ann Dierickx de implementatie van de kwaliteitswet op 1 januari 2022 toe. Niet alle bepalingen waren op het moment van de uiteenzetting al van toepassing. De Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg, of Toezichtscmissie, zou pas op 1 juli 2022 van kracht worden. Bovendien was het nog wachten op enkele ministeriële uitvoeringsbesluiten.

2.2 Hervorming van de ziekenhuisfinanciering – 05.02.2022

Presentatie door dhr. Mickaël Daubie (adviseur-generaal RIZIV): laagvariabele zorg en financiering, drie jaar later.



Na drie jaar monitoring van het nieuwe systeem zijn de gegevens positief. Het hervormingsproces van de ziekenhuisfinanciering begon in 2015. Samen met het VBS en zijn experts werden 54 patiëntengroepen (en APR-DRG's) gedefinieerd.

De betaling van de honoraria is gebaseerd op de mediane vergoeding per APR-DRG (met een marge). Dhr. Daubie licht tien vuistregels voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering toe:

1. Een prospectief globaal bedrag dekt de verstrekkingen van gezondheidszorg (inclusief geneesmiddelen en implantaten...) en het BFM
2. De hervorming wordt in fasen ingevoerd. Eerste stap: de **HONORARIA**
3. Van toepassing op bepaalde patiënten: **LAGE VARIABILITEIT**
4. De patiënt betaalt een **FORFAITAIRE eigen bijdrage**

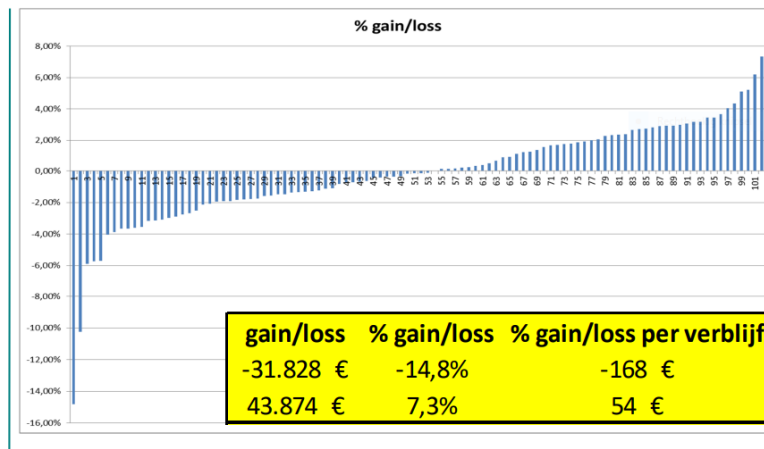
5. Niet van toepassing op gespecialiseerde SP-diensten
6. De enveloppe van de honoraria is **OPEN**
7. **Alle honoraria van de nomenclatuur worden gehandhaafd**
8. De referentiebedragen worden geschrapt
9. Verstrekkers blijven **EIGENAAR** van hun honoraria
10. Treedt in werking op 1 januari 2019



6. DONNEES DE BASE (pour 1/01/2019)

Row Labels	Sum of honoraria NC /
N14 - Anesthesiologie	69.427.603 €
N32 - Orthopedie	35.112.371 €
N51 - Percutane interventionele verstrekkingen - medische beeldvorming	32.566.067 €
N10 - Verlossingen - operatieve hulp	29.828.209 €
N50 - Röntgendiagnose	28.463.183 €
N23 - Heelkunde op het abdomen	26.576.929 €
N30 - Urologie	16.976.192 €
N62 - Forfaitaire honoraria - Klinische biologie - Art 24§2	12.189.758 €
N25 - Heelkunde op de thorax	11.802.802 €
N63 - Pathologische anatomie - Artikel 32	11.574.329 €
N28 - Otorhinolaryngologie	9.794.717 €
N00 - Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	9.744.060 €
N57 - Fysiotherapie	6.104.399 €
N26 - Heelkunde op de bloedvaten	5.952.649 €
N12 - Reanimatie	5.215.163 €
N19 - Dringende technische verstrekkingen - Artikel 26, §1 en §1ter	5.148.946 €
N05 - Kinesitherapie	4.191.269 €
N11 - Gynecologie en verloskunde	4.108.669 €
N60 - Klinische biologie - Artikel 24§1	3.579.625 €
N55 - Cardiologie	3.402.098 €

6. DONNEES DE BASE (pour 1/01/2019)



11

Globaal gezien werd de honorariamassa verschillend verdeeld over de ziekenhuizen. Er is een afname van bepaalde ingrepen of een verschuiving naar het dagziekenhuis. Er werd een monitoringsysteem opgezet. De nieuwe regering verlaat het denkspoor van forfaitaire honoraria bij lage variabiliteit. In het regeerakkoord zal worden gewerkt met een nieuwe nomenclatuur voor de honoraria van de artsen en het werkingsbudget dat vereist is voor het BFM van het ziekenhuis. Eén passage in dat akkoord wekt de aandacht: “(...) een VERSHUIVING VAN DE ACTIVITEITEN NAAR EEN EXTRAMURALE SETTING (MOET) MAXIMAAL VERMEDEN (WORDEN). (...) Ook zetten we verdere stappen voor meer gebundelde forfaitaire financiering en ‘pay for quality’”.

9. QUELLES PERSPECTIVES POUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX?

Depuis le nouveau gouvernement :



Accord de gouvernement

30 septembre 2020

Les réformes déjà entamées dans le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux seront poursuivies. Le financement des hôpitaux doit être rendu plus simple et transparent. Nous examinerons à cet égard si une partie du financement peut se faire au niveau du réseau. Nos hôpitaux doivent être financés dans le cadre d'un budget pluriannuel de manière à ce qu'ils puissent proposer des soins de qualité et accessibles à tous les patients de manière durable. À cette fin, il conviendra en concertation avec les parties prenantes d'examiner également le financement des honoraires dans les hôpitaux et la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée. Il faudra éviter autant que faire se peut un glissement des activités vers des structures ambulatoires. L'exercice déjà entamé de redéfinition de la nomenclature doit être poursuivi. Nous prendrons également de nouvelles mesures pour accroître le financement forfaitaire groupé et le « *pay for quality* ». Une attention particulière sera également accordée à l'ajustement du financement de l'hospitalisation de jour et à l'encouragement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle grâce, entre autres, à des techniques innovantes.

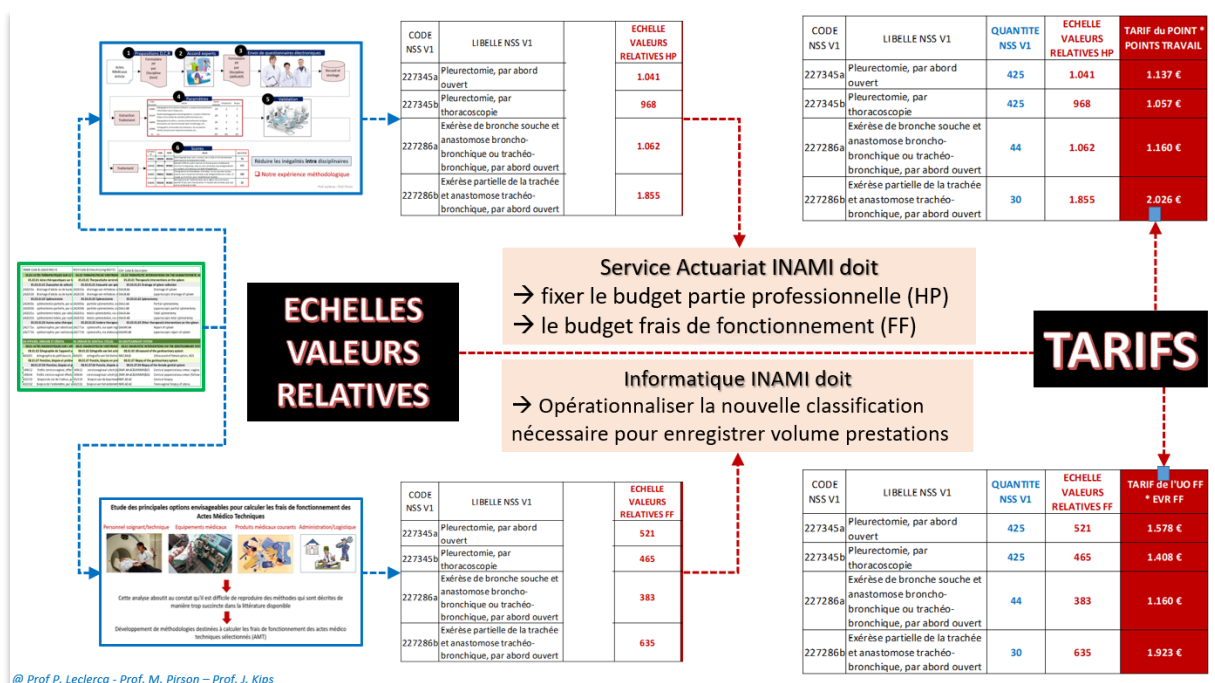
22

De overgang naar een nieuw systeem is voorzien door een meerjarenbegroting 2022-2024. De heer Daubie stelt de vraag of de geneesmiddelen en implantaten in de financiering van de laagvariabele zorg zullen worden opgenomen. Er is negen miljoen euro uitgetrokken voor de ontwikkeling van daghospitalisatie. Voor antibioticatherapie en oncologie zal thuishospitalisatie worden uitgebouwd.

Professoren Magali Pirson en Pol Leclercq (Ecole de la Santé – ULB) zetten hun werkzaamheden voor Fase 1 van de nomenclatuurbegroting uiteen. Samen met experts hebben zij de volledige nomenclatuur herschreven aan de hand van de ICHI-classificatie⁴ van medische verstrekkingen. Deze classificatie omvat de omschrijving van de act, de anatomische topografie en de gebruikte techniek (open toegang, endoscopisch, enz.).

In samenspraak met experts bepalen zij vervolgens de duur van de procedure en de complexiteit ervan. Dit resulteert in relatieve waardeschalen per specialisme, uitsluitend binnen het specialisme.

In fase 2 zullen de relatieve waardeschalen tussen de specialismen moeten worden vastgesteld en samen met het RIZIV de geldwaarde, of het tarief, moeten worden bepaald.



Prof. Constantinus Politis ging in op de complexiteit van de ziekenhuisfinanciering, maar ook op de rol van de artsen in deze financiering met alle financieringsbronnen, met inbegrip van de supplementen.

Dr. Johan Blanckaert getuigde over de kwaliteit en veiligheid van de ambulante geneeskunde. Als oogarts in een privépraktijk bewijst hij patiënten een grote dienst door de wachtlijsten in de ziekenhuizen te verkorten. Anderzijds is de financiering van de acts niet vergelijkbaar met de financiering van de act in een ziekenhuis.

Hospitalocentrisme? Komt het gezondheidsbeleid ten goede van het systeem of van de patiëntenzorg is een vraag die ter afsluiting van dit symposium kon worden gesteld.

⁴ ICHI: International Classification of Health Intervention

2.3 Teach the Teacher – symposium voor stagemeeesters – 11.10.2022



De opleiding 'Teach the Teacher' werd bijgewoond door bijna 400 artsen-specialisten, die tevens stagemeeesters waren. Deze opleiding is verplicht krachtens art. 23 van het M.B. van 23 april 2014.

Dr. Jean-Luc DEMEERE sneed drie verschillende onderwerpen aan.

Opleiding d.m.v. opleidingsdoelstellingen. Momenteel is een stageplan een stageperiode zonder gedefinieerde doelstellingen. In de toekomst zullen er vooraf vastgestelde competenties moeten worden verworven, ook als dat betekent dat daarvoor de stageperiode moet worden verlengd. Aan het einde van de opleiding van de artsen-specialisten in opleiding (ASO) moeten kwaliteit en veiligheid gewaarborgd zijn. De erkenning als arts-specialist is slechts een stap in het voortdurende leerproces van het beroep. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan de CME (Continuing Medical Education), die op Europees niveau door de UEMS wordt georganiseerd. Een opleiding tot arts-specialist moet in de gehele Europese Unie geldig zijn, vandaar het belang van de door de UEMS vastgestelde Europese opleidingsdoelstellingen, zoals de ETR's (European Training Requirements) of competenties. Er is de Europese theoretische evaluatie of het Europese examen (UEMS-CESMA). Voor de praktijk zijn er de EPA's (Entrustable Practice Activities). Voor sommige specialismen, zoals anesthesie, bestaat de beoordeling uit een theoretisch gedeelte – het Europees examen –, een beoordeling van de praktijk en een interview met examinatoren. De presentatie van Dr. Durkan is aan dit onderwerp gewijd.

Het einde van de dubbele cohorte in 2018. In 2017 werden *de novo* nieuwe stageplaatsen gecreëerd door het aantal ASO's per stageplaats te verhogen en door nieuwe stagemeeesters te erkennen (op basis van minder strenge criteria). Afhankelijk van de vereiste opleidingsduur (3, 4, 5 of 6 jaar) om specialist te worden, zullen er in 2024 in alle specialismen plaatsen op overschot zijn. Wat is de rol van de coördinerende stagemeeester, vaak een universitair die verantwoordelijk is voor de opleiding, bij de verdeling van "zijn" ASO's over de verschillende stageplaatsen? Hoeveel vrijheid heeft de ASO bij het opstellen van zijn stageplan?

De academisering bestaat in Vlaanderen met de MaNaMa. In de Federatie Wallonië-Brussel is het attest van zelfredzaamheid de eerste voorwaarde waaraan moet worden voldaan om als arts-specialist te worden erkend. Wat is dus de rol van de erkenningscommissies en vooral, welke vrijheid heeft de ASO bij het opstellen van zijn stageplan dat door de erkenningscommissie moet worden goedgekeurd?

Dr. Fernande Lois, MD, PhD en hoofddocent aan het departement Volksgezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Luik, toonde welke rol simulatie kan spelen bij het toezicht op het verwerven van vaardigheden.



Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Dr. Demeere slide 4, Dr. Lois slide 14

Changeement de paradigme dans les années 1990:
du savoir aux compétences.
Paradigmaverandering in de jaren negentig:
van kennis naar competenties.

Dr. Lois slide 4

« L'approche par compétences privilégie le développement d'apprentissages à partir de **situations authentiques et de problèmes complexes**. Elle encourage le développement d'une **pratique professionnelle réflexive et intentionnelle**, en sollicitant de la part des enseignants un **compagnonnage cognitif explicite** et des **activités récurrentes de rétroaction**. »

« De competentiegerichte aanpak benadrukt de ontwikkeling van het leren vanuit **authentieke situaties en complexe problemen**. Het stimuleert de ontwikkeling van een **reflectieve en intentionele professionele praktijk** door **expliciete cognitieve coaching** en **terugkerende feedbackactiviteiten** van leraren te verlangen. »

Dr. Lois slide 9

In een briljante presentatie definieerde zij eerst wat competenties zijn. Ze definieerde vier niveaus van bekwaamheid: "Ik weet niet dat ik het niet weet" (onbewuste onbekwaamheid), "Ik weet het niet" (bewuste onbekwaamheid), "Ik weet dat ik het weet" (bewuste bekwaamheid) en "Ik weet niet meer dat ik het weet" (verworven en automatische bekwaamheid). Daarna volgen de leercyclus van Kolb, de leercurve en tot slot de evaluatie van de verworven vaardigheden.

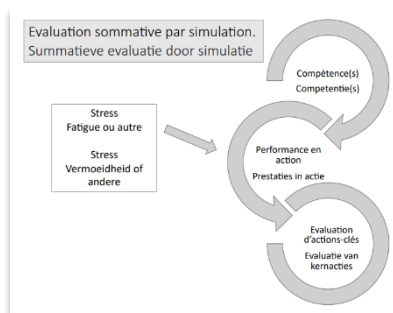
« Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation. »
Jacques Tardif (2006).

« Een complexe handelingskennis gebaseerd op de doeltreffende mobilisatie en combinatie van uiteenlopende interne en externe middelen binnen een familie van situaties. »
Jacques Tardif (2006).

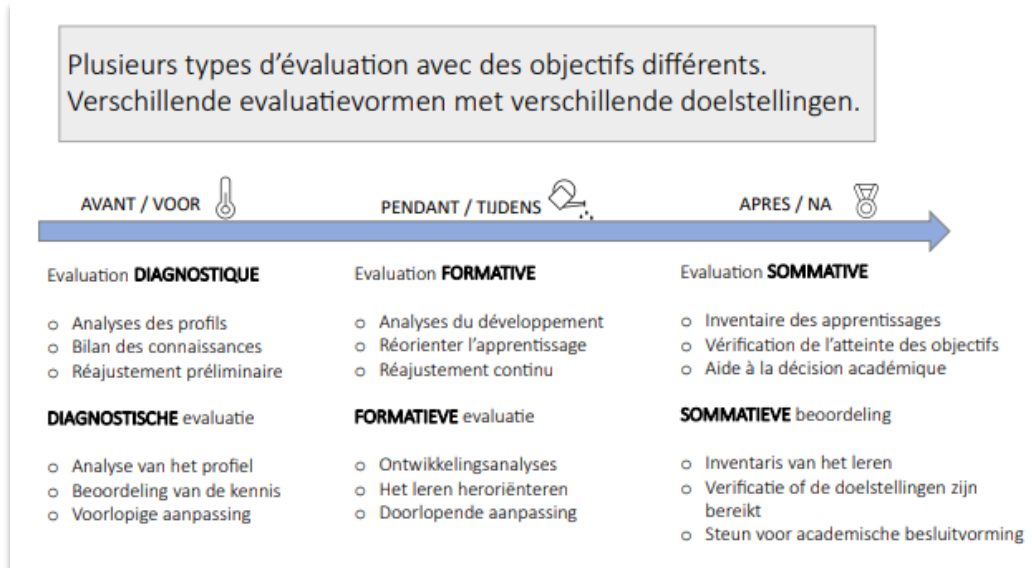
Dr. Lois slide 5

Bij deze evaluatie gaat het niet om één, maar om meerdere gebieden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen diagnostische, formatieve en summatieve evaluatie. De evaluatie van de ASO maakt derhalve deel uit van een dynamisch proces. Er wordt rekening gehouden met de verworven kennis, d.w.z. de summatieve (academische) evaluatie, maar de medische praktijk wordt verworven door het contact met de patiënt, binnen een zorgproces. Dankzij simulaties kan de ASO in een stressvolle situatie worden gebracht volgens vooraf bepaalde scenario's, zonder dat de patiënt enig gevaar loopt, terwijl het reactievermogen van de assistent en de manier waarop hij met druk omgaat worden beoordeeld. Het is dus eigenlijk de performantie die wordt beoordeeld.

Het leren is dus een interactief proces tussen de opleider en de ASO. Het is echter ook een continu proces. Een competentie die zonder regelmatige praktijk en evaluatie wordt verworven, kan de performantie aantasten. Feedback is dus essentieel. De simulator is een van de technieken die deze evaluatie mogelijk maakt.



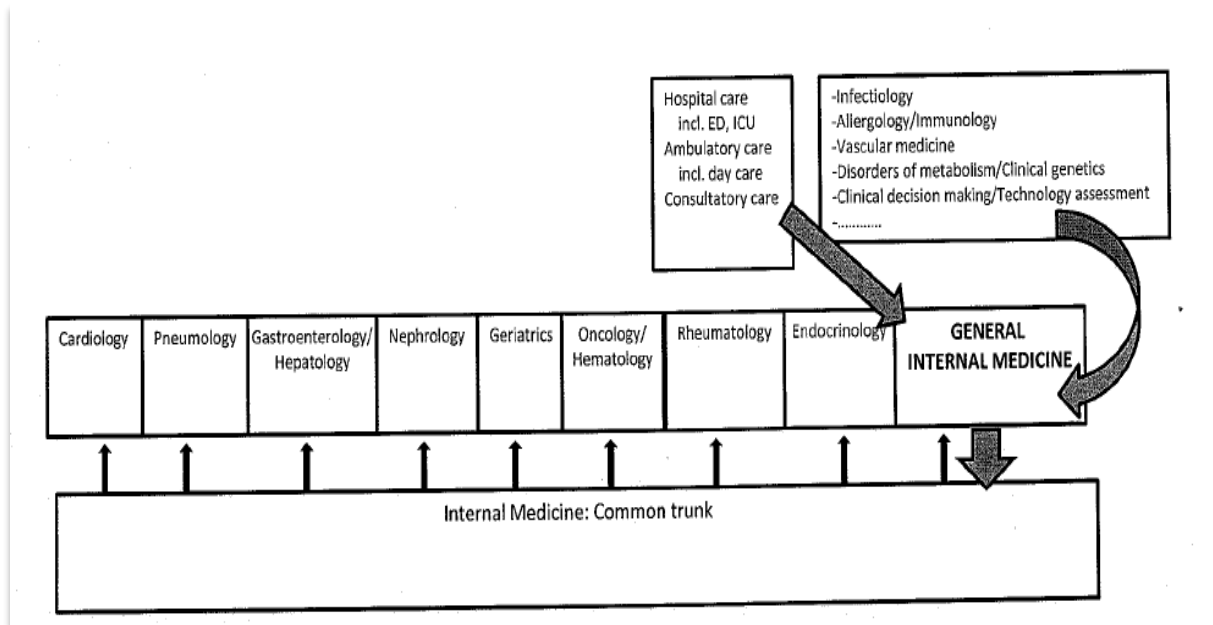
Dr. Lois slide 21



Dr. Lois slide 15

Prof. Dr. Willy Peetermans is hoofd van de afdeling Inwendige Geneeskunde van het UZ Gasthuisberg in Leuven. Hij is coördinerend stagemeester aan de KUL voor inwendige geneeskunde. Zijn aandachtsgebied is de beoordeling van de ASO's in inwendige geneeskunde aan het einde van de truncus communis. Zowel in de chirurgie als de inwendige geneeskunde vormen de eerste drie opleidingsjaren een algemene opleiding die gemeenschappelijk is voor de 10 disciplines van de inwendige geneeskunde en de chirurgie. Deze algemene opleiding is ook gemeenschappelijk voor de vier nieuwe disciplines viscerale, thoracale, vasculaire en cardiale chirurgie. In beide grote disciplines is

de basisopleiding een opleiding geneeskunde of chirurgie, met rotaties in de verschillende specialismen. Het grote verschil tussen geneeskunde en chirurgie is dat de inwendige geneeskunde nog een van de tien specialismen is, terwijl algemene chirurgie niet meer bestaat. De evaluatie aan het einde van de truncus communis inwendige geneeskunde vindt plaats in het kader van een algemene opleiding inwendige geneeskunde met rotaties in de 10 disciplines.



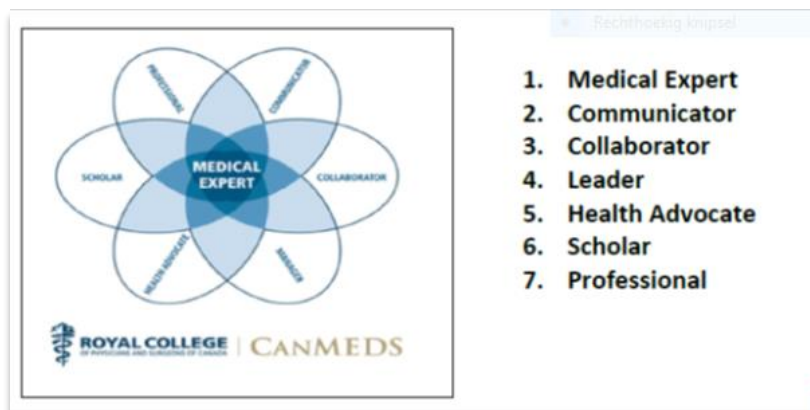
Vanderschueren S, on behalf of the Board of the Belgian Society of Internal Medicine.

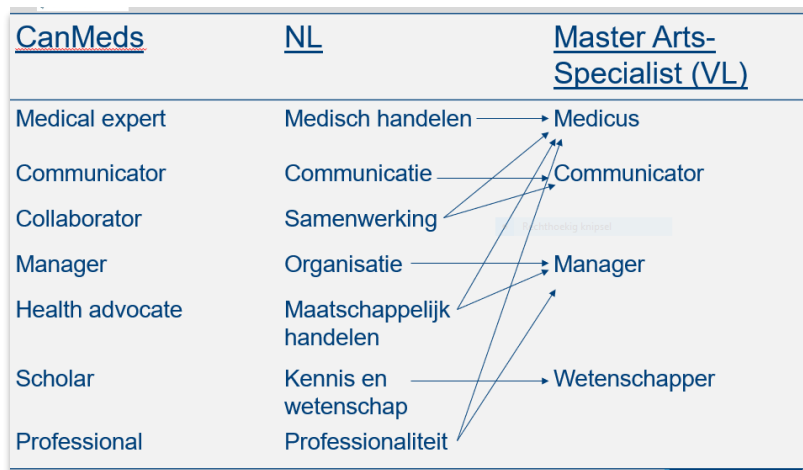
Acta Clin Belg 2009;64:344-345. In Prof. Peetermans Slide 3

La réussite sera attestée par des commissions communautaires ad hoc appelées « Commission de la formation de base de médecine interne » / « Inwendige geneeskunde basisopleiding commissie » placées sous la responsabilité des communautés.

Prof. Peetermans Slide

De Validatiecommissie Truncus Communis Inwendige Geneeskunde (VTCIG) hangt af van de gemeenschappen, niet van de federale overheid, en wordt samengesteld uit een gelijk aantal universitaire en niet-universitaire vertegenwoordigers. De helft moeten algemene internisten zijn, de andere helft vertegenwoordigers van de specialismen (MB 23 april 2014). Samen met de EPA's, de evaluaties na het tweede jaar en de 4 CANMEDS-competenties verleent de VTCIG de ASO toegang tot een van de 10 specialismen in de inwendige geneeskunde.





De ASO in de truncus communis moet zich vertrouwd maken met complexe inwendige pathologieën en zal een stage van minimaal 3 maanden in de algemene inwendige geneeskunde moeten doorlopen. Hij zal ervaring moeten opdoen in spoedgevallen door minstens 100 wachtdiensten te verzekeren, waarvan 50% op een multidisciplinaire spoeddienst. Hij moet maximaal 6 maanden meedraaien op een dienst cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie en geriatrie. Optioneel zal hij kunnen kiezen voor intensieve zorg, hematologie, reumatologie enz.

Na de eidevaluatie van de truncus communis zullen de voorzitter en de staf van een van de tien specialismen een rangschikking van de kandidaten van dit specialisme vastleggen, rekening houdend met vooraf vastgestelde criteria en de capaciteiten van de ASO die door de artsen van zijn universitaire en niet-universitaire opleidingscentra zijn erkend. De decaan van de faculteit geneeskunde zal een nieuw getuigschrift moeten afleveren waarmee hij de assistent toestemming verleent om de opleiding tot dit specialisme aan te vatten. De decaan moet daarbij rekening houden met de subquota van de communautaire planningscommissie. Met andere woorden, er zal een eerste getuigschrift moeten zijn dat toestemming geeft om met de truncus communis inwendige geneeskunde te beginnen, met keuze voor een optie in een van de tien specialismen, en een tweede getuigschrift van de decaan voor het uiteindelijke specialisme. Een ASO zal bijvoorbeeld aan het einde van de truncus communis de toegang tot de cardiologie kunnen worden geweigerd en zal dan zijn aanvraag moeten heroriënteren.

Tot slot vergeleek Prof. Peetermans het opleidingstraject in de inwendige geneeskunde met dat van de toekomstige chirurgen.

Compte tenu de l'évolution rapide de certaines techniques chirurgicales, l'accent doit être mis sur les compétences de base en chirurgie ouverte et endoscopique plutôt que sur les « opérations index ». Ces compétences de base doivent permettre au chirurgien en formation d'acquérir très rapidement des compétences dans un des domaines de la chirurgie.

Momenteel beoordelen de erkenningscommissies de bekwaamheid op basis van een catalogus van heelkundige ingrepen per jaar die de ASO in eerste hand heeft uitgevoerd. Hier ligt de nadruk op de basiscompetenties in open en endoscopische chirurgie.

De gemeenschappen moeten de validatiecommissie voor de truncus communis chirurgie oprichten, die het stageplan van de truncus communis en de opleiding zal moeten valideren.

Cette commission est chargée du suivi et de la validation du plan de stage du tronc commun, tout en s'assurant que le plan de stage est conforme à l'arrêté ministériel, qui établit les critères transversaux et les stages obligatoires. Tout candidat qui commence un trajet de stage ne pourra entamer une formation supérieure que moyennant une évaluation positive.

Cette commission est paritaire (membres proposés par les universités et membres proposés par les associations professionnelles) et se compose chaque fois de deux membres cooptés (quatre pour la chirurgie viscérale) issus des Commissions d'agrément des quatre titres professionnels particuliers, ainsi que des maîtres de stage coordinateurs du tronc commun.

Prof. Peetermans Slide 24

In het MB van 23 april 2014 wordt gesproken van een eindevaluatie:

Art. 20: Met het oog op zijn erkenning dient de kandidaat bij het einde van zijn opleiding te slagen in een eindevaluatie die paritair wordt georganiseerd door de beroepsverenigingen van het betreffende specialisme en de universitaire instellingen onder toezicht van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

Vreemd genoeg is de paritaire validatiecommissie niet paritair, aangezien de coördinerende stagemeeesters (van de universiteiten) – namelijk vier in de Vlaamse Gemeenschap en drie in de Franse Gemeenschap – aan de paritaire commissie worden toegevoegd.

In het advies dat ze bij de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen⁵ indienden, spreken de chirurgen van een commissie voor de validatie van de truncus communis en niet van een erkenningscommissie, aangezien er geen erkenning is (art. 23 van het MB van 23 april 2014)⁶.

De ASO in de chirurgie zal een stageplan voorstellen aan de commissie viscerale, thoracale, vasculaire of cardiale chirurgie. Dit stageplan zal bestaan uit een door een validatiecommissie gevalideerde truncus communis. De erkenningscommissie van een van deze vier chirurgische specialismen zal alleen de opleiding in dit specialisme moeten beoordelen en het stageplan van de hogere opleiding goedkeuren.

De validatiecommissie voor de truncus communis zal een certificaat van positieve beoordeling van de truncus communis moeten 'toekennen', wat de sleutel zal vormen voor de voortzetting van de opleiding in een chirurgisch specialisme. In tegenstelling tot de inwendige geneeskunde is hier geen tweede getuigschrift van de decaan. Dit betekent dus dat de kandidaat van meet af aan een van de chirurgische disciplines zal moeten kiezen en dat het getuigschrift van de decaan de mogelijkheid van erkenning zal moeten waarborgen op voorwaarde dat het opleidingstraject (subquota van het specialisme) succesvol wordt afgerond.

Dr. Maeve Durkan, endocrinoloog en vice-president van CESMA en voorzitter van de UEMS-groep Inwendige Geneeskunde, ging in op de rol van de UEMS en de CESMA bij de evaluatie en opleiding van Europese arts-specialisten.

CESMA (Council for European Specialists Medical Assessment) – rollen:


- Bevorderen van de harmonisatie van de evaluaties door de Europese board

⁵ Voorstel van de Werkgroep 'Truncus Communis' van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen, datum van het document: 18.05.2021-herziening 27.09.2021-herziening 06.10.2021- herziening 15.03.2022- herziening 28.04.2022 op slide 23 Prof. Peetermans

⁶ Ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten. BS 27.05.2014

- Verstrekken van guidelines aan de boards voor de evaluaties
- Evaluatie door de boards aanmoedigen als waarborg voor kwaliteit
- Indien nodig een alternatief bieden voor de evaluaties van de individuele landen⁷

Europese evaluaties zijn een garantie voor kwaliteit in alle Europese landen. Deze evaluaties komen niet in de plaats van de lokale evaluaties en accreditaties. Ze vormen echter een waarborg voor de kennis of competenties die in het kader van een opleiding in een specialisme zijn verworven en bieden de zekerheid dat er een samenhang en overeenstemming bestaan met een curriculum dat vooraf is vastgesteld door de ETR's van het medisch specialisme.



What is the Role of UEMS CESMA ? Choosing your exam portfolio

- Deciding on whether your exam tests knowledge or competency
- Security of exam & maintaining integrity
- Aligning exam with ETR & specialist training
- Exam appraisals
 - interim @ 3 years : Formative
 - Formal @ 5 years : Summative

Dr. Durkan slide 4

De schriftelijke vragen zijn zeer begrijpelijk, zowel virtueel als live. Om ASO's de beste kans te geven, moeten taalproblemen worden vermeden (vaak meertalige examens), zijn slecht gestelde of potentieel dubbelzinnige vragen uit den boze, moet vooral bij online evaluaties de veiligheid worden verzekerd en moet binnen het kader van de ETR's worden gebleven.

Mondelinge examens zijn een mogelijkheid. Daarvoor moeten echter tweekoppige jury's worden samengesteld en tegelijkertijd moeten de kosten worden gedekt. Indien mogelijk is de examiner niet de opleider. De logistiek voor het examen moet op poten worden gezet en er moet tijd worden gevonden om het examen af te nemen.

De CESMA kan een aanvulling vormen op de nationale evaluatie van de ASO's. Het Europese theoretische examen en de praktijk kunnen bijvoorbeeld door de plaatselijke evaluatiecommissie voor klinische stages worden verzekerd. De CESMA-evaluaties zijn zowel voor Europeanen als niet-Europeanen bedoeld. Ze worden soms door niet-Europeanen gebruikt om in Europa een erkenning als arts-specialist te verkrijgen. De CESMA vervangt de lokale autoriteit niet.

Ten slotte kan de CESMA lokale of nationale evaluatiecommissies adviseren en bijstaan bij hun evaluaties.

⁷ <http://www.uems-slm.org/uems/index.php?id=70>

2.4 Radioprotectie – 27.10.2022

Sinds 2020 organiseert het VBS samen met het FANC een webinar in het kader van de permanente vorming, die moet kunnen worden aangetoond om de vergunning voor het gebruik van röntgenstraling voor medische diagnose te mogen behouden. Telkens nemen hier honderden artsen aan deel.

Dit jaar opende Dr. Sc. Katrien Van Slambrouck (Themacoördinator Medische Röntgentoepassingen FANC) als coördinator de sessie.

Voor haar gaat het in radioprotectie over optimalisatie van de dosis, dat wil zeggen de juiste dosis nodig voor het realiseren van het gevraagde beeld, en niet de laagste dosis, noch de vereiste dosis om de beste beeldkwaliteit te verkrijgen. Ze besprak ook de nieuwe wettelijke vereisten waaraan een dienst radiologie vanaf februari 2023 moet voldoen. Verder vermeldde zij dat artificiële intelligentie (AI) een brede waaier van richtlijnen en wettelijke bepalingen met zich mee zal brengen, niet enkel betreffende het uitvoeren van de onderzoeken, maar ook aangaande de aansprakelijkheid bij problemen.

Vervolgens kwamen volgende sprekers en thema's aan bod:

Voorbeeld uit de praktijk van projecten betreffende dosisoptimalisatie – Dr. Geert Souvereyns (diensthoofd radiologie Jessziekenhuis Hasselt)

In elk ziekenhuis met röntgenapparatuur bestaat er al een departement fysieke controle. Nieuw in de wetgeving is een op te richten departement stralingsfysica. Dr. Souvereyns legt het verschil tussen beide departementen uit en legt uit hoe beide georganiseerd zijn in het Jessa-ziekenhuis.

Verder besprak hij enkele recente projecten in zijn dienst betreffende dosisoptimalisatie en kwam tot de kritische zelfreflectie dat deze projecten, niettegenstaande de hoge opleiding van zijn personeel en collega's, de kwaliteit op zijn dienst hebben verbeterd.

Is artificiële intelligentie onderbenut om bestralingsdosis te reduceren? – Dhr. Glenn To (business manager CT Siemens healthineers, be Med Tech)

Sinds de jaren 80 wordt AI in CT-applicaties gebruikt om de bestralingsdosis te reduceren. Momenteel gebruiken we meerdere AI-applicaties met het oog op patiëntpositionering, beeldacquisitie, -verwerking en -evaluatie die de bestralingsdosis direct en indirect reduceren. Veel van de huidige AI-mogelijkheden blijven onderbenut, voornamelijk wegens verhoogde werkload. Meer onderzoeken, minder tijd per onderzoek en beeldinterpretatie... Dhr. To haalde enkele voorbeelden aan waar AI ons in staat stelt om een meer holistische visie van de patiënt te bekomen waarin niet enkel met één specifieke pathologie rekening wordt gehouden en die ten goede komen aan het uiteindelijke resultaat.

Radioprotectie van de ooglen en de huid gedurende fluoroscopische procedures – Ir. Jérémie Dabin (Belgian Nuclear Research Centre)

De scatterstraling opgewekt door een patiënt die een fluoroscopisch onderzoek ondergaat is niet te onderschatten. Het gaat om een lage dosis waaraan het behandelende personeel dagelijks blootstaat. Soms worden in een carrière wel duizenden procedures uitgevoerd en heeft men te maken hebben met een hoge cumulatieve dosis. Om de dosis op de huid en lens te reduceren bestaan er meerdere aanbevelingen (IAEA, CIRSE, Eursafe imaging...). Er bestaat software om de dosis op de verschillende organen te kunnen berekenen. Ir. Dabin ging specifiek in op de vraag of de patiënt beter zou worden afgeschermd, wat blijkbaar niet efficiënt zou zijn en derhalve geen zin heeft.

3 Federaal

3.1 Conventieoning en deconventieoning

3.1.1 Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2022-2023: conventieoning

Het medicomut-akkoord werd in ruime mate aanvaard door de artsen-specialisten. Onderstaande tabel bevat artsen van wie het RIZIV-nummer eindigt op 003, 004, 007 en 008, die we hebben ingedeeld bij algemene geneeskunde. Niet opgenomen in deze tabel zijn de nummers 000 en 009, die voor meer dan 99% geconventieerd zijn, en de artsen in opleiding met nummers 005 en 006.

Voor de andere specialismen bevat de tabel alleen die specialismen waarbij meer dan 50% van de artsen in ten minste één provincie niet tot het akkoord is toegetreden.

Er kan worden vastgesteld dat de deconventiegraad hoger is in Vlaanderen dan in Brussel of Wallonië. In de provincie Henegouwen is geen enkel specialisme voor meer dan 50% gedeconventieerd.

De provincie met het hoogste deconventieeringspercentage is Waals-Brabant. Dit hoge cijfer duwt het percentage van de Waalse provincies aanzienlijk omhoog, waarbij Namen en Henegouwen op 6% zitten. Over het algemeen is de deconventieeringsgraad hoger in Vlaanderen met de provincies Antwerpen en West-Vlaanderen.

<i>NIET geconv. in % vh. tot. aantal artsen</i>	ANTW	LIM	OVL	VLBR	WVL	Waals Brab.	HEN.	LUIK	NAMEN	LUX.	BELGIE	Brussels Gewest	Vlaanderen	Wallonië
ALG. GEN.														
Alg. gen. 003,4,7,8											8,92	18,23	6,2	9,81
TOTAAL											6,63	11,25	4,77	7,54
SPECIALISMEN*														
Dermatologie	67,62	80,7	71,43	73,53	69,12	63,27	41,03	62,64	54,55	45,45	64,44	60,63	71,86	54,58
Oftalmologie	62,8	66,28	68,75	60,25	63,56	63,64	46,39	46,32	62,75	66,67	57,3	42,92	63,97	52,5
Plastische chirurgie	65,96	44,83	72,73	48,39	57,144	53,33	26,92	50	9,09	66,67	49,08	32,26	59,78	38,82
Gynaecologie	56,2	41,67	55,8	41,21	66,67	50,67	20,29	50,22	33,33	69,7	44,01	33,33	53,03	39,34
Stomatologie	60	33,33	62	21,95	36,96	32	2,94	31,58	11,76	50	36,18	29,51	45,337	29,51
Radiodiagnose	59,22	45,04	55,8	30,48	46,51	46,75	4,45	5,29	2,33	2,44	31,24	23,18	48,71	23,18
Reumatologie	8,82	52,63	30,23	14,29	20	20	16,67	7,89	25	0	20,5	23,4	23,94	23,18
Fysische gen. NKO	34,07	19,51	59,3	30,65	57,14	42,11	2,08	18,52	13,64	9,09	32,28	24,29	42,57	24,29
TOTAAL	14,96	11,85	15,87	10,87	13,94	18,59	6,86	9,77	6,46	11,51	22,48	13,76	13,78	9,73

* Met deconventiegraad > 50% in minstens één provincie.

3.1.2 Top-5 van de gedeconventieerde specialismen

De dermatologen zijn de deconventiekampioenen, met een hogere naleving van het akkoord in de provincies Henegouwen en Luxemburg. In de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen zijn meer dan 50% van de radiologen gedeconventieerd, t.o.v. 48% voor Vlaanderen in zijn geheel. Waals-Brabant springt eruit in het Waals Gewest, waar de percentages voor het overige zeer laag zijn.

Dit is de top 5 van de gedeconventieerde specialismen:

Specialisme	% gedeconventieerd
Dermatologie-venerologie	64,44
Oftalmologie	57,30
Plastische chirurgie	49,08
Gynaecologie-Verloskunde	44,01
Stomatologie	37,81

Statistiques Médecins - Artsen Statistieken
11/3/2022

Description-Beschrijving	Description-Beschrijving	Act.	Adh.	% Adh.	Lim	% Lim	NoLim	%NoLim	Rej.	% Rej.
Royaume-Koninkrijk										
Médecin 000 & 009	Arts 000 & 009	2.781	2.761	99,28	1	0,04	2.760	99,96	20	0,72
Médecin de médecine générale 001-002	Algemeen geneeskundige 001-002	1.315	1.284	97,64	1	0,08	1.283	99,92	31	2,36
Médecin généraliste 003-004-007-008	Erkend huisarts 003-004-007-008	16.265	14.814	91,08	68	0,46	14.746	99,54	1.451	8,92
Candidat médecin généraliste 005-006	Kandidaat huisarts 005-006	2.325	2.323	99,91	1	0,04	2.322	99,96	2	0,09
Total médecins généralistes	Totaal artsen	22.686	21.182	93,37	71	0,34	21.111	99,66	1.504	6,63
Médecin spécialiste en formation	Arts-specialist in opleiding	6.718	6.713	99,93	0	0,00	6.713	100,00	5	0,07
Anesthésie-réanimation	Anesthesie-reanimatie	2.605	2.491	95,62	18	0,72	2.473	99,28	114	4,38
Chirurgie	Heelkunde	1.681	1.420	84,47	47	3,31	1.373	96,69	261	15,53
Neurochirurgie	Neurochirurgie	266	205	77,07	22	10,73	183	89,27	61	22,93
Gériatrie	Geriatric	417	415	99,52	0	0,00	415	100,00	2	0,48
Chirurgie plastique	Plastische heelkunde	326	166	50,92	13	7,83	153	92,17	160	49,08
Gynécologie-obstétrique	Gynecologie en verloskunde	1.802	1.009	55,99	141	13,97	868	86,03	793	44,01
Ophthalmologie	Ophthalmologie	1.288	550	42,70	81	14,73	469	85,27	738	57,30
O.R.L.	O.R.L.	783	562	71,78	82	14,59	480	85,41	221	28,22
Urologie	Urologie	531	362	68,17	44	12,15	318	87,85	169	31,83
Orthopédie	Orthopedie	1.272	791	62,19	115	14,54	676	85,46	481	37,81
Stomatologie	Stomatologie	387	247	63,82	26	10,53	221	89,47	140	36,18
Dermato-vénérologie	Dermato-venereologie	852	303	35,56	52	17,16	251	82,84	549	64,44
Oncologie médicale	Medische oncologie	345	337	97,68	14	4,15	323	95,85	8	2,32
Médecine interne + endocrino-diabétologie	Inwendige geneeskunde + endocrino-diabetologie	1.415	1.376	97,24	41	2,98	1.335	97,02	39	2,76
Pneumologie	Pneumologie	676	638	94,38	18	2,82	620	97,18	38	5,62
Gastro-entérologie	Gastro-enterologie	857	704	82,15	52	7,39	652	92,61	153	17,85
Pédiatrie + neurologie pédiatrique	Pediatrie + pediatische neurologie	2.016	1.799	89,24	50	2,78	1.749	97,22	217	10,76
Cardiologie	Cardiologie	1.352	1.024	75,74	66	6,45	958	93,55	328	24,26
Neuropsychiatrie	Neuropsychiatrie	137	123	89,78	2	1,63	121	98,37	14	10,22
Neurologie	Neurologie	728	672	92,31	28	4,17	644	95,83	56	7,69
Psychiatrie	Psychiatrie	2.234	2.063	92,35	42	2,04	2.021	97,96	171	7,65
Rhumatologie	Reumatologie	278	221	79,50	20	9,05	201	90,95	57	20,50
Médecine physique et physiothérapie	Fysische geneeskunde of fysiotherapie	601	407	67,72	28	6,88	379	93,12	194	32,28
Biologie clinique	Klinische biologie	618	605	97,90	2	0,33	603	99,67	13	2,10
Anatomo-pathologie	Pathologische anatomie	396	364	91,92	4	1,10	360	98,90	32	8,08
Radiodiagnostic	Röntgendiagnose	1.930	1.327	68,76	35	2,64	1.292	97,36	603	31,24
Radiothérapie	Radiotherapie	253	236	93,28	22	9,32	214	90,68	17	6,72
Médecine nucléaire	Nucleaire geneeskunde	337	318	94,36	4	1,26	314	98,74	19	5,64
Médecine aiguë et médecine d'urgence	Acute geneeskunde en urgentiegeneskunde	1.195	1.180	98,74	6	0,51	1.174	99,49	15	1,26
Autres spécialités	Andere specialiteiten	532	527	99,06	5	0,95	522	99,05	5	0,94
Total médecins spécialistes	Totaal artsen-specialisten	28.110	22.442	79,84	1.080	4,81	21.362	95,19	5.668	20,16
Total médecins spécialistes (dont spécialistes en formation)	Totaal artsen-specialisten + artsen-specialisten in opleiding	34.828	29.155	83,71	1.080	3,70	28.075	96,30	5.673	16,29
Total	Totaal	57.514	50.337	87,52	1.151	2,29	49.186	97,71	7.177	12,48

Deze tabel geeft de toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 in België weer.

Een cijfermatig overzicht van de percentages per arrondissement, per provincie en per gewest vindt u hier:

<https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reportingdoctors20220321.pdf>

Conclusie

De deconventionering bij de dermatologen (vaak extramuraal) is het hoogst. De deconventiegraad is hoger in Vlaanderen dan in de twee andere gewesten. De provincies Namen, Henegouwen, Luik en Luxemburg volgen het akkoord artsen-ziekenfondsen in grotere mate.

3.1.3 Bespreking: deconventionering als graadmeter voor tariefakkoorden

- Geen conventie of deconventie zonder tariefakkoorden

De supplementen en het systeem van de deconventie is ontstaan omdat er in feite op een zeker moment 50 jaar geleden bij de stichting van de ziekteverzekering, in het systeem van overleg van mutualiteiten en artsen, er een stilzwijgend akkoord tot stand kwam dat de tarieven relatief laag werden gezet. Dat is op heden nog zo. De waarde van de nomenclatuurprestaties per acte zijn in België veelal lager als in onze buurlanden. Een tariefakkoord moet gezien worden als een bandbreedte met een onderzijde en een bovenzijde. Waarom een bandbreedte: omdat voor tal van prestaties een gedeelte ten laste valt van de patiënt (remgeld) en een deel ten laste van de sociale zekerheid. Aan de bovengrens van de bandbreedte wordt, onder strikte omstandigheden, de mogelijkheid geboden om supplementen aan te rekenen aan diegenen die dat uit eigen middelen, niet meer ten laste van sociale zekerheid, kunnen en willen betalen. Aan de ondergrens van de bandbreedte worden voorwaarden geformuleerd waarbij sommige patiënten worden vrijgesteld van het remgeld en géén kosten ten laste krijgen. Ook aan de ondergrens, maar zonder daarom de pers te halen, zullen vele artsen patiënten “gratis” behandelen zonder enige vorm van ereloon. Het betreft vaak patiënten in behartenswaardige situaties die buiten iedere dekking van de sociale zekerheid vallen: niet-gedocumenteerde migranten, daklozen, asielzoekers, zij die foutief uit het bevolkingsregister werden geschrappt, zij die niet in orde zijn met hun sociale bijdragen, zij die administratief niet in orde zijn met de sociale zekerheid.

- Ereloonsupplementen zijn geen synoniem voor eigen aandeel

Supplementen wordt in de pers vaak een als een containerbegrip gebruikt voor alle kosten die de patiënt zelf moet dragen. Vandaaruit wordt dan makkelijk de link gelegd naar out-of-pocket (OOP) kosten, waarmee bedoeld wordt de gezondheidsuitgaven die door de gezinnen zélf moeten bekostigd worden. Het eigen aandeel van de patiënt in de Belgische ziekenhuissector mag niet onderschat worden, maar dat mag geen "ereloon-supplement" genoemd worden:

- remgeld voor verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere zorgverleners;
- remgeld voor geneesmiddelen uit categorie A, B en C en voor magistrale bereidingen (geneesmiddelen die de apotheker zelf maakt);
- remgeld voor technische prestaties (bv. operaties, röntgenfoto's, labo-onderzoeken, technische testen ...);
- persoonlijk aandeel in de ligdagprijs in een algemeen ziekenhuis (volledig) en in een psychiatrisch ziekenhuis (enkel de eerste 365 dagen);
- forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen tijdens hospitalisatie;
- enterale voeding via sonde of stoma voor jongeren van minder dan 19 jaar;
- endoscopisch en viscerosynthesemateriaal;
- afleveringsmarges (supplement) voor implantaten.

- bepaalde tandheelkundige prestaties waarvoor géén nomenclatuur voorzien is of waarvoor aan de leeftijdsvoorwaarden niet voldaan is

In tegenstelling tot bijv. ereloon- en kamersupplementen, worden niet-vergoedbare betalingen veelal niet gedekt door bijkomende ziekteverzekeringen zoals hospitalisatieverzekeringen. Deze kosten zijn dus volledig ten laste van de patiënt.

Onder ereloonsupplementen wordt verstaan dat gedeelte dat voor een bepaalde medische prestatie bovenop het officiële tarief gerekend wordt.

- Conventie – Deconventie – Partiële Conventie

Artsen kunnen voor hun ‘volledige activiteit’ geconventioneerd zijn, of enkel partieel geconventioneerd of niet-geconventioneerd (deconventie). Bij deze 3 vormen dienen belangrijke kanttekeningen gemaakt te worden:

- volledig geconventioneerde artsen mogen afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in de tariefakkoorden tussen artsen-ziekenfondsen bij patiënten die opgenomen zijn in een éénpersoonskamer of bij patiënten die bijzondere eisen stellen; deze bijzondere eisen zijn bepaald in het akkoord. Als een patiënt dus bewust kiest voor een eenpersoonskamer mag elke arts een ereloonsupplement aanrekenen, geconventioneerd of niet.
- gedeeltelijk geconventioneerde artsen mogen afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in de tariefakkoorden tussen artsen-ziekenfondsen tijdens welbepaalde tijdsblokken in de week, die duidelijk moeten kenbaar gemaakt zijn aan de patiënten.
- niet-geconventioneerde artsen mogen ‘in principe’ afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in de tariefakkoorden tussen artsen-ziekenfondsen, maar deze vrijheid is binnen de ziekenhuissector beperkt door tal van bepalingen uit de ziekenhuiswet en de algemene regeling van het ziekenhuis waarin de arts werkzaam is.

In ruil voor de conventie of partiële conventie ontvangt de arts een sociaal statuut mits een bepaalde minimum activiteitsdrempel behaald wordt. Het is niet de bedoeling om niet-actieve artsen te voorzien van een sociaal statuut.

- Relatie ereloonsupplementen – conventioneringsstatus

Een inblik in de ereloonsupplementen voor het jaar 2015 leert dat de **geconventioneerde** verstrekkers instaan voor 54% van de geattesteerde ereloonsupplementen, terwijl partiële conventionering instaat voor 5% van de ereloonsupplementen en de niet-geconventioneerde artsen instaan voor 41% van de geattesteerde ereloonsupplementen.

Van de volledig geconventioneerde artsen is er slechts 13% dat géén supplementen aanrekenen, van de partieel geconventioneerden telt slechts 5% geen supplementen terwijl 4% van de niet-geconventioneerde artsen alsnog geen supplementen aanrekenen.

Een kwart van alle ereloonsupplementen wordt geattesteerd door anesthesisten (25%) gevolgd door gynaecologie (12%), chirurgie (12%) orthopedie (10%) en de rest van de disciplines met ieder < 10%. In de gynaecologie heeft het grootste aandeel betrekking op bevallingen (die voor 80% in éénpersoonskamer gebeuren). Anesthesie golft mee op alle chirurgische disciplines die het operatiekwartier gebruiken, terwijl chirurgische disciplines zelf slechts intermitterend aanwezig zijn in het operatiekwartier. Gynaecologie verkeert wat bevallingen betreft in een bijzondere situatie. Er is een zeer nauwe band tussen de gynaecoloog en de zwangere patiënt die vaak verkiest dat de “eigen”

gynaecoloog de bevalling doet ook al is de gynaecoloog niet van wacht. Deze bijzondere eis wordt vaak ingewilligd en geeft aanleiding tot een ereloonsupplement mits de patiënt op een éénpersoonskamer opgenomen is.

Er zijn regionale verschillen in conventiestatus en ereloonsupplementen: zo zijn er in Brussel en Wallonië meer geconventioneerde artsen maar zijn de ereloonsupplementen voor een eenpersoonskamer vaak hoger. In Vlaanderen zijn er minder geconventioneerde artsen maar ook minder zware ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers in vergelijking met Brussel en Wallonië. Het gemiddeld maximale ereloonsupplement bedraagt in Vlaanderen 151 procent, in Wallonië 212 procent en in Brussel 270 procent, zo meldt het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ) in De Morgen op 27.01.2022.

- Waarom worden ereloonsupplementen gevraagd?

Er zijn tal van redenen die worden aangehaald. Een niet-limitatieve benadering brengt volgende elementen naar boven :

- De aangehouden besparingsmodus in de verplichte ziektekostenverzekering laat de spanning tussen de officiële tarieven en een correcte vergoeding toenemen, waardoor kosten ten laste van de erelonen steeds minder netto-marge toelaten. Dit is het geval in diensten met veel personeelslasten waarbij de automatische loonindexatie en prijsindexatie van verbruiksgoederen niet gecompenseerd wordt door indexatie van erelonen. Ook in deze omstandigheden kunnen supplementen niet willekeurig toegepast worden, maar moeten passen binnen de afgesproken tariefakkoorden, de ziekenhuiswet en de algemene regeling van het ziekenhuis.
- Supplementen worden vaak als middel gebruikt door ziekenhuizen om – via een verhoogde afdracht – tekorten weg te werken. Het is intussen een middel geworden van ziekenhuisfinanciering. Nieuwe technologie en nieuwe bouwwerkzaamheden worden aldus mogelijk en toegankelijk voor de patiënten.
- in Universitaire Ziekenhuizen vormen ereloonsupplementen meer dan 10% (soms tot 20%) van het netto-inkomen van de artsen werkzaam in dienstverband in Universitaire Ziekenhuizen. Hierzonder dreigt een leegloop van academici uit universitaire ziekenhuizen. Het is artsen-bedienden in Universitaire Ziekenhuizen toegestaan om ereloonsupplementen aan te rekenen. Deze ereloonsupplementen worden benut om bepaalde beroepsmatige kosten te dekken (congressen, boeken, leasewagens, e.a.).
- Patiënten kiezen bepaalde ziekenhuizen of bepaalde ziekenhuisdiensten of bepaalde artsen-specialisten omwille van de vermeende expertise, techniciteit of faam van de instelling, medische dienst, medisch specialist.
- Ondanks het bestaan van tariefakkoorden, bestaan er grote verschillen in aanrekenbaarheid van een prestatie binnen en buiten het ziekenhuis. Binnen het ziekenhuis worden talrijke medische prestaties verloned met een “K-waarde” (tarief) die buiten het ziekenhuis niet aanrekenbaar is maar medisch wel perfect uitvoerbaar. Bijkomend gevolg is dat buiten het ziekenhuis deze prestatie ook geen onkostenvergoeding kent die vaak in het ziekenhuis wel aanwezig is. Zo zal een complexe wondhechting of een anesthesie buiten het ziekenhuis volledig moeten bekostigd worden door het ereloon dat aan de patiënt aangerekend wordt, terwijl in het ziekenhuis voor dergelijke prestaties meerdere soorten onkostenvergoeding bestaan.
- Medische disciplines die tal van prestaties hebben waarvoor géén officieel tarief bepaald is, of waarvoor het zwaartepunt buiten het ziekenhuis gesitueerd is en volledig moeten instaan voor de onkosten, zullen meestal de disciplines zijn die gedeconventioneerd werken. Echter, omdat

zij zich niet uit de markt willen prijzen, zullen de deconventietarieven extramuraal vooral een kostendekkende functie hebben, eerder dan een andere.

- Omdat de arts van oordeel is dat dienst naam, faam, expertise, opleidingsduur dit toelaat zonder de concurrentiepositie aan te tasten.

- Informed consent

Afgezien van de talrijke beperkingen op het vragen van ereloonsupplementen en van de afficheringsplicht van de arts inzake verbintenis-uren moet de patiënt duidelijk vooraf geïnformeerd zijn over de aanrekening van ereloonsupplementen. Het gaat hier om de toepassing van Art. 73, §1 ZIV-wet, van artikel 8 § 2 van de patiëntenrechtenwet,

- Waarom neemt de deconventioneringsgraad toe ?

Op 26.10.2022 meldt de Standaard "Amper 20 procent van de oog-chirurgen was in 2021 nog volledig geconventioneerd en hield zich dus te allen tijde aan de officiële tarieven. In 2012 was dat nog 35 procent. Bij gynaecologen zakte dat aantal van 38 naar 23 procent. Diezelfde trend zette zich ook door bij een hele reeks andere ziekenhuisartsen, blijkt uit de cijfers die De Standaard opvroeg bij de Belgische ziekteverzekering (Riziv). Voor alle Belgische ziekenhuisartsen samen daalde het -aantal volledig geconventioneerde artsen van 75 procent naar 68 procent. Dat heeft onvermijdelijk -gevolgen voor de patiënt."

De visies inzake de toename van de deconventioneringsgraad lopen sterk uiteen tussen enerzijds de ziekenfondsen, overheid en anderszijds de betrokken artsengroepen.

- vanuit de visie van de ziekenfondsen gaat het om inhaligheid van de artsen. De titel van de krantenkop De Standaard op 26.10.2022 spreekt boekdelen. Dr. Paul Callewaert van Solidaritis is aan het woord: 'Voor sommige artsen is veel verdienen nog niet genoeg'.
- vanuit artsenhoek klinken de geluiden heel anders:
 - o jaar na jaar wordt een gedeelte van de index die bedoeld is om de erelonen koopkrachtvast te maken niet toegekend, maar besteed aan andere projecten, waardoor het alsmear moeilijker wordt om vanuit de erelonen de kosten van personeel, materiaal en infrastructuur te betalen; dit geldt in het bijzonder voor de extramurale praktijken die ook de facto géén enkele mogelijkheid hebben om Riziv-nomenclatuur boven een waarde K-120 aan te rekenen.
 - o ziekenhuizen vragen steeds meer afdrachten van de erelonen, ook van de ereloonsupplementen. Dit leidt tot een vicieuze cirkel waarbij artsen zich steeds meer deconventioneren ter compensatie van hogere afdrachten.
 - o De overheid voorziet een structurele enveloppe van 100 miljoen euro als kostencompensatie voor de geconventioneerde zorgverleners, en dit bovenop de van toepassing zijnde indexmechanismes. Hierdoor worden disciplines die deconventioneren om kostendekkend te kunnen werken nog meer gedwongen om te deconventioneren.
 - o ook vanuit weddetrekkende universitaire artsen is er onvrede met het niet toekennen van de volledige index aan de honoraria. Immers de totale honorariamassa zijn een belangrijke basis voor de mogelijkheden tot uitbreiding van het medisch kader in universitaire ziekenhuizen: zonder toename van honorariummassa onvoldoende instroom van nieuwe stafleden.

- Toekomst van de deconventie ?

Conventie en deconventie zijn onderdelen van een tariefakkoord. Dergelijk akkoord laat toe dat afgeweken wordt van het beginsel waarbij de arts vrij zijn tarief bepaalt. Een akkoord bepaalt tarieven voor prestaties die voorzien zijn van een nomenclatuurcode. Prestaties zonder nomenclatuurcode vallen buiten het akkoord. Deconventie zou niet mogen leiden tot minder toegankelijkheid van gezondheidszorg. Daarom zijn er tal van beperkingen voorzien inzake deconventie. Binnen ziekenhuizen is het maximumtarief voor gedeconventioneerde artsen beperkt door een belangrijk aantal voorwaarden : noodzaak tot verblijf in eenpersoonskamer, beperking maximumtarief in geval van laagvariabele zorg, verbod tot ereloonsupplementen op de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen inzake klinische biologie en medische beeldvorming, informed consent, maximum bepaald door de algemene regeling van het ziekenhuis . Daarnaast genieten talrijke categorieën van patiënten tariefbescherming, zelfs indien zij een kamer alleen bezetten: patiënten met een medische noodzaak tot een eenpersoonskamer, kinderen die vergezeld zijn van hun ouders, bepaalde categorieën van "behartigenswaardige" patiënten, patiënten die gezien worden tijdens een georganiseerde wachtdienst, patiënten die op een eenpersoonskamer liggen omdat er geen tweepersoonskamers of gemeenschappelijke kamers beschikbaar zijn, een patiënt die opgenomen wordt op een intensieve zorgen afdeling of op een spoedgevallendienst.

Het wetsontwerp van 27.10.2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg stelt (p.5) dat " voor de zorgverleners een algemene verplichting voorziet om de tarieven te respecteren wanneer zij ambulante zorg verlenen aan een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming », wat dus neerkomt op een verbod op het aanrekenen van honorariumsupplementen voor ambulante zorg voor patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Dit recht wordt verworven onder een grensbedrag voor het bruto-inkomen (per 1.12.2022) van 24.638,79 € per titularis en 4.561,31 € per bijkomende persoon ten laste.

Daarnaast wordt een verbod op ereloonsupplement door gedeconventioneerde artsen opgelegd voor ambulante patiënten die in een ziekenhuis een CT- of MRI onderzoek moeten ondergaan. Dit gaat veel verder dan de overeenkomst in het medicomutualistisch akkoord, waarbij overeengekomen werd dat in ieder ziekenhuis de verplichting gold om ambulante CT en MR onderzoeken aan conventietarief aan te bieden.

De lijst van verbodsbepalingen groeit mettertijd zodat de deconventie inhoudelijk wordt uitgehoud. Tegelijkertijd wordt een inkomstenbron van het ziekenhuis aangetast. Dit zou niet het geval zijn mocht de beperking op deconventie gepaard gaan met toename van de tarieven binnen het akkoord.

- Toekomst van tariefakkoorden ?

Het is duidelijk dat de artsen steeds minder bewegingsruimte krijgen binnen de deconventie. Er wordt voorbij gegaan aan het feit dat de grootste ereloonsupplementen zich bevinden binnen de geconventioneerde artsen. Het is dan ook grievend wanneer de Minister in het Wetsontwerp van 27.10.2022 beweert : « *Het is wel zo dat in de praktijk een verantwoordelijke zorgverlener niet makkelijk een supplement vraagt aan een rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. De minister beschikt wel over gegevens die redelijk onthutsend zijn over de mate waarin supplementen worden gevraagd aan deze patiënten.* » Dergelijke insinuaties zonder cijfermatige ondersteuning zijn niet licht te nemen.

De gedachtengang dat een toenemende uitholling van deconventie automatisch zal leiden tot meer conventie is onjuist want de afweging zal gemaakt worden of het sociaal statuut voldoende compensatie

is voor de lage tarieven voor bepaalde prestaties die niet kostendekkend zijn. Voor steeds meer specialismen is er geen ander alternatief dan deconventie en zo nodig een algehele opzeg van een tariefakkoord.

Zonder tariefakkoord zijn de artsen in principe vrij het honorariumtarief te bepalen, maar de Minister heeft de mogelijkheid om tarieven op te leggen. Toch mag dit niet lichtzinnig opgevat worden : tariefakkoorden bevatten immers ook correctiemaatregelen wanneer bepaalde budgettaire limieten worden overschreden. Zo kunnen bij budgetoverschrijding verminderingen aangebracht worden aan de sleutelletters van nomenclatuurprestaties, kunnen wijzigingen aangebracht worden aan forfaitaire betalingswijzen. Een tariefakkoord is dan ook een belangrijk beheersmechanisme van budgettaire controle naast een borgstelling dat iedere patiënt, ongeacht zijn socio-economische status, toegang heeft tot een kwaliteitsvolle geneeskunde. Een tariefakkoord garandeert een normale ontwikkeling en update van de nomenclatuur en borgt de werkzaamheden van de Technisch Geneeskundige Raad en deze van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

Conventie, deconventie, tariefakkoord zijn onlosmakelijk met mekaar verbonden en even onlosmakelijk met toegankelijkhe medische zorg binnen een strak begrotingskader. De deconventiegraad is een goede graadmeter om te peilen in hoeverre het tariefakkoord nog draagkracht heeft bij de zorgverstrekkers.

3.2 Accreditering

In 2021 werd een reorganisatie van de accreditering voor de artsen voorgesteld. De voorgestelde tekst werd verworpen. Daardoor is de werking van de accreditering gewoon verder blijven lopen zoals voorheen.

Een recente evolutie in de accreditering zijn de erkenningen voor elektronische opleidingen en de toekenning van 0,5 CP voor activiteiten van 30 minuten.

79,06% van de artsen is geaccrediteerd. De huisartsen scoren laag met 48,59%. Deze score is echter vertekend, omdat alle artsen die geen specialisme uitoefenen als huisarts worden beschouwd, met inbegrip van de RIZIV-nummers eindigend op 000. De werkelijke accrediteringsgraad van de huisartsen (003, 004,...) ligt op 64,69%.

Opmerkelijk is dat de laagste scores bij de specialisten worden aangetroffen bij de chirurgen (plastische chirurgie, stomatologie, algemene heelkunde en neurochirurgie). Inwendige geneeskunde heeft een accrediteringsgraad van 56,97%. Van alle artsen-specialisten is 64,49% geaccrediteerd. Alle cijfers en percentages zijn te vinden in onderstaande tabel (situatie december 2022).

Statistieken Accreditering 12/2022

Beschrijving	Act. Fr.	Act. NI.	Act. De.	Act. Tot.	Accr. Fr.	Accr. NI.	Accr. De.	Accr. Tot.	% Accr.
Arts 000 & 009	1935	1536	1	3472	0	1	0	1	0,03
Algemeen geneeskundige 001-002	590	716	1	1307	0	1	0	1	0,08
Erkend huisarts 003-004-007-008	7659	9040	5	16704	4853	6714	1	11568	69,25
Kandidaat huisarts 005-006	1281	1053	1	2335	0	0	0	0	0,00
Totaal huisartsen	11465	12345	8	23818	4853	6716	1	11570	48,58
Arts-specialist in opleiding (ASO)	3167	3509	0	6676	1	3	0	4	0,06
Neuropsychiatrie	63	68	0	131	8	10	0	18	13,74
Plastische heelkunde	158	177	0	335	45	79	0	124	37,01
Stomatologie	158	231	1	390	38	142	0	180	46,15
Heelkunde	805	911	0	1716	314	515	0	829	48,31
Neurochirurgie	115	160	0	275	57	77	0	134	48,73
Inwendige geneeskunde + endocrino-diabetologie	855	594	1	1450	483	343	0	826	56,97
Klinische biologie	295	325	0	620	143	219	0	362	58,39
Orthopedie	565	736	0	1301	293	485	0	778	59,8
Anesthesie-reanimatie	1314	1357	4	2675	684	942	0	1626	60,79
Urologie	221	317	1	539	131	214	0	345	64,01
Pediatrie + pediatriische neurologie	1102	902	2	2006	714	602	2	1318	65,7
Gynaecologie en verloskunde	989	852	3	1844	608	608	1	1217	66
Nucleaire geneeskunde	189	151	0	340	119	106	0	225	66,18
Psychiatrie	1124	1139	0	2263	702	807	0	1509	66,68
Pathologische anatomie	181	226	0	407	113	163	0	276	67,81
ORL	406	392	0	798	260	293	0	553	69,3
Cardiologie	713	674	0	1387	471	492	0	963	69,43
Röntgendiagnose	959	1016	2	1977	617	764	2	1383	69,95
Acute geneeskunde & urgentiegenesk.	627	617	0	1244	383	491	0	874	70,26
Radiotherapie	103	158	0	261	63	122	0	185	70,88
Fysische geneeskunde of fysiotherapie	246	370	0	616	160	283	0	443	71,92
Gastro-enterologie	368	330	0	698	251	253	0	504	72,21
Pneumologie	284	226	0	510	194	176	0	370	72,55
Oftalmologie	601	732	0	1333	413	558	0	971	72,84
Medische oncologie	198	166	0	364	134	134	0	268	73,63
Dermato-venereologie	430	439	1	870	293	351	1	645	74,14
Reumatologie	140	145	1	286	99	116	0	215	75,17
Neurologie	346	394	1	741	254	305	0	559	75,44
Geriatric	191	244	0	435	144	202	0	346	79,54
Apotheker-bioloog	312	433	0	745	169	221	0	390	52,35
Andere specialiteiten	22	18	0	40	3	3	0	6	15,00
Totaal artsen-specialisten	14080	14500	17	28597	8360	10076	6	18442	64,49
Totaal Artsen-specialisten + ASO	17247	18009	17	35273	8361	10079	6	18446	52,29
Totaal	28712	30354	25	59091	13214	16795	7	30016	50,80

3.3 Collectieve overeenkomst over de loon- en arbeidsvoorwaarden van de kandidaat-specialisten

De inhoud van de Collectieve Overeenkomst van 19.07.2021 en de interpretatieregels kunnen worden geraadpleegd op de website van de FOD Volksgezondheid: www.aso-macs.be. De wetteksten en andere nuttige informatie over het statuut en de opleiding van de ASO's zijn daar in detail beschikbaar voor zowel MACS als stagemeeesters.

De ASO's kunnen er informatie vinden over de verschillende beroepsorganisaties. Zo lezen ze o.m.:

“De beroepsverenigingen, de artsensyndicaten en de wetenschappelijke verenigingen van artsen hebben als opdracht de professionele zorgverleners te vertegenwoordigen en hun rechten te verdedigen, wetenschappelijk onderzoek te publiceren of conferenties te organiseren ... Maar dat is niet alles, ze

hebben ook verschillende rollen en wettelijke verantwoordelijkheden tijdens uw opleiding, alsook voor uw stagemeeesters.

Ze organiseren didactische activiteiten zoals bepaald in artikel 16 van het ministerieel besluit van 23 april 2014 en waaraan u regelmatig moet deelnemen tijdens uw opleidingstraject.

Artikel 20 van datzelfde besluit geeft de beroepsverenigingen van het betrokken specialisme ook de opdracht om, naast de universiteiten en onder toezicht van de minister van uw gemeenschap die bevoegd is voor Volksgezondheid, de eindevaluatie van uw opleiding paritair te organiseren.

Ten slotte wordt de opleiding die elke stagemeeester jaarlijks moet volgen, in het kader van artikel 23 van datzelfde besluit, georganiseerd door wetenschappelijke instellingen, beroepsverenigingen en/of universitaire instellingen.”

De ASO heeft via een link in deze online-brochure o.m. rechtstreeks toegang tot de VBS-website.

De NCAZ heeft haar werkzaamheden in 2022 voortgezet. Het dossier over de toepassing van de collectieve overeenkomst van 19.07.2021 stond systematisch op de agenda (toepassingsmodaliteiten, instrument voor werktijdenregistratie enz.).

In 2022 werden bij koninklijk besluit van 18 april de vertegenwoordigers van de ASO's in de NCAZ benoemd (2 effectieve zetels voor de VASO (Vlaamse vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding) en 2 effectieve zetels voor DeMeFF (Délégation des Médecins Francophones en Formation), met telkens 2 plaatsvervangers).

Het VBS steunt ondubbelzinnig de naleving van de overeenkomst op dezelfde wijze als we het belang van kwaliteit en opleidingsdoelstellingen steunen.

De problemen die zich bij de uitvoering in de praktijk nog kunnen voordoen, worden binnen de NCAZ besproken en aan de ziekenhuizen worden verduidelijkingen over de uitvoering bezorgd. Het is daarom belangrijk dat de ziekenhuiskoepels correct en nauwkeurig met hun ziekenhuizen en stagemeeesters communiceren.

In de NCAZ werd bezorgdheid geuit over het initieel toegewezen aanvullend budget (20 + 10 miljoen) en de verdeling ervan via het BFM. Voor zover wij weten, is de situatie nog niet opgehelderd.

Bovendien zou door budgettaire keuzes in 2022 deze enveloppe zijn teruggebracht van 20 miljoen tot 5 miljoen.

Een bij KB van 6 september 2022 (BS 10.10.2022) gepubliceerd addendum bij de overeenkomst breidt de tussentijdse indexverhoging op 01.06.2022 uit naar de ASO's.

Wat het kwaliteitsaspect van de opleiding betreft, was **de representativiteit van de ASO's in de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen** voor ons van bijzonder belang.

Het is immers zo dat elke kamer (Franstalig en Nederlandstalig) is samengesteld uit 12 artsen die de universiteiten vertegenwoordigen en 12 artsen die de beroepsorganisaties vertegenwoordigen. Onder de 12 leden die de beroepsorganisaties vertegenwoordigen, zijn er weliswaar 2 zetels voor de ASO's voorzien, zoals dit ook het geval is bij de huisartsen, maar sinds een aantal jaren worden deze plaatsen bezet door artsen die niet meer in opleiding zijn. In 2022 is **geen enkele** arts in opleiding meer vertegenwoordigd in de Hoge Raad.

Wij zijn van mening dat een kwaliteitsvertegenwoordiging, **op voordracht van de representatieve organisaties van artsen-specialisten** en huisartsen in opleiding, essentieel is binnen de Hoge Raad. Deze artsen zijn volwaardige leden van de Hoge Raad. In juni 2022 stuurde het VBS een vraag dienaangaande naar minister F. Vandenbroucke.

Er zij aan herinnerd dat de opleiding tot arts-specialist geen academische opleiding is dit tot een wetenschappelijke titel leidt, zoals het diploma van master in de geneeskunde, maar een opleiding die toelaat het beroep uit te oefenen in een van de specialismen die zijn erkend bij het KB van 21 november 1991 tot vaststelling van de beroepstitels. Het gaat dus wel degelijk om een beroepsopleiding.

Daarom stellen wij voor dat iedere beroepsvereniging in haar bestuur vertegenwoordigers heeft van de artsen-specialisten in opleiding. De BV's zullen de ASO's raadplegen voor advies over bijvoorbeeld criteria die eigen zijn aan hun opleiding of belangrijke beslissingen die hen betreffen.

Op juridisch vlak verbindt het VBS zich er overigens toe rechtsbijstand te verlenen bij juridische of andere geschillen in het kader van hun opleiding.

We zullen 2022 dus onthouden als een jaar waarin de CO volledig van toepassing was en waarin de elementen van de arbeidsovereenkomst konden worden verduidelijkt.

Een grondige gezamenlijke reflectie over de kwaliteit van de opleiding is eveneens van cruciaal belang. De samenwerking van alle betrokkenen (stagemeeesters, ASO's) binnen een structuur als de Hoge Raad is noodzakelijk. De verscheidenheid in de opleiding tussen de diverse specialismen vormt een moeilijkheid die kan worden opgelost door de terreinkennis van de verschillende BV's die binnen het VBS zijn vertegenwoordigd en de aanbevelingen die zij kunnen doen.

Tot slot mogen ook de gevolgen voor de organisatie en soms voor het personeel van de diensten niet worden onderschat. Daar moet in de toekomst bij de ontwikkeling van de modellen van zowel intramurale als extramurale medische organisaties (met name i.v.m. de planningscommissies) rekening mee worden gehouden.

4 Vlaamse Gemeenschap

4.1 Voorzitterscollege

Het Voorzitterscollege (VC) is een orgaan dat is opgericht in 2017 via een Besluit van de Vlaamse Regering en bestaat uit de voorzitters van alle Nederlandstalige erkenningscommissies van artsen en de medewerkers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Problemen en voorstellen om de organisatie van de opleidingen te optimaliseren worden er besproken en voor verder gevolg teruggekoppeld naar de verschillende erkenningscommissies of geëscaleerd naar de juiste beleidsniveaus. Zowel Vlaanderen als het VBS-GBS hebben er (voorlopig vruchteloos) op aangedrongen om ook in Wallonië een dergelijke structuur op te zetten omdat nog vele aspecten met betrekking tot de opleiding, binnen de bevoegdheid vallen van de federale overheid. Input vanuit en samenwerking tussen gelijkaardige structuren en met de Hoge Raad is immers aangewezen om op ook op het federale niveau op een dynamische en efficiënte wijze resultaten te kunnen boeken. De frustratie rond het jarenlange uitblijven van de actualisering van de erkenningscriteria van vele disciplines is een voorbeeld van een thema dat binnen de bevoegdheid ligt van de federale overheid en waar het voorzitterscollege door gebrek aan partner bij de Franstalige gemeenschap, geen snelle modernisering kan doorduwen.

Dat neemt niet weg dat het Voorzitterscollege, samen met het VAZG, belangrijke thema's hebben kunnen initiëren, uitklaren of reeds stelselmatig verbeteringen hebben kunnen aanbrengen in het kader van de opleiding die binnen de bevoegdheden van Vlaanderen liggen. Een overzicht (op basis van de verslaggeving van de zittingen):

1) Uitwerking van actiepunten van het voorzitterscollege uit 2021

In het kader van transparantie heeft het VAZG een **eenduidige informatietabel** uitgewerkt die per discipline op de website van VAZG is geplaatst. Naast *algemene* informatie (verwijzing naar de taken van

de EC, overzicht van de in te dienen documenten en algemene erkenningscriteria) bevat de tabel ook *specifieke* informatie bevatten (verwijzing naar de samenstelling van de EC en de specifieke erkenningscriteria, data van zittingen en andere erkenningsgebonden informatie zoals de ontvangen publicatieregels.

2) Bevraging over akkoord rond tewerkstellingsvoorwaarden ASO's

Het voorzitterscollege stelde tijdens de zitting van 23/06/2021 de vraag om volgende twee vragen per erkenningscommissie op te nemen:

- a) Wat is de impact van dit akkoord op de kwaliteit van de opleiding: wordt er bijvoorbeeld minder blootstelling aan pathologie verwacht?
- b) Wat is de impact van dit akkoord op de haalbaarheid van de opleiding: gaan stagediensten dit akkoord kunnen dragen aangezien financiële repercussies nog onduidelijk. De antwoorden gingen van "geen impact verwacht" tot "enige bezorgdheid over de kwaliteit van en exposure tijdens de opleiding". Er is ook onduidelijkheid over de financiële afwikkeling m.b.t. in de CO¹ voorziene compensatie voor de bijkomende kosten vanuit de overheid.

Voor de verdere bespreking heeft het voorzitterscollege de vertegenwoordiger van het VASO uitgenodigd.

Het VASO heeft op vraag van Minister Vandenbroucke in oktober 2021 een **bevraging onder ASO's** heeft gedaan waarbij er volgens hen toen slechts een beperkte impact werd gevonden op de organisatie van wachtdiensten en de arbeidsduur, tenzij bij disciplines zoals heelkunde gelet op financiële repercussies verbonden aan oncomfortabele uren en bereikbare wachten. Intussen zijn er wel veranderingen voelbaar op wachtdiensten en is voldoende klinische blootstelling hoewel geen impact hierop in oktober, een zorg van de ASO's. Belangrijk om dit objectief te onderzoeken, bijvoorbeeld aan de hand van rapporten uit medbook na afloop van het eerste jaar en idealiter op lange termijn. Voor objectief onderzoek naar de financiële repercussies is het wachten op een **analyse van het RSZ**.

- Het voorzitterscollege beklemtoont als hoogste doelstelling dat bekwame artsen worden erkend en dat extra stage wettelijk opgelegd kan worden indien lage **klinische blootstelling** geobjectiveerd wordt. Het VASO geeft als antwoord hierop dat er aan de exposuretijd (wet op arbeidsduur) niets veranderd is. Als er enige impact te verwachten is, is dat door een **reorganisatie van diensten** omwille van de CO en dus omwille van financiële repercussies. We kunnen niet aanvaarden dat daardoor exposuretijd negatief wordt beïnvloed. Bevraging rond kwaliteit is hiertoe belangrijk. Er zijn ook stageplaatsen waar de kwaliteit minder is. Belangrijk om die plaatsen te identificeren en daar ook effectief iets mee te doen. Dit betreft evenwel bevoegdheid van de federale overheid. In dit kader wordt er vanuit het VASO voor gepleit om het beleid onder één dak te brengen.

Voorlopige conclusie: er is enerzijds de bezorgdheid omtrent voldoende klinische exposure en de vraag tot objectivering en anderzijds is er de bezorgdheid omtrent herverdeling van taken van ASO's in functie van financiering. Binnen het voorzitterscollege wordt afgesproken om een werkgroep op te starten die dit verder opvolgt.

3) Erkenningen niet-EER

Algemene info:

- EER-specialistendiploma's die niet automatisch volgens de Europese Richtlijn in ons land erkend kunnen worden in, legt het VAZG voor advies voor aan de betreffende EC. De EC kijkt elke aanvraag dan individueel na op opleiding en ervaring. In geval van wezenlijke verschillen kan de EC conform diezelfde Europese richtlijn compenserende maatregelen opleggen: bekwaamheidstoets OF stage. Bij gebrek aan

een wettelijk kader voor niet-EER- specialistendiploma's worden niet-EER-dossiers – in het kader van het gelijkheids- en non- discriminatiebeginsel – op dezelfde manier benaderd als EER-diploma's die niet automatisch erkend kunnen worden.

- Taal is inherent aan het visum dat federaal is. Van zodra iemand het visum ontvangt, wordt geacht dat men één van de drie landstalen kent.

- NARIC Vlaanderen is bevoegd voor Vlaanderen en Brussel. Van zodra het niet-EER- basisdiploma gelijkwaardig wordt verklaard door NARIC Vlaanderen, mag men enkel in Vlaanderen en Brussel werken. Met die gelijkwaardigheid kan men vervolgens een visum van de FOD verkrijgen en indien men later erkend wordt door het Agentschap, dan geldt die erkenning voor gans België.

Probleemstellingen vanuit EC's:

- Er worden restricties opgelegd aan kandidaten met een nationaal diploma via planningscommissie en er zijn daarnaast tickets per universiteit terwijl de toegang onbeperkt is voor mensen met een erkend (niet-EER) diploma.

- De behandeling van niet-EER erkenningsaanvragen en in het bijzonder de beoordeling van de genoten opleiding is niet evident op basis van de ingediende stukken. Ook op niveau van taal zijn er frequent moeilijkheden die vaak duidelijk worden tijdens een hoorzitting. Kan de Orde der Artsen een taak hierin opnemen?

- Het NARIC centrum van de Franse gemeenschap zou minder performant zijn waardoor heel veel 'Franstalige' artsen zich richten tot de Vlaamse NARIC commissie omdat de dossiers daar sneller behandeld worden.

- Er is enerzijds vrij verkeer van mensen en goederen binnen de EER, maar anderzijds is er ook de nationale verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast is er de nood aan billijkheid over gemeenschappen heen om de variatie in beoordeling tegen te gaan.

Vraag van het voorzitterscollege: Kan (in overleg met de Franse gemeenschap) werk gemaakt worden van een duidelijk en homogeen kader met betrekking tot de adviesverlening van niet-EER dossiers?

Bijkomende voorstellen VZ-college:

- Vanuit de EC urgentiegeneeskunde komt de suggestie om de dossiers te beoordelen volgens de CANMEDS-rollen. Hierbinnen zit dus ook "communicatie" vervat.

- Het d'office afnemen van een examen op basis waarvan de EC kan nakijken of er al dan niet nog bijkomende stage nodig is.

Er is geen wetgeving i.v.m. de internationale erkenningsaanvragen, het is aan de FOD om deze op te stellen. VAZG werkt wel aan een procedurebesluit voor deze aanvragen: hierin zal o.a. staan welke documenten ingediend moeten worden en welke beroepsmogelijkheden er voor de kandidaat zijn.

Conclusie: Controle van de taal en het opstellen van erkenningscriteria zijn een federale bevoegdheid. VAZG stelt een nota gericht aan het federale niveau waarin alle probleemstellingen opgenomen worden. Ondertussen zullen de erkenningscommissies de voorgelegde dossiers beoordelen in functie van de CANMEDS-rollen, zoals dat overigens ook van toepassing is voor de eigen ASO's waarbij er corrigerende maatregelen kunnen worden opgelegd voor eventuele tekortkomingen indien nodig.

4) Stand van zaken actualisering specifieke erkenningscriteria

VAZG heeft een stand van zaken opgevraagd bij dr. Waterbley (secretaris van de federale Hoge Raad van arts-specialisten en van huisartsen) die meedeelt dat het werk tot actualisering van erkenningscriteria werd hervat: de adviezen zullen opnieuw grondig bekeken worden waarbij voortaan rekening moet gehouden worden met een zwaardere procedure onder andere door de Europese proportionaliteitswetgeving (brede communicatie met mogelijkheid tot inbreng).

Het VZ-college heeft vernomen dat de Hoge Raad inderdaad gesprekken voert met erkenningscommissies en betreurt dat de Hoge Raad geen werk lijkt te maken van een generieke wet om de criteria snel en dynamisch te kunnen aanpassen gedirigeerd door erkenningscommissies van de beide taalgemeenschappen en beroepsverenigingen. Het belang ervan was nochtans eerder vanuit het VZ-college aan de Hoge Raad doorgegeven om te vermijden dat de periode tot actualisering van erkenningscriteria steeds weer zoveel tijd vraagt, wat een hypothek legt op de kwaliteit van de opleiding. Hiervoor moeten de criteria snel aangepast kunnen worden zonder onder meer tijdrovende consultatierondes.

Daarnaast vreest het VZ-college dat deze keer de zwaardere procedure een struikelblok vormt tot het snel publiceren van de geactualiseerde erkenningscriteria. Het VZ-college wenst daarom contact op te nemen met het federale kabinet Vandenbroucke om haar voorstel toe te lichten. Gezien zijn adviesfunctie aan de Vlaamse administratie, dient dit echter een politieke weg te volgen en kan er geen rechtstreeks contact worden opgenomen met het kabinet Vandenbroucke.

5) Punten vanuit de administratie

a) VOORSTELLEN TOT ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING:

Aanpassing BVR van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsenspecialisten en van huisartsen (procedurebesluit) – HR (huishoudelijk reglement)

Gelet op de opdracht van de Vlaamse Regering tot administratieve vereenvoudiging neemt VAZG haar processen onder de loep. VAZG vraagt de voorzitters van het VZG om

eventuele verbeteringen aan het BVR of het HR door te geven aan Els Bernaerts via artsen@vlaanderen.be. De administratie zal hiertoe beide documenten bij het verslag toevoegen.

Kunnen alle erkenningscommissies

elektronische validatie aanvaarden als ondertekening van stagerapporten? De secretarissen zullen dit punt ter zitting opnemen.

b) DIGITALISERING VAN DE ERKENNINGSPROCESSEN VAN UNIVERSITAIRE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN: VANAF 01/04/2022 INDIENING VIA E-LOKET

In navolging van eerdere communicatie is het universitaire team van VAZG vanaf 25/04/2022 opnieuw van start gegaan met het e-loket voor arts-specialisten. Vanaf deze datum worden nieuwe stageplannen e.d. van ASO's voortaan via het e-loket overgemaakt en niet langer via post of mail. VAZG stuurt hieromtrent nog een communicatie uit naar alle ASO's en universitaire secretariaten.

De vraag wordt gesteld of VAZG ervoor kan zorgen dat de ASO's toegang kunnen hebben tot een permanent overzicht van de status van hun dossier zodat men kan zien of een aanvraag ontvangen/goedgekeurd werd. Dit is niet opgenomen in de huidige fase, maar de mogelijkheid wordt bekeken. Een van de huidige pistes is om dit in de toekomst te doen via het Burgerprofiel.

Ten behoeve van een vlotte werking van de erkenningscommissies worden de stageboekjes en bijbehorende bewijsdocumenten momenteel ook opgeladen in een beveiligd portaal, waartoe de leden van de erkenningscommissies toegang hebben. Hierdoor kunnen dossiers reeds voor de gemeenschappelijke zitting worden ingekeken en beoordeeld worden. Alle documenten zijn nu onmiddellijk ter beschikking van de erkenningscommissies. Dit levert reeds een enorme tijds winst op

voor iedereen en zal wellicht nog verder kunnen worden geoptimaliseerd wanneer er ooit een structurele koppeling zou kunnen gemaakt worden tussen Medbook, waarin ASO's en stagemeesters rapporteren en dit platform.

6) PhD-ASO's

De koppeling van een PhD aan een opleiding tot arts-specialist kan tot problemen leiden voor de phd-ASO met de fiscus, de opleidingscriteria en de verantwoordelijkheden binnen het ziekenhuis. Dit wordt momenteel per erkenningscommissie geïnventariseerd met het doel om hieromtrent beschermende regelgeving uit te werken.

7) Work-Life balance en stopzetting opleidingen

Dit wordt een nieuw thema voor verder onderzoek, zowel met het oog op optimalisatie van de opleidingen als met het oog op de inschatting van de impact op de toekomstige beschikbaarheid van arts-specialisten.

5 Franse Gemeenschap

5.1 Activiteiten van de Adviescommissie voor de planning van het medisch aanbod

Het besluit tot benoeming van de leden werd op 23.11.2021 in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. De Commissie telt vertegenwoordigers van de Académie Royale de Médecine, van de UCL, de ULiège, het Collège de Médecine Générale de Belgique francophone, de artsen-specialisten, de universitaire ziekenhuizen, de niet-universitaire ziekenhuizen, de patiënten, het Intermutualistisch College, van de 6 ministers die bevoegd zijn voor gezondheid, de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen, het RIZIV, de Federale Planningscommissie, de Federale Raad voor Verpleegkunde, de Federale Raad voor Vroedvrouwen, de paramedische beroepen, apothekers, kinesitherapeuten en de geestelijke gezondheidszorg. Verder zijn er vertegenwoordigers voor de tandartsen aangewezen, die net als de artsen door verschillende instanties zijn afgevaardigd. Deze Commissie gaat immers over de planning van zowel artsen als tandartsen.

Er vinden plenaire commissievergaderingen, vergaderingen van het bureau en van de werkgroepen 'Artsen' en 'Tandartsen' plaats.

Op VBS-niveau zijn Baudouin Mansvelt, Marianne Michel en Jean-Luc Demeere aanwezig (als vertegenwoordigers van de Hoge Raad).

De werkzaamheden van de commissie zijn gebaseerd op informatie van de verschillende in deze commissie vertegenwoordigde structuren. Het werk is gericht op een reële inschatting van de behoeften van de bevolking en een nauwkeurige analyse van de artsen in opleiding.

In december 2022 heeft de commissie het advies voorgelegd aan de bevoegde ministers voor de planning van het aantal huisartsen. Voor 2023 werd een percentage van 43% huisartsen voorgesteld.

In deze commissie werd aardig wat werk verzet, ook al zijn de voorstellen momenteel nog enigszins beperkt. In 2022 werden meer dan 10 videovergaderingen gehouden.

6 Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen

6.1 Elektronisch patiëntendossier

Bij brief van 03.02.2022 heeft de minister van Volksgezondheid de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen om advies gevraagd over het elektronisch patiëntendossier.

Concreet worden twee vragen gesteld:

1. Welke bijkomende gegevens zijn noodzakelijk en/of nuttig voor uw gezondheidszorgberoep die in de behoeften-inventaris van een elektronische dossier zouden moeten opgenomen worden?
2. Wat zijn de noodzakelijke voorwaarden om de verplichting naar een elektronisch dossier mogelijk te maken?

Deze vragen worden gesteld in het kader van de wet van 22 april 2019, bekend als de Kwaliteitswet, en meer bepaald van de artikelen 33 en 34 van deze wet.

Artikel 33 bepaalt welke gegevens zich in dit elektronisch dossier moeten bevinden. Hierbij kan de aandacht worden gevestigd op:

1. Identificatie van de gezondheidszorgbeoefenaar (GZB) zelf en in voorkomend geval van de verwijzer en van de GZB's die tussenkwamen (art. 33, 3°)
2. Reden van het contact of de problematiek bij de aanmelding (art. 33, 4°)
3. Weergave van overleggesprekken met de patiënt, andere GZB's of derden (art. 33, 7°)
4. GezondheidsDOELEN en wilsverklaringen ontvangen van de patiënt (art. 33, 9°)
5. KARAKTERISATIE van de patiënt als bedoeld in artikel 12 (art. 33, 11°)
6. Doorverwijzingen naar andere GZB's, diensten of derden (art. 33, 14°)
7. Informatie die in toepassing van art. 7, § 2, en 8, § 3, van de wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt werd meegedeeld aan een vertrouwenspersoon of aan de patiënt in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon (art. 33, 18°)
8. Verzoek van de patiënt dat informatie niet aan hem wordt verstrekt in toepassing van art. 7, § 3, en 8, § 3, van de wet van 22.08.2002 (art. 33, 19°)
9. Motivering voor het onthouden van informatie aan de patiënt in toepassing van art. 7, § 4, van de wet van 22.08.2002 (art. 33, 20°)
10. Vertrouwenspersoon... inzagerecht uitoefenen en identiteit vertrouwenspersoon in toepassing van art. 9, § 2, de wet op de rechten van de patiënt (art. 33, 21°)
11. Motivering van gehele of gedeeltelijke weigering van inzage in of afschrift van het patiëntendossier aan een vertegenwoordiger (art. 15, § 1, wet patiëntenrechten) (art. 33, 22°)
12. Motivering van de afwijking van de beslissing van een vertegenwoordiger van de patiënt in toepassing van art. 15, § 2, van de wet patiëntenrechten (art. 33, 23°)

De antwoorden van de twee Raden lopen fundamenteel uiteen.

6.2 Wijziging uitoefening gezondheidszorgberoepen: de verpleegkundige

KONINKRIJK BELGIE	ROYAUME DE BELGIQUE
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU	SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
Voorontwerp van wet tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerde op 10 mei 2015, teneinde de basisverpleegkundige en de klinisch verpleegkundig onderzoeker hierin op te nemen	Avant-projet de loi modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue d'y insérer l'aide-infirmier et l'infirmier chercheur clinicien

Een wetsontwerp tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, wil een nieuwe beroepstitel creëren, namelijk die van basisverpleegkundige (*aide-infirmier* in de Franse tekst) en die van klinisch verpleegkundig onderzoeker (*infirmier chercheur clinicien*).

De beroepstitels zijn gelinkt aan het opleidingsniveau:

NIVEAU 4	Algemeen beroepsonderwijs	Zorgkundige
NIVEAU 5	Graduaat Beroepsonderwijs	Basisverpleegkundige (<i>aide infirmier</i>)
NIVEAU 6	HOBu (hoger onderwijs buiten de universiteit) Bachelor	Verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger
NIVEAU 6	Bijzondere beroepstitels BaNaBa	Verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger (in de oncologie, intensieve zorg e.d.)
NIVEAU 7	Universitair Master	Praktijkverpleegkundige
NIVEAU 8	Universitair Doctoraat	Klinisch verpleegkundig onderzoeker

Op Europees niveau laat alleen de titel van **verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger** een gelijkwaardigheid van diploma's en een mobiliteit op Europees niveau toe⁸. De opleiding beslaat 4.600 uur en omvat een vorming in alle 8 basiscompetenties van een verpleegkundige.

De opleiding van de basisverpleegkundige voldoet niet aan de Europese opleiding en de Europese titel. Met 3.800 uur opleiding kan de basisverpleegkundige geen verpleegkunde uitoefenen in Europa.

⁸ Richtlijn 2013/55/EU van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr. 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem interne markt ("de IMI-verordening").

Met de 3800 uur⁹ opleiding die in het voorontwerp van wet worden voorgeschreven voor de graduat, zal de basisverpleegkundige niet worden erkend als Europees verpleegkundige.

Het invoeren van de titel 'basisverpleegkundige' is een **politieke** beslissing. Deze zorgverlener, die in Vlaanderen, anders dan in Franstalig België (*aide infirmier* of verpleeghulp) verpleegkundige wordt genoemd, heeft dezelfde competenties als de verpleegkundige, die verantwoordelijk is voor de algemene zorg, maar mag alleen zorg verlenen in minder complexe situaties. De complexiteit zit hem dus niet in de zorg, maar in de situatie. Zo is bijvoorbeeld op intensieve zorg de zorg niet complex, maar de situatie wel. De basisverpleegkundige zou dus de zorg kunnen verlenen onder de "coördinatie" van de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de algemene zorg, in het kader van een team van zorgverleners.

Vlaanderen eist dan ook dat in de opleiding van de basisverpleegkundige de competenties worden onderwezen zonder dat er specifieke zorg wordt uitgebouwd, zoals pediatrie of andere zorg (mate van complexiteit van de situatie). De hogescholen in Vlaanderen moeten mogelijkheden voorzien om over te stappen van basisverpleegkundige naar de titel van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger.

Het wetsontwerp voert de titel van klinisch verpleegkundig onderzoeker in. Deze titel zou alleen toegankelijk zijn voor een master (verpleegkundig specialist). Een PhD in de verpleegkunde bestaat niet. Het is origineel om de niveau 8-opleiding te koppelen aan een beroepspraktijk, nl. die van klinisch verpleegkundig onderzoeker.

Ook origineel is dat de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de algemene zorg zorg zou kunnen voorschrijven, zonder medisch voorschrift. De tekst maakt gewag van voorschrijven door de arts of de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de algemene zorg. In de werkgroep van de FRV (Federale Raad voor Verpleegkunde) hebben verpleegkundigen gevraagd het recht te krijgen in het kader van multidisciplinariteit zorg voor te schrijven aan andere zorgprofessionals, zoals kinesitherapeuten en podologen. Niets remt de vooruitgang af, behalve misschien buitensporige ambitie. De verpleegkundig specialist zou zorgtaken van de artsen overnemen, zoals bepaalde follow-up van chronische ziekten, en zou, net als een vroedvrouw, ook voorschrijfrecht hebben (onderzoeken, zorg, medicatie?).

Commentaar

Art. 2, 3°

3° in § 1, tweede lid, wordt het woord "verpleegkundige" vervangen door de woorden "verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger"; **3° dans le § 1^{er}, alinéa 2, le mot « infirmier » est remplacé par le mot « infirmier responsable de soins généraux » ;**

Art. 2, 7°

De Nederlandse term "basisverpleegkundige" en de Franse term "aide-infirmier" lijken me niet dezelfde lading te dekken. De eerste is een verpleegkundige die een basisopleiding heeft gehad, de tweede helpt verpleegkundigen. In het Nederlands wordt een onderscheid gemaakt tussen een ziekenverpleger en

⁹ Art. 2, 7° van het voorontwerp van wet tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 (commentaar p. 7).

een basisverpleegkundige (zie art. 2, 3°). De term verpleegkundige zou moeten worden geschrapt. Momenteel is dit de enige term die een verpleegster of verpleger aanwijst.

Vervolgens wordt uiteengezet dat de basisverpleegkundige kan handelen in minder complexe situaties. Deze situaties worden verderop omschreven: preventie, behoud en bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven. Met andere woorden, de basisverpleegkundige bevindt zich niet op het gebied van de zorg of het curatieve domein, maar op het gebied van preventie en gezondheidsmarketing.

De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom kan handelen in minder complexe situaties. In complexere situaties werkt hij/zij binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger en/of de arts. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven.

L'aide-infirmier est un praticien de l'art infirmier qui peut agir de manière autonome dans des situations moins complexes. Dans des situations plus complexes, il/elle travaille au sein d'une équipe de soins structurée en étroite collaboration avec l'infirmier responsable de soins généraux et/ou le médecin. L'aide-infirmier agit dans le cadre de la prévention, du maintien et de la promotion de la santé en lien avec la qualité de vie.

De Koning kan, na advies van de Technische commissie voor verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de activiteiten bepalen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze kan uitvoeren.

Le Roi peut, après avis de la Commission technique de l'art infirmier, fixer par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les activités que l'aide-infirmier peut pratiquer ainsi que les conditions dans il peut accomplir ces activités.

De activiteiten van de basisverpleegkundige blijven beperkt tot minder complexe situaties. Er zullen koninklijke of ministeriële besluiten nodig zijn om deze minder complexe of complexe situaties nader te omschrijven.

Deze aanbevelingen voorzien in de invoering van een nieuw beroep van beoefenaar van de verpleegkunde, waardoor verpleegkundigen die beantwoorden aan het Europese niveau van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger, handelingen kunnen verrichten die verband houden met hun bekwaamheden en ondersteund kunnen worden door dit nieuwe beroep van goed opgeleide basisverpleegkundige.

Ces recommandations prévoient de créer une nouvelle profession de praticien de l'art infirmier qui permettra aux infirmiers correspondant au niveau européen d'infirmiers responsables de soins généraux, de réaliser des actes en lien avec leurs compétences et d'être secondés par cette nouvelle profession d'aide-infirmier bien formée.

In de memorie van toelichting (hierboven) lezen we dat er een nieuwe beroepstitel wordt gecreëerd, namelijk die van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger, die overeenkomt met de Europese titel van verpleegkundige (verpleger of ex-verpleegkundige). Dat betekent dat de basisverpleegkundige geen verpleger is, maar een verpleeghulp.

De verwarring die ontstaat door het gebruik van de term basisverpleegkundige, met de illusie van een verpleegkundeopleiding, zal leiden tot verwarring in het veld, zoals die tussen gegradueerden en gebrevetteerden, of A2 en A1. De IFIC-salarisschaal financiert functies en taken, geen diploma's. Deze functies en taken moeten echter worden gedefinieerd. Waarom dan de verwarring en de illusie dat men de bekwaamheid van verpleegkundige zal behalen in stand houden? In een RVT bijvoorbeeld bestaat het risico dat de respectieve verantwoordelijkheden door (personeelsgebonden) noodzaak in de dagelijkse praktijk verloren gaan. De basisverpleegkundigen staan in voor preventie en promotie...

Op deze manier worden de functiemodellen van de basisverpleegkundige zorg aangevuld met een nieuwe functie tussen zorgkundigen en verantwoordelijk algemeen ziekenverplegers.

De cette manière, l'échelle de fonctions des soins infirmiers de base est complétée par une nouvelle fonction entre les aides-soignants et les infirmiers responsables de soins généraux.

De nieuwe opleiding tot basisverpleegkundige bevindt zich op de opleidings- (en functie)schaal op niveau 5 (HBO, graduaat) tussen de zorgkundige en de verantwoordelijke algemeen ziekenverpleger (niveau 6, bachelor). In het Nederlands komt de term 'verpleegkundige' (die in dit wetsontwerp wordt geschrapt) wel degelijk overeen met die van verpleger/verpleegster!

In het kader van de evenredigheidswet lijkt de term basisverpleegkundige mij niet geschikt. De term hulpverpleegkundige, zoals in het Frans, lijkt me toepasselijk. Een basisverpleegkundige kan niet worden onderscheiden van een ziekenverpleger. Het verschil is arbitrair.

De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen stelde in zijn vergadering van 8 december 2022 de verwarring tussen de term "verpleegkundige" en "basisverpleegkundige" te betreuren. De Raad is van mening dat de Europese richtlijnen ter zake duidelijk zijn en dat de titel van verpleegkundige die van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger is. Hij wacht op het officiële advies van de FRV alvorens te reageren bij minister Vandenbroucke.

In ons land vallen onderwijs en erkenning van beroepstitels onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. Zo kan een basisverpleegkundige die Vlaanderen verlaat, en dus geen verpleegkundige is op Europees niveau, niet worden erkend als verpleegkundige in de Federatie Wallonië-Brussel, maar wel als hulpverpleegkundige, maar met de bevoegdheden van een verpleegkundige volgens de federale wet.

België blijft het land van het surrealisme.

7 Themadossiers

7.1 Endometriose

In 2022 werden 6 Voorstellen van Resolutie ingediend inzake endometriose in de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers.

- 2 februari 2022 door Karin Jiroflée en Gitta Vanpeborgh (DOC 55 2477/001) (**KJGV**).
- 9 februari 2022 door Florence Reuter, Daniel Bacquelaine, Caroline Taquin, Benoît Piedboeuf, Michel De Maegd, Nathalie Gilson en Vincent Scourneau (DOC 55 2497/001) (**FRe.a.**)
- 17 februari 2022 door Nathalie Muylle (DOC 55 2510/001) (**NM**)
- 21 februari 2022 door Sophie THÉMONT, Hervé RIGOT, Laurence ZANCHETTA en Patrick PRÉVOT (DOC 55 2519/001) (**STe.a.**)
- 17 mei 2022 door Sophie Rohonyi en François De Smet (DOC 55 2696/001) (**SRFDS**)
- 05 september 2022 door Séverine de Laveleye en Eva Platteau (DOC 55 2863/001) (**SdLEP**)

Deze voorstellen van resolutie hebben als doel om referentiecentra op te richten die gespecialiseerd zijn in de diagnose en de behandeling van endometriose. Sommige resoluties spreken zich al concreet uit over de identiteit van deze centra, terwijl andere resoluties de nadruk eerder leggen op een geografische spreiding en nog andere eerst criteria willen geformuleerd zien waaraan referentiecentra moeten voldoen.

Alle resoluties gaan ervan uit dat de huidige aanpak van endometriose in België ondermaats is, de symptomen ervan niet voldoende gekend of onderkend worden door huisarts en gynaecoloog, dat endometriose veel te weinig multidisciplinair wordt aangepakt met het gevolg dat vele vrouwen slechts laattijdig de diagnose krijgen van endometriose en dat vele vrouwen multipelle, vaak vruchteloze, chirurgie ondergaan.

Daarnaast wordt huisartsen en andere zorgverleners verweten dat zij vrouwen die klagen over bepaalde symptomen (zoals pijn bij de menstruatie) vaak onvoldoende serieus nemen.

De resoluties pleiten niet enkel voor een multidisciplinaire aanpak maar ook voor het erkennen van complementaire en alternatieve "geneeskundige" praktijken.

In overleg met de beroepsgroep gynaecologie heeft het VBS een standpunt ingenomen en overgemaakt aan de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers.

Het VBS onderkent dat endometriose anno 2022 nog steeds wordt gekenmerkt door een laattijdige diagnostiek, het ontbreken van pathognomonische klinische en technische diagnostiek en de noodzaak tot laparoscopische biopsie met histologische bevestiging als gouden standaard van de diagnose. Vruchtbaarheidsproblematiek en chronische pijn worden als belangrijke frustraties weerhouden bij patiënten. Herhaalde ingrepen, soms zonder goed resultaat, tasten het vertrouwen aan in de kennis en kunde van behandelende artsen.

Het VBS betwist geenszins dat bv. lifestyle-coaching zin kan hebben bij patiënten met chronische pijnklachten. Een gezonde levensstijl, beweging, voeding, ontspanningsoefeningen hebben hun plaats, in tal van aandoeningen, maar buiten een RIZIV-kader.

Zelfs indien homeopathie en acupunctuur sommige patiënten kunnen helpen om te gaan met hun klachten, kan hier geen wettelijk kader voor gecreëerd worden zoals voor kinesitherapie wel het geval is.

Het VBS wijst er op dat de klinische realiteit van endometriose géén "pathognomonische" symptomatologie kent maar net een complexe en zeer verscheiden symptomatologie die de diagnose zo moeilijk maakt. Er bestaan evenmin biomarkers die 100% uitsluitel geven. Dat huisartsen, gynaecologen niet onmiddellijk voor iedere van deze klachten een batterij aan onderzoeken (echografie, endorectale echografie, hysterografie, MRI, colonoscopie, uroscanner, colonoscanner e.a.) loslaten getuigt van niet van onkunde, maar van oordeelkundige wijsheid. Dat komt omdat endometriose vooral een uitsluitingsdiagnose is met een complexe symptomatologie. Het is zeker zo dat er een belangrijke delay bestaat tussen initiële klacht en diagnose, maar dat komt omdat de gouden standaard van de diagnose bestaat uit een invasieve laparoscopische biopsie met histologische bevestiging van endometriose. De delay in België is niet langer dan in andere landen met een goed ontwikkeld gezondheidszorgsysteem. Het is niet realistisch om bij alle patiënten met het volledige klachtenspectrum dat potentieel verbonden kan zijn met endometriose onmiddellijk over te gaan tot de hele batterij technische onderzoeken en een laparoscopische biopsie. Zelfs expert-teams hebben problemen met de diagnostiek; dat blijkt uit het feit dat endometriose bij beeldvormend onderzoek zoals (vaginale) echografie en magnetische resonantie in 30% tot 60% van de vrouwen alsnog gemist wordt.

Epidemiologische data ontbreken voor België zodat een data-gedreven beleid onmogelijk is. Maar zelfs in landen met goede registratiesystemen blijft de latentietijd tussen eerste symptomen en definitieve diagnose zeer lang, soms zelfs tot 10 jaar. Het Voorstel van Resolutie laat de illusie koesteren dat met de centralisatie van expertise ("concentratie") de diagnose en dus de latentietijd tussen symptomen en

diagnose zou verkorten. Dit is niet aangetoond. Ook in Nederland waar men topklinische centra voor endometriose-zorg kent, doen deze het niet beter dan de “gewone” gynaecoloog inzake vroegtijdige diagnostiek.

Waar het beroepsveld het wel over eens is, is de oprichting van ‘centres of excellence’ voor de behandeling van zeer complexe vormen van endometriose. Hierbij stellen zich enkele cruciale vragen: aan welke criteria moeten deze centra voldoen, welke endometriose zorg wordt best toevertrouwd aan deze centra en hoe moet de geografische spreiding eruit zien? Deze vragen zijn niet eenduidig te beantwoorden bij gebrek aan Belgische data.

Zowel in Frankrijk, Duitsland en in Engeland probeert men bottom-up een antwoord te formuleren door de heelkundige behandeling van complexe endometriose toe te vertrouwen aan multidisciplinaire teams. Het gaat dan over endometriose die darmen en/of urinewegen infiltreert, het rectum, de blaas, het peritoneum, het middenrif. Het primum movens was dat door de concentratie van zorg, deze chirurgische teams een voldoende case-load konden verwerven om hun chirurgische competenties voor deze chirurgie op peil te houden. Ook verbinden dergelijke expertisecentra zich tot transparante audits over hun resultaten. Veel minder eenduidig is de bepaling van het aantal van dergelijke expertisecentra, want volume-outcome relaties verlopen niet lineair. Cijfers uit het buitenland geven een gevarieerd beeld, maar het cijfer van 50 heelkundige behandelingen waarvan 20 diepe infiltratieve vormen per expertisecentrum moet getoetst worden aan de noodzakelijke geografische spreiding van deze centra. Naast criteria geformuleerd door het beroepsveld, transparante audits over de resultaten zijn ook visitaties door de beroepsgroep te overwegen opties.

Er is ook ruimte voor sensibilisatie omdat de internationale literatuur erop wijst dat uitgebreide vormen van diepe infiltratieve endometriose met colorectale en urogenitale aantasting best ab ovo multidisciplinair heelkundig worden aangepakt omdat repeat-surgery nadien minder kansen heeft op slagen. Het is aan de gynaecologische beroepsgroep en de gynaecologische wetenschappelijke verenigingen om eventuele aanbevelingen te formuleren voor gerichte verwijzing van bijzondere vormen van endometriose zoals nodulaire diepe endometriose op MRI/echo met inbegrip van rectovaginale nodulaire vorm ook zonder infiltratie van het rectum; diepe endometriose met uitbreiding naar andere organen (colon, ureter, blaas, dunne darm, middenrif, thorax); bilaterale cystische ovariële endometriose.

Het idee om te werken met een conventie voor endometriose zorg zou deze expertisecentra moeten toelaten om de medische teams te omringen met voldoende paramedische, administratieve en wetenschappelijke ondersteuning. Het KCE dient na te gaan welk minimaal ondersteunend kader eventuele expertisecentra nodig hebben om goed te functioneren.

Het is immers nodig om via ‘core outcome sets’ na te gaan in welke mate de centralisatie van zorg daadwerkelijk tegemoet komt aan de verwachtingen en dit in verhouding tot gedecentraliseerde zorg. Het definiëren van kwaliteitscriteria zal een moeilijke oefening zijn omdat het een mix is van volume, complicaties en outcome. Het meest eenvoudige is nog het meten van volume, maar de registratie van complicaties en outcome zijn niet eenvoudig. Het onderscheid maken tussen een reïnterventie en een recidief is zeer moeilijk te vatten in registraties. Het is onmogelijk deze toetsing van bovenaf te definiëren. Dit vergt een grondige inbreng van het beroepsveld.

Inzake de vruchtbaarheidsproblematiek en chronische pijn, 2 grote klinische probleemdomeneinen bij endometriose, stelt het VBS om géén wijzigingen aan te brengen in de bestaande locoregionale en supraregionale programma’s voor reproductieve geneeskunde A en B en ook de pijnklinieken te lande volstaan om de behoeften te dekken zonder een bijkomend zorgprogramma endometriose in het leven te moeten roepen.

Niemand in het beroep, ook niet in het buitenland, bepleit om de diagnose van endometriose te beperken tot expertisecentra. Het VBS wijst erop dat centralisatie van expertise verlies van decentrale expertise inhoudt, met verkaveling van zorg en het verdwijnen van een holistische benadering van de

patiënt; collaterale schade van opgelegde centralisatie-bewegingen in de zorg moeten meetbaar in kaart worden gebracht.

Er is overigens spontaan al een concentratie van kennis en zorg aan het ontstaan door het wijzigende ziekenhuislandschap van fusies en netwerkvorming. Dit leidt tot grote associaties gynaecologie met reeds verregaande subspecialisatie waar de endometriose-zorg multidisciplinair omkaderd is.

Een aantal maatregelen op het niveau van de verzekerbaarheid zouden de endometriose-patiënt kunnen helpen. De labeling als chronische ziekte, het voorzien van behandelingen zonder remgeld, zowel voor medische als paramedische zorg, zijn te onderzoeken opties.

Aan RIZIV-zijde laten nomenclatuur-definities, toepassingsmodaliteiten, forfaits, patiëntlabeling (chronische aandoening) een fijnere granulariteit toe om patiënten individueel te begeleiden.

Onderlinge verwijzingen zijn een ‘verlies’ voor een instelling binnen een zero-sum ziekenhuisfinanciering, waar supplementaire financiering in de B2 via decielbepalingen grote ziekenhuizen bevoordeligt met grotere nomenclaturomzet en hogere gerapporteerde zorgzwaartes. Een klimaat van onderlinge verwijzingen kan énkél in een minder competitief klimaat van ziekenhuisfinanciering.

Huisartsen en gynaecologen zijn de noodzakelijke spilfiguren in het zorgorganigram van deze patiënten. Patiënten hebben van rechtswege de vrijheid om hun arts te kiezen. In België is er geen structurele echeloning van de zorg.

Een cursus “Woman’s Health” zou zinvol zijn op humanioraniveau waarbij tal van gezondheidsaspecten aan bod kunnen komen: contraceptie, zwangerschap, seksueel-overdraagbare-aandoeningen, endometriose, e.a.

Patiëntenfolders over endometriose worden best laagdrempelig toegankelijk gemaakt hetzij via een patiëntenfolder, hetzij via een digitale verwijzing.

7.2 Centralisatie van hoofd-halsoncologie

In het regeerakkoord van 30.09.2020 werd de bedoeling van de overheid kenbaar gemaakt om de expertise rond complexe zorg en zeldzame aandoeningen te centraliseren terwijl ‘basiszorg en de oriëntatie naar en herstel na complexe zorg dichtbij de patiënt en zijn omgeving’ wordt gegarandeerd. Naast het vastleggen van loco- versus supraregionale zorgopdrachten werd de concentratie bepleit van supraregionale zorgfuncties via programmatie of RIZIV-conventies waarbij als voorbeeld hoofd-hals tumoren en ovariumtumoren werden gegeven.

Binnen het kader van deze beleidsmaatregel werd een werkgroep hoofd-hals-oncologie in het leven geroepen waarbij op 21.09.2022 de krachtlijnen werden kenbaar gemaakt aan vakexperten en leden van de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen.

Deze krachtlijnen kunnen onderverdeeld worden in grondslag - toepassingsgebied – centralisatie van diagnostiek – centralisatie van therapie.

De grondslag van deze beleidsintentie was het KCE rapport 305 en 219 dat de aanbeveling formuleerde "om de zorg te centraliseren in referentiecentra, dit om de zorgkwaliteit te verbeteren en de spreiding van expertise en kennis tegen te gaan".

Het toepassingsgebied betreft alle maligne tumoren van het hoofd-hals gebied met uitzondering van maligne schildklier- en bijschildkliertumoren en maligne huidtumoren van het gelaat. Schedelbasistumoren worden hierbij gerekend, hersentumoren, orbitatumoren en recurrenente tumoren niet.

Inzake diagnostiek wordt gesteld *“Vanaf een vermoeden van een kwaadaardige hoofd- of halstumor moet de patiënt doorverwezen worden naar het referentiecentrum. In het referentiecentrum vinden plaats:*

- *Diagnostiek en staging: biopsiename, beeldvorming (PET, MRI,...), anatomische pathologie, ...*
- *Multidisciplinair consult en opstellen behandel- en nazorgplan*
- *Behandeling: Chirurgische ingrepen, radiotherapie en chemotherapie*
- *Nazorg: tandheekkundige correctie, logopedie, ...”*

De behandeling zou dan plaats vinden in ‘referentiecentra’ die uitgerust zijn met multidisciplinaire teams, medico-technische ondersteuning (radiologie, nucleaire geneeskunde, pathologische anatomie, radiotherapie (IMRT), chemotherapie (uitzondering palliatieve chemotherapie) en mond- en tandheekkundige zorg.

Naast deze kwalitatieve criteria werd ter zitting geopperd dat een referentiecentrum deze kwalificatie slechts kon bekomen bij een minimum van 200 nieuwe index-tumoren per jaar.

Na grondige evaluatie van deze voorstellen werd door zes beroepsverenigingen (radiologie, anatomopathologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie-oncologie, mka, nko) een unaniem negatief advies geformuleerd op basis van een dossier gebaseerd op de situatie in de buurlanden, de beschikbare evidentie in de literatuur, de zorgorganisatorische hiaten in het voorliggend voorstel.

Wat de diagnostiek betreft heeft géén enkel KCE-dossier de noodzaak aangetoond om de biopsie gecentraliseerd af te nemen. Er is ook géén enkele evidentie hiervoor in de internationale literatuur beschikbaar. Ook in de ons omringende landen (NL, D, F, E) wordt de diagnostiek niet gecentraliseerd. Indien dit al gebeurt zoals in Denemarken is het om aan strikte termijnen te kunnen voldoen:

<i>Time from referral to first visit:</i>	<i>6 calendar days</i>
<i>Time from first visit to diagnosis:</i>	<i>15 calendar days</i>

<i>Time from diagnosis to start of initial treatment:</i>	
<i>Operation</i>	<i>7 calendar days</i>
<i>Radiochemotherapy</i>	<i>11 calendar days</i>

<i>Time from referral to start of initial treatment (KI):</i>	
<i>Operation</i>	<i>28 calendar days</i>
<i>Radiochemotherapy</i>	<i>32 calendar days.</i>

In het Belgisch voorstel wordt de tijd voorafgaand aan de diagnose (tijd tussen herkennen van een verdacht letsel en het stellen van de diagnose) echter niet meegenomen als kwaliteitscriterium. Bij ontbreken van evidentie werd naar voor geschoven dat een expertteam er anekdotisch op zou gewezen hebben dat biopsies soms slecht uitgevoerd worden en moeten hernomen worden, dat beeldvorming soms voorafgaand aan de biopsie plaats vindt waardoor de beeldvormende diagnostiek aan waarde inboet en dat soms na de biopsie de tumormarges niet meer herkenbaar zijn waardoor de omvang van de resectie groter wordt om zeker te zijn dat alle tumorweefsel mee is. Tegenover deze anekdotische argumentatie wordt géén enkele collaterale schade besproken van centralisatie van diagnostiek. Die is omvangrijk voor de patiënt, de betrokken ziekenhuizen en de betrokken medisch specialismen en bovendien op géén enkele wijze gebaseerd op beschikbare evidentie. Teksten over deze anekdotische argumentatie werden niet gedeeld.

De zes beroepsverenigingen dringen er dan ook op aan om, inzake diagnostiek, het woord “verplichting” te vervangen door “aanbeveling”.

Wat de therapie betreft heeft de KCE studie aangetoond dat ééns de cutoff van 20 patiënten per jaar bereikt is er géén significant verschil meer is tussen centra inzake belangrijke kwaliteitsindicatoren. Er is dus Belgisch cijfermateriaal beschikbaar waarbij referentiecentra minstens 20 nieuwe patiënten met hoofd-hals-kanker per jaar zouden moeten behandelen. Uit de internationale literatuur verschuift dit optimum naar zo’n 100-130 patiënten per jaar wanneer de chirurgische expertise die moet aanwezig zijn mee in rekening wordt gebracht. Expertisecentra in Nederland worden erkend vanaf 80 nieuwe

patiënten per jaar en certificatie als hoofd-hals-oncologie- centrum in Duitsland vergt 75 nieuwe patiënten per jaar zonder centra met minder patiënten te verbieden hoofd-hals oncologische zorg te verlenen. Referentiecentra in Nederland behandelen minimum 200 patiënten per jaar, expertisecentra minimum 80 patiënten per jaar en daarnaast zijn er preferentiële partnercentra radiotherapie die minimum 50 patiënten per jaar behandelen. Deze centra moeten een samenwerkingsverband hebben met een referentiecentrum. Radiochemotherapie wordt verleend in de referentiecentra in Nederland.

De discussie is nog niet uitgekristalliseerd, laat staan dat er een consensus is bereikt. Daarvoor moeten anekdotische gegevens ofwel geobjectiveerd worden ofwel met evidentie onderbouwd worden of opschuiven naar standpunten die met evidentie onderbouwd zijn of de terreinkennis van de zes betrokken beroepsverenigingen. Het regeerakkoord van 30.09.2020 was ook in dat opzicht duidelijk: *“Daarbij moet er over gewaakt worden dat het beleid inzake gezondheidszorg gevoerd wordt in functie van te bereiken doelstellingen inzake volksgezondheid, dat dit beleid meer coherent is en dat het beslissingsproces gebaseerd is op ‘evidence based medicine’.”* Een concentratie van therapeutische zorg wordt niet in vraag gesteld.

7.3 Portfolio van de arts-specialist

Portfolio van de Arts-Specialist

Aanbevelingen van het VBS aan zijn leden

Art. 8 van de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg luidt: *“De gezondheidszorgbeoefenaar verstrekt enkel gezondheidszorg waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt. De gezondheidszorgbeoefenaar houdt in een portfolio de nodige gegevens bij, bij voorkeur in elektronische vorm, waaruit blijkt dat hij beschikt over de nodige bekwaamheid en ervaring.”*

In de wet van 22 april 2019 wordt het woord portfolio genoemd in art. 8, 21 en 52.

In art. 21 lezen we: *“De arts, verpleegkundige, tandarts, vroedvrouw, apotheker, kinesitherapeut, klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog moeten, wanneer voor hun beroep een permanentie georganiseerd wordt, daaraan deelnemen en dit vermelden in hun **portfolio**.”*

Art. 52 stipuleert: *“Met het oog op het toezicht hebben de inspecteurs toegang tot de lokalen waar de gezondheidszorgbeoefenaars gezondheidszorg verstrekken. Zij kunnen zich alle inlichtingen die noodzakelijk zijn voor het toezicht, laten verstrekken en zich alle bescheiden of elektronische dragers laten overhandigen die zij voor de uitoefening van hun controleopdracht behoeven. In het bijzonder kunnen zij het **portfolio** bedoeld in artikel 8 van de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar opvragen.”*

Het portfolio bevat dus de documenten die nodig zijn voor de uitoefening van het specialisme, (diploma, erkenning van specialist en bijzondere beroepstitels, inschrijving bij de Orde der Artsen), de verworven bekwaamheid (opleidingen, trainings) en het bewijs van de nodige ervaring.

— le "portail" pour les professionnels de la santé: ce projet ne figure pas dans la loi qualité, mais comprend un service supplémentaire qui sera développé pour réduire la charge administrative des professionnels de la santé. Le portail doit permettre de mettre à la disposition des différents prestataires de soins toutes les données dont disposent déjà les autorités. La possibilité sera également prévue d'adapter des éléments ou de télécharger des fichiers soi-même. Le portail englobe ainsi plusieurs projets de la loi qualité, dont le registre des pratiques et le portfolio;

— het "portaal" voor de gezondheidszorgbeoefenaars: dit project is niet ingeschreven in de kwaliteitswet, maar omvat een extra dienst die zal worden ontwikkeld om de administratieve last voor de gezondheidszorgbeoefenaars te beperken. Dankzij het portaal moeten alle gegevens waarover de overheid al beschikt, ter beschikking kunnen worden gesteld van de verschillende zorgverleners. Er zal ook een mogelijkheid worden voorzien om zaken aan te passen of zelf bestanden op te laden. Het portaal overkoepelt daarmee meerdere projecten binnen de kwaliteitswet, waaronder het register van praktijken en het portfolio;

Verklaring van september 2021 van minister Frank Vandenbroucke in het parlement.

De minister heeft een elektronisch portaal gecreëerd op de website van de FOD Volksgezondheid: dit individuele portaal is een instrument om officiële documenten aan de gezondheidsautoriteit mee te delen. Dit portaal wordt onderhouden door en voor de gezondheidszorgbeoefenaar (GZB).

Artikel 52 voegt daaraan toe dat het portfolio wordt gebruikt voor de uitoefening van het toezicht door de inspecteurs van de Toezichtscommissie. Deze Toezichtscommissie kan de GZB verzoeken aan te tonen dat hij de nodige bekwaamheid en praktijkervaring heeft verworven om zijn patiënten correct en veilig te verzorgen.

Het VBS heeft verschillende documenten over het portfolio opgesteld. Het is van mening dat het portaal de officiële en noodzakelijke documenten voor het uitoefenen van de praktijk moet bevatten. Het adviseert om, met het oog op de privacy, een persoonlijk elektronisch portfolio bij te houden dat de beroepservaring weergeeft, net zoals een uitgebreid en compleet curriculum vitae. Het moet bewijzen bevatten van deelnames aan wachtdiensten, gevolgde opleidingen, accreditering en permanente vorming. Elk kwaliteitsproces is een welkome toevoeging aan het portfolio.

8 Hervorming en financiering van de ziekenhuizen

8.1 Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering

8.1.1 Beleidsnota minister Vandenbroucke – 28.01.2022



Vaststellingen:

1. Bevordering van kwantiteit, maar niet van kwaliteit
2. Conflict tussen artsen en ziekenhuismanagers
3. Geen bescherming voor patiënten tegen hoge rekeningen
4. Complexiteit en gebrek aan transparantie

Oplossingen voorgesteld door de minister:

Financiering van artsen en ziekenhuizen:

1. Samenwerking tussen ziekenhuizen, en geen concurrentie
 - a. Momenteel 23 door de deelstaten erkende ziekenhuisnetwerken
 - b. Concentratie en organisatie van ondersteunende diensten per netwerk en niet per ziekenhuis
 - c. Locoregionale zorg aangeboden per netwerk en niet per ziekenhuis
 - d. Concentratie van supraregionale zorg in referentiecentra
2. Passende financiering van ziekenhuizen en artsen
 - a. Ziekenhuisfinanciering via een vast forfaitair bedrag per pathologie (bv. blindedarmonsteking, hartaanval).
 - b. Prospectieve forfaitaire all in-financiering met uitzondering van medische honoraria.
 - c. De artsenhonoraria zullen worden onderverdeeld in een gedeelte werkingskosten en een professioneel gedeelte.
 - d. Geïntegreerde financiering, gefaciliteerd door opdeling intramurale en extramurale zorg.
3. Geen onnodige ziekenhuisverblijven
 - a. Stimuleren daghospitalisatie
4. Geen ongerechtvaardigde verschillen tussen de honoraria van de verschillende specialismen

- a. Nieuwe nomenclatuur
- b. Vergoeding op basis van tijdsduur, het aan de verstrekking gerelateerde risico en de vereiste expertise
- 5. Kwaliteitsbevordering
 - a. Antibioticabehandelingen
 - b. Nosocomiale infecties

Patiënten beschermen tegen torenhoge rekeningen

1. Oorzaak van te hoge rekeningen: supplementen voor eenpersoonskamers
2. Artsen en ziekenhuizen beweren dat ze deze supplementen nodig hebben. Dit is gedeeltelijk onwaar, gezien de identieke financiering van de ziekenhuizen en het verschil tussen de aangerekende supplementen.
3. Bevriezing in 2022 en daling met begrenzing vanaf 2024
4. Prijsopgave voor zorg

Planning

1. Basis van de hervorming van de financiering en de honoraria van artsen in 2022, 2023, 2024
2. 2022 en 2023: klinische biologie, medische beeldvorming, daghospitalisatie en kwaliteitsfinanciering
3. Supplementen: onmiddellijke bevriezing in 2022 en plafond in 2024

Samenvatting en vragen voor het VBS:

1. Forfaitarisering van de betaling van de ziekenhuizen: forfaitaire betaling, all-in, per pathologie
 - a. Belang van de DRG's
 - b. Gekoppeld aan de medische activiteit
2. Reorganisatie van het ziekenhuislandschap met nabije locoregionale centra die basiszorg aanbieden binnen de organisatie van een netwerk en niet langer van een ziekenhuis
 - a. Wat met de overbrenging van activiteiten (en artsen) tussen ziekenhuizen in hetzelfde netwerk?
 - b. Het verplaatsen van een activiteit van het ene ziekenhuis naar het andere, en dus het verplaatsen van artsen, vereist een gelijkschakeling van het statuut van deze artsen. Anders zullen er conflicten ontstaan tussen artsen.
 - c. Wat met de financiering van het ziekenhuis – die gekoppeld is aan de APR-DRG's – als bepaalde medische activiteiten worden verplaatst en gegroepeerd?
 - d. Ziekenhuisbeheerders en artsen zullen proberen hun financiering te behouden of te verbeteren. Zullen deze groeperingen een logica van patiëntenzorg volgen of een budgettaire logica?
3. Concentratie van complexe zorg
 - a. Concentratie op basis van het aantal casussen
 - b. Probleem van de universitaire ziekenhuizen: zij hebben tegelijkertijd de rol van een plaatselijk ziekenhuis, een ziekenhuis voor complexere zorg (referentiecentrum) en een ziekenhuis voor complexe en zeldzame zorg (tertiair centrum). Welk gewicht krijgt dit type ziekenhuis in het netwerk en welke plaats blijft er over voor de andere ziekenhuizen?
 - c. In het streven om complexe zorg in bepaalde ziekenhuizen concentreren, dreigt de expertise in andere ziekenhuizen te worden uitgesloten of te verminderen. Aangezien

de patiënt vrije toegang heeft tot zorg, bestaat het risico dat hij deze ziekenhuizen links laat liggen ten gunste van de gespecialiseerde centra.

4. Billijker verloning voor artsen naargelang duur, complexiteit en risico
 - a. Werk van lange adem.
 - b. Moeilijk om de criteria vast te stellen om de acts van de verschillende specialismen met elkaar te vergelijken in termen van complexiteit en risico.
 - c. Risico dat er conflicten ontstaan tussen specialismen door de financiële inschatting van de verstrekkingen uit de nomenclatuur.
5. Medisch honorarium met werkingskosten en professionele vergoeding
 - a. Zullen de artsen effectief een zuiver honorarium ontvangen of zal de ziekenhuisbeheerder rekenen op de artsen om de financiën van zijn ziekenhuis te redden en een faillissement te voorkomen?
 - b. Zal de activiteit van de ziekenhuisarts door de uitbouw van het systeem van laagvariabele honoraria sterker geforfaitariseerd worden?
 - c. Hoe moeten artsen worden vergoed in het kader van geïntegreerde zorg?

8.1.2 Investeren in onze zorg – persconferentie Vandenbroucke 01.06.2022

Investeren in onze zorg: sociaal akkoord uitgevoerd, nu de toekomst voorbereiden

Persconferentie Frank Vandenbroucke

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

woensdag 1 juni 2022

Minister Frank Vandenbroucke kondigt met veel genoegen de inspanningen van de regering aan om de gezondheidszorgberoepen te valoriseren. Hij wil hen bedanken voor hun inzet tijdens de COVID-pandemie van 2020 en 2021.

Vijf punten worden uitgewerkt tijdens zijn persconferentie en officiële communiqué met bovenstaande titel. Samengevat:

1. Historische budgettaire inspanning voor de zorg
 - a. Jaarlijkse uitgavenstijging in onze federale gezondheidszorg van 1,5% tot 2,5%
 - b. Bedrag van 6,1 miljard euro, hetzij een groei van 23,1% tussen 2019 en 2022.
 - c. 'Vanaf 1 juni worden de honoraria van alle zelfstandige zorgverleners (behalve de kinesitherapeuten) met 2% verhoogd'. (Opm.: dit is een deel van de gezondheidsindex die in 2023 zou moeten worden toegekend die al in 2022 wordt toegekend).
2. Toegenomen zorgvraag vergt investeringen in zorgpersoneel:
 - a. Investering Zorgpersoneelfonds van 402 miljoen euro
 - b. Bevordering van de zorgberoepen #KiesvoordeZorg:
 - i. Opleiding tot zorgkundige of verpleegkundige.
 - ii. Vergoeding tijdens opleiding bij overstap uit andere sector
 - iii. In 2021 hebben 446 een opleiding gekregen

In 2022 hebben 478 een opleiding gekregen

3. Sociaal akkoord: 600 miljoen euro
 - a. 100 miljoen voor betere arbeidsomstandigheden (blz. 5) en het algemeen welzijn.
 - i. 2 dagen vakantie om dwingende redenen met behoud van loon
 - ii. Versterking van het HR-personeel voor opleiding, loopbaanoriëntatie, combinatie werk-privé.
 - b. Sociaal akkoord IFIC: VERGOEDING op basis van de TAAK en niet van het DIPLOMA
 - i. "Een A2 verpleegkundige zonder bijzondere beroepsbekwaamheid kan er met een anciënniteit van 5 jaar 15% op vooruit gaan"
 - ii. Eindejaarspremie van 400 euro bruto voor wie voltijds werkt
4. 45 miljoen om het werk van de gespecialiseerde verpleegkundigen te herwaarderen:
 - a. De spoed- en IZ-diensten, met gespecialiseerde verpleegkundigen, hebben een sleutelrol gespeeld tijdens de COVID-epidemie.
 - b. Valorisatie van de spoed- en IZ-diensten
 - c. 2500 euro bruto op jaarbasis voor voltijds werkenden in een ERKENDE ZIEKENHUISDIENST, met een bijzondere beroepstitel
 - d. 833 euro bruto voor de gespecialiseerde verpleegkundigen met een erkende bijzondere beroepsbekwaamheid
5. Toekomstagenda voor het zorgpersoneel:
 - a. Voor de volgende legislatuur
 - b. Antwoord op de uitdagingen van morgen
 - i. Toename van het aantal zorgafhankelijke mensen
 - ii. De steeds mondigere patiënt wil informatie en heeft recht op participatie in het zorgproces
 - iii. De uitdaging van nieuwe technologie
 - iv. Evenwicht tussen werk en privéleven
 - v. **"Zorgfuncties en zorgtaken worden nog te veel georganiseerd op basis van behaalde diploma's en te weinig vanuit competenties en motivatie".**

Commentaar:

1. Geld alleen maakt niet gelukkig en maakt dus ook de gezondheidszorgwerkers niet gelukkig. Maar met geld kan wel stilte worden afgekocht en de eisen van de verpleegkundigen in toom gehouden, zoals bijvoorbeeld de problemen i.v.m.:
 - a. De mate waarin de erkenningsnormen zijn aangepast aan de werklust en de toepassing ervan op het terrein.
 - b. De kosten van de digitalisering en kosteneffectiviteit in en buiten het ziekenhuis. Financiering van de acts uitsluitend via het honorarium buiten het ziekenhuis en via het BFM in het ziekenhuis.
 - c. Het evenwicht tussen werk en privéleven.
 - d. Het gebrek aan respect en erkenning van de patiënten, van andere zorgverleners en van de samenleving. Denken we bijvoorbeeld aan het applaus van de bevolking tijdens de pandemie en de bedreigingen, de uitsluiting van zorgverleners die thuiskwamen in hun straat of appartement...
 - e. De samenleving waar men 'shopt' voor gemak en comfort. Waarom werken in de gezondheidszorg als je ook 'relaxed' de kost kunt verdienen en overleven.
2. De IFIC-classificatie

- a. De studies verpleegkunde werden gewijzigd van 3 naar 4 jaar. In Vlaanderen wilde de Zorgambassadeur studies die leiden tot veelzijdige verpleegkundigen en professionele flexibiliteit. In die optiek zouden bijzondere beroepstitels overbodig zijn. We hebben het hier over competenties.
 - b. De 'taak' primeert op het diploma of de beroepstitel. De zorgverlener wordt volkomen wettelijk en eerlijk betaald voor het verrichte werk.
 - c. In de conclusie van het persbericht wordt aangedrongen op de noodzaak de zorg te organiseren op basis van competenties en motivatie (punt 5 V.).
3. De paradox van erkende beroepstitels en opleidingen
- a. De minister erkent de beroepstitels, buiten de IFIC om, en beloont hen met premies.
 - b. De verpleegkundigen willen de beroepstitels en de verschillen in bezoldiging behouden.
 - c. Het gebrek aan verpleegkundigen en de realiteit van de erkenning van de diensten, de zorgfuncties of beroepskwalificaties, zoals oncologisch, pediatriesch, geriatriesch verpleegkundige... of voor functies, zoals diabetes, verhogen de kwaliteit, maar **bemoelijken de werking van de zorg door het gebrek aan mankracht.**

Conclusies:

1. De minister heeft het over een historische budgettaire inspanning voor de gezondheidszorg. Deze is zeker historisch na twee jaar disfunctie van de gezondheidszorg als gevolg van de COVID 19-pandemie.
2. De verhogingen van 2% zijn voorschotten op de indexering van 2023 en maken het mogelijk de huidige crisis het hoofd te bieden (inflatie en energiekosten).
3. De crisis in de gezondheidszorgberoepen bestaat echt en is diepgeworteld, en zal niet worden opgelost door budgettaire inspanningen en premies.
4. De malaise houdt verband met de definitie van de competenties en het zorgparadigma. Er vindt een shift plaats van zorg naar welzijn van de bevolking (en de individuele patiënt). De minister verandert het paradigma. Er is motivatie en bekwaamheid. Er is het systeem en de financiering ervan. Er is een cultuur en de samenleving met patiëntenrechten.

De budgettaire inspanning is historisch omdat ze er komt na een pandemie in een gezondheidszorgorganisatie waar nieuwe waarden, zoals competenties en efficiëntie, de plaats innemen van de verworven waarden. De opleidingen worden gereorganiseerd, de geneeskunde wordt gecollectiviseerd en het budget wordt aangepast. Wat is de rol en de plaats van de verpleegkundige, de vroedvrouw, de apotheker, de arts?

Wat is de rol van de gezondheidstechnologen? Door specialisaties te creëren wordt het aantal VTE's in de zorg nog verder afgebouwd en worden nieuwe 'verdelingen' gecreëerd in de zorg doordat de kwaliteitsvereisten van de zorg en de vereiste opleiding worden verminderd. Hoe kun je mensen warm maken voor een beroep in de gezondheidszorg? Dat is het probleem.

8.1.3 New Deal voor de Huisarts(praktijk) – 17.06.2022



Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk).

Minister Frank Vandenbroucke, 17 juni 2022.

Het gezondheidsbeleid van minister Frank Vandenbroucke is gebaseerd op de 5 AIM-doelstellingen. Ri DE RIDDER zet in zijn boek *Goed Ziek - Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken* (blz. 19-21)¹⁰ de 'quadruple aim' uiteen, aangevuld met het welzijn van de zorgverlener. Wie het boek leest, treft een tekst aan die erg lijkt op de nota van de minister. Afschaffing of sterke vermindering van fee-for-service vergoedingen. Forfaitarisering, geïntegreerde zorg, efficiëntie, passende en multidisciplinaire zorg, in sommige gevallen samen met verpleegkundigen, apothekers en kinderartsen. De auteur ontwikkelt de idee van de 'buurtteams', met verschillende zorgteams. Deze buurtteams bestaan uit huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, gynaecologen, maatschappelijk werkers, apothekers, thuiszorgers, enz. De diensten die deze buurtteams aanbieden variëren van preventieve geneeskunde, over medische zorg, (medische) zwangerschapsbegeleiding en maatschappelijk werk tot palliatieve zorg. Het paradigma verandert in die zin dat we niet langer (chronische) ziekten behandelen, maar het welzijn van de bevolking.

Dit zijn de 5 AIM-doelstellingen uit de nota van minister Vandenbroucke¹¹:

1. "Gezondheid van de bevolking, waarbij gezondheid in ruime zin wordt opgevat en niet wordt gereduceerd tot fysiek welzijn alleen;
2. De kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door mensen met zorg- en ondersteuningsbehoeften, met voldoende ruimte voor hun inbreng en met als uiteindelijke doelstelling om de levensdoelen van de persoon zo goed mogelijk te bereiken;
3. Kosteneffectiviteit, d.w.z. een gunstige verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden. Waarden worden hierbij niet in een beperkte economische zin opgevat, maar omvatten ook individuele ontplooiing en sociale cohesie;
4. Rechtvaardigheid en inclusiviteit in de samenleving, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet alleen financieel) en voor de integratie van verschillende vormen van diversiteit. Rechtvaardigheid houdt ook in dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen in de financiering van de zorg;
5. Welzijn van de zorgprofessionals met specifieke aandacht voor work-life balance; scholings- en retentiebeleid en integratie in het zorgsysteem;"

De minister legt de nadruk op het comfort en de levenskwaliteit van de patiënten (blz. 3) voor niet-geneesbare chronische ziekten en geïntegreerde, multidisciplinaire en gedigitaliseerde zorg. Geïntegreerde zorg vereist een versterking van de eerstelijnszorg, van de relatie tussen gezondheidszorg en welzijn, en van de relatie tussen individuele en gemeenschapszorg. COVID-19 heeft de huisarts een nieuwe opdracht gegeven, in populatiebeheer, in de keuze van vaccinatieprioriteiten, in voorlichting, triage, tracing, screening, vaccinatie en online consultatie. De minister weet deze ervaring goed te benutten en herdefinieert de missie van de huisarts als beheerder van preventie, van communicatie naar de patiënt, als lokale beheerder van de volksgezondheid. Op die basis definieert hij een nieuw paradigma voor het zorgaanbod in de 21^e eeuw. Daartoe zet hij in op de digitale evolutie (teleconsultatie e.d.), work-life balance voor gezondheidswerkers, met inbegrip van een inscholingsbeleid en integratie in het zorgsysteem. Dit vereist een billijke geografische verdeling van

¹⁰ Ri De Ridder; *Goed Ziek, Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken*; Van Halewyck, Kalmthout, België; 2019; 122-125.

¹¹ Naar een New deal voor de Huisarts(praktijk) ; Ministre Frank Vandenbroucke; nota van 17 juni 2022; blz. 2.

menselijk potentieel, huisartsen en niet-artsen. Op blz. 4 van zijn nota definieert hij de 5 pijlers die de huisartsgeneeskunde moeten ondersteunen:

“Vanuit mijn bevoegdheden zet ik op vijf (interfererende) flanken in.

1. *Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartsen(praktijken).*
2. *Verminderen van de zinloze administratieve overlast.*
3. *Verbeteren van de toegankelijkheid voor de patiënt.*
4. *Inzetten op een goed organisatie-model dat de huisarts(praktijk) in staat stelt om voor meer mensen zorg te dragen. Een organisatie met taakdelegatie en ondersteuning; ook voor nietplanbare zorg buiten de klassieke werkuren.*
5. *Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter kan inspelen op beschikbaarheid, intra- en interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, kwaliteit, preventie en empowerment.”*

De geografische spreiding moet evenwichtig zijn. De deelstaten spelen daarbij een belangrijke rol, met planningscommissies en vestigingspremies. De administratieve overlast kan worden verminderd door de invoering van ‘attest-geneesmiddelen’ (hfdst. IV en VIII), ziektebriefjes voor één dag en het hanteren van het ‘only once’-principe voor verzoeken met een repetitief karakter. De toegankelijkheid wordt bevorderd door een veralgemeende derde betaler-regeling (80% in 2022) en een hoge conventioneringsgraad van de huisartsen (93,37%). Er wordt nog een andere as ontwikkeld. Er ligt een voorstel op tafel om de toegang tot de (huis)arts gratis te maken voor kinderen en jongvolwassenen tot en met 25 jaar die het voorkeurtarief genieten en een GMD hebben geopend bij hun huisarts. Hiervoor werd een budget van 5,5 miljoen euro vrijgemaakt. Verderop in het hoofdstuk over het EPD (elektronisch patiëntendossier) hamert de minister op de noodzaak van een levenslang (toegankelijk) dossier, dankzij het BIHR (Belgian Integrated Health Record):

“Verdere digitalisering zal eveneens zorgen voor meer administratieve eenvoud. We ondersteunen de huisartsen hierin met een jaarlijkse geïntegreerde praktijkpremie die kan oplopen tot 6.000 euro. Er werd en wordt tevens zeer sterk ingezet op elektronische (geneesmiddelen)voorschriften, E-attesten, digitale facturatie, en op veilige elektronische patiëntendossiers.”

Globaal Medisch Dossier:

Global Medical Record – 2019. Bron : IMA

	2019
Globaal medisch dossier – nationaal gemiddelde	77,9 %
Globaal medisch dossier 0-4 jaar	60,9 %
Globaal medisch dossier 5-14 jaar	70,1 %
Globaal medisch dossier 15-24 jaar	73,9 %
Globaal medisch dossier 25-44 jaar	74,4 %
Globaal medisch dossier 45-64 jaar	81,4 %
Globaal medisch dossier 65-74 jaar	87,3 %
Globaal medisch dossier 75+ jaar	90,4 %

De minister ijvert voor “de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon” (blz. 7 van de nota). Een derde van de taken van de huisarts kan worden gedelegeerd:

- aan administratieve medewerkers (onthaal, administratie, agenda)
- verpleegkundigen (vaccinatie, zorg voor chronische patiënten)
- nieuwe profielen (praktijkassistenten)

- andere zorgverleners (psychologen, apothekers)

In het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 is financiering voorzien. Voor wie...? Voor de praktijkassistenten of voor de verpleegkundigen?

De psychologen hebben een conventie eerstelijnspsychologische zorg:

- voor de brede bevolking
- voor de huisartsen (ondersteuning tijdens raadpleging, bij detecteren van signalen van mentale problemen)

Samenwerking met andere zorgverleners: 50 miljoen euro

- secundaire en tertiaire preventie
- thuiszorg
 - o kanker
 - o langdurige antibioticabehandeling

Technologische innovatie:

- Raadplegingen op afstand: werkgroep: Prof. Ann Van den Bruel en Prof. Jean-Luc Belche
 - o Multidisciplinair geïntegreerd medisch dossier
 - o Toegang d.m.v. het BIHR tot het EPD voor alle zorgverstrekkers.
 - Persoonsgerichte zorg
 - Doelgerichte zorg
 - PATIËNT: individuele zorg
 - Holistische visie
 - Persoonlijke keuzes van de burger over
 - o Zorg
 - o Gezondheid
 - o Welzijn
 - POPULATIE:
 - Politiek niveau
 - Economisch niveau
 - Sociaal niveau
 - Ecologisch niveau

Goede organisatie van niet-planbare zorg (spoed en 1733)

- Huisartsenwachtposten
 - o Financiële steun voor de wachtposten
 - o Nieuwe fase van samenwerking tussen de wachtposten
 - Continuïteit van de zorg aan de patiënt
 - Verdelen van de werklust tussen huisartsen
- Begeleidingsplatform onder het voorzitterschap van Frank Lippens

FINANCIERING van de huisartsgeneeskunde (blz. 11 van de nota):

“Het is mijn overtuiging dat we nog verder van die 'prestatiegerichte gefinancierde zorg' (fee for service) moeten gaan. Je behoudt een stuk financiering per prestatie, maar de druk op de huisartsen 11 om per se volume te draaien, die moeten we doen dalen. We moeten gaan naar een meer geïntegreerde gefinancierde zorg. Uitgangsvraag moet daarbij zijn: wat moet de huisartspraktijk

kunnen borgen aan zorg, welke middelen zijn daarvoor nodig en hoe kan dit stabiel worden gefinancierd?" (...)

"Het is tevens één van de conclusies van de reflectiegroep Van den Bruel-Belche met name dat aangepast globaal financieringsmodel nodig is, niet enkel voor teleraadplegingen maar ook voor fysieke raadplegingen, waarbij ze als voorkeurspiste 'een forfaitaire betaling van teleraadplegingen en fysieke raadplegingen met een kleine betaling per prestatie voor beide modaliteiten' naar voor schuift."

Aanbevelingen voor de financiering van de van de huisartsgeneeskunde:

- Stimulerende financiering
- Toegankelijkheid voor de patiënt vrijwaren
- Continuïteit van zorg en beschikbaarheid verzekeren
- Correcte vergoeding voor consultaties en postconsultaties
- Taakdelegatie moet mogelijk zijn
- Incentives inzake preventie, populatiemanagement, multidisciplinaire samenwerking, kwaliteit, beschikbaarheid
- Over- en onderconsumptie vermijden
- Administratieve eenvoud nastreven

Vragen van de minister aan de zorgprofessionals (p. 12-13 van de nota) :

"Ik verwacht van de reflectiegroep antwoord op de volgende vier vragen:

1. Wat wordt verwacht van een eerstelijnspraktijk? Welk zorgpakket moet een huisarts(enpraktijk) bieden vanuit een omschreven verantwoordelijkheid voor evidence based huisartsgeneeskundige zorg?
2. Welke profielen moeten hiertoe aanwezig zijn binnen deze praktijk, inclusief de ondersteunende profielen?
3. Hoe moet de relatie met de patiënt uitgebouwd worden?
4. Welk alternatief en gemengd financieringsmodel moet hierop geënt worden? Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel een goed evenwicht biedt tussen vrijheid (zodat de huisarts bijvoorbeeld beroep kan doen op zorgondersteund personeel) en verantwoordelijkheid voor het zorgpakket. Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel zowel het microniveau maar ook het mesoniveau (locoregionaal niveau, populatiemanagement,...) versterkt?"

Conclusie van de minister (blz. 12):

"We staan voor een immense maar uitermate boeiende uitdaging, namelijk het versterken van een eerste lijn, met bijzondere aandacht voor de huisartsen, die minder gefocust is op het 'genezen' van per definitie niet geneesbare aandoeningen en er veel beter in slaagt om zorg te leveren op maat van wat mensen nodig hebben voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Huisartsen zijn hierbij een eerste en dus cruciale schakel. Een schakel die zelf zorg verleent, maar ook omringd is door anderen: psychologen, verplegers, of kinesisten zelf, maar ook mensen die jullie helpen met administratie. Het is mijn stelligste overtuiging dat we naar zulke geïntegreerde huisartspraktijken moeten evolueren.

We hebben nood aan een New Deal voor de huisartsen, die niet alleen inzet op de vraag hoe huisartsen beter ondersteund kunnen worden, onder meer door samen te werken met andere zorgverleners of -ondersteuners, maar ook hoe hun financieringsmodel beter kan inspelen op beschikbaarheid, samenwerking, zorgcontinuïteit, preventie en empowerment.”

Opmerkingen over dit nieuwe paradigma van de huisartsenpraktijk en de financiering ervan:

1. De huisarts wordt de regisseur van de publieke en individuele gezondheid.
2. Door multidisciplinariteit delegeert hij met de nodige subsidiariteit zijn opdrachten aan verpleegkundigen, zoals vaccinatie en chronische patiënten, aan apothekers (geneesmiddelen en vaccins), aan psychologen (burn-out...)
3. Financiering per act wordt ondergeschikt aan forfaitaire financiering voor de rol van de artsen bij preventie en volksgezondheid.
4. De huisartsenpraktijk is de eerste schakel in een 'geïntegreerde' zorgketen. Multidisciplinariteit is voor de eerste lijn, met verpleegkundigen, kinesitherapeuten, apothekers e.d.
5. De buurtteams en zorgteams van Ri De Ridder komen niet voor in de tekst van de minister. Aangenomen mag worden dat buurtteams met gynaecologen en kinderartsen voor sommige huisartsen niet aanvaardbaar zijn.
6. Uiteindelijk bekommert de huisarts zich met het welzijn van 'zijn' populatie, waarvoor hij de opdracht heeft van zorgcoördinator, communicator, wetenschapper, die het welzijn van zijn patiënt en zijn persoonlijk welzijn nastreeft. Chronische zorg staat onder toezicht van verpleegkundigen. Sociale problemen worden behandeld door maatschappelijk werkers, medicatiebeheer door apothekers, zwangerschapscontrole door verloskundigen.
7. De ontwikkeling van het GMD bij kinderen en baby's.
8. Wachtposten en 1733 zullen verder worden ontwikkeld. Om de werklast van de wachtdiensten beter te verdelen, zullen de posten in onderling overleg te werk gaan.

Wat is er gemeenschappelijk met de specialisten?

1. De wens om de financiering per act (nomenclatuur) te verminderen en te vervangen door een all-inbedrag dat een pakket van verstrekkingen of kosten dekt.
2. De uitbouw van het concept geïntegreerde zorg.
3. Het streven naar een evenwicht tussen werk en privéleven.
4. Naleving van de arbeidstijdenrichtlijn
5. Het streven naar een toegankelijk EPD voor gezondheidszorgbeoefenaars.
6. Het streven naar efficiënte zorg.
7. De huidige overbelasting van de spoeddiensten.

Wat zijn de breuklijnen tussen de new deal voor de huisartsgeneeskunde en de specialistische geneeskunde?

1. Uitsluiting van gespecialiseerde geneeskunde uit de eerste lijn.
2. Het ontbreken van enigerlei aandacht voor extramurale ziekenhuisgeneeskunde.
3. De afwijzing door de huisartsen van de projecten van langdurige antibioticatherapie thuis en oncologie thuis (dit is de rol van de werkgroepen transmurale zorg).
4. De financiering van de geïntegreerde zorg vanuit de ziekenhuisinstellingen en het rol van het ziekenhuis in deze financiering.

8.2 MAHA-analyse 2022

MAHA-analyse 2022

Ziekenhuissector blijft ook na Covid-19 zwaar onder druk staan.
Cijfers 2021 en eerste blik op 2022

Belfius, 16/11/2022

Samenvatting:

Voor 2022 vallen vier zaken meteen op:

1. Kosten **energie**facturen
2. Loonkosten met **de indexeringen**
3. **Kosten** in de **bouw**sector
4. Stijgende **rente**

De analyse gaat echter over 2021, een jaar waarop COVID-19 van invloed is. Gezien de financiële problemen van de ziekenhuizen en de zeer lage marge in 2021, wordt bij de presentatie van het MAHA-rapport 2021 aan de pers een eerste vooruitblik op 2022 gegeven. De situatie is dramatisch.

Tegelijkertijd stuurde minister Frank Vandenbroucke een toespraak naar de pers over de MAHA-studie, waarin hij merkwaardig genoeg concludeert dat bij de genomen maatregelen de doelstellingen van onze ziekenhuizen (zie verder) moeten blijven vooropstaan. Hij wijt het probleem van de ziekenhuisfinanciering aan overconsumptie, supplementen en concurrentie, die hij wil omzetten in samenwerking. De minister blijft zijn politieke doelstellingen nastreven, zoals het probleem van de supplementen en de overconsumptie, iets waar we ons in dit debat over het financiële voortbestaan van onze ziekenhuizen kunnen over verbazen!

“En dat met vier doelstellingen voor ogen voor onze ziekenhuizen: (1) minder aanzetten tot overconsumptie en meer inzetten op gezondheid; (2) minder complexiteit en meer transparantie; (3) minder conflict, concurrentie en meer samenwerking; (4) minder supplementen en meer tariefzekerheid.”

(Fragment uit toespraak ‘Financiering van de ziekenhuissector’ van minister Frank Vandenbroucke n.a.v. voorstelling MAHA-studie, verstuurd naar de pers)

1. De ziekenhuizen zijn nog steeds niet terug op het **activiteitsniveau** van voor de crisis
 - a. In 2020 heeft de Covid 19-crisis met de sluiting van ziekenhuizen voor niet-urgente zorg de klassieke en dagopnames met 18,2% verminderd.
 - b. In 2021 bedraagt de daling 9,3% (t.o.v. 2019).
In 2022 bedraagt de daling voor de eerste jaarhelft 8,6%.
 - c. In 2021 is er voor de klassieke opnames een daling van 15% in 16 ziekenhuizen; **een STIJGING in 2 ziekenhuizen?**
 - d. De bezettingsgraad van erkende bedden gaat van 72,1% in 2019 naar 64,7% in 2021.
 - e. De verblijfsduur gaat van 5,3 dagen in 2019 naar 5,1 dagen in 2021.
 - f. De (NIET-CHIRURGISCHE) dagopname kent een stijging van 7,1% in 2021 naar 8,6% in 2021.
2. **Omzet 2021: een overgangsjaar**
 - a. Thesaurievoorschot in 2020 van 2 miljard: zoniet bijna alle ziekenhuizen in het rood
 - b. Omzet in 2021: groei van 9,8% t.o.v. 2019
 - c. Verhoging van het BFM met 12%
 - i. Zorgpersoneelsfonds

- ii. Toename van zorgpersoneel bij de patiënt
- d. IFIC
- e. Twee loonindexeringen in 2019, vier in 2021 (verrekend in het BFM) en één in 2023
- f. Farmaceutische producten +11,1%
- g. Artsenhonoraria + 8%
- h. RIZIV-forfaits + 8,1%
- 3. Exploitatiekosten (34% van de omzet)
 - a. Stijging met 10% t.o.v. 2019
 - b. Aankopen: + 14% (of 25,6% van de omzet)
 - i. Farmaceutische producten + 11,1%
 - ii. Medische producten + 31% (o.m. mondmaskers, Covid-19-testen enz.)
- 4. Retrocessie van honoraria: + 5,8% t.o.v. 2019 (n.b. in 2020 – 6,2%)
- 5. Lonen personeel (41,5% van de omzet)
 - a. Stijging van 8,8% t.o.v. 2019
 - b. Waarvan 5,9% door toename gemiddelde loonkosten (2 indexeringen)
 - c. En 2,9% door aangroei aantal VTE (+ 2.995)
- 6. Werkgelegenheid in ziekenhuissector
 - a. Direct: 104.917 VTE
 - b. Indirect (uitzendkrachten, externe diensten e.d.): ± 1.000
 - i. Inschakeling uitzendpersoneel + 75%
 - ii. **Afwezigheidsgraad 10% (België 6,13%)**
 - iii. **Langdurige afwezigheid: 6,1% (België 3,24%)**
 - c. **Percentage vacatures: 4,5%/totale personeelsbezetting, wat neerkomt op 4.690 VTE en een toename van 36% t.o.v. 2019**
 - d. **SLUITING** van zorgeenheden door personeelsgebrek
- 7. **RESULTAAT 2021:**
 - a. **Bedrijfsresultaat in % van de omzet: 0,73% of 131 mln EUR**
 - b. **Gewoon bedrijfsresultaat in % van de omzet: 0,71% of 127 mln EUR**
 - c. Resultaat van het boekjaar in % van de omzet: 1,14% of 251 mln EUR
 - d. Fragiele resultaten want 129 mln federale steun.
 - i. Tekort op gewoon overheidsresultaat zonder federale steun bij 44 ziekenhuizen
 - ii. Tekort op gewoon overheidsresultaat mét federale steun bij 24 ziekenhuizen
- 8. Balanstotaal voor 2021: 22,3 MILJARD: + 6,1% t.o.v. 2019
 - a. Eigen middelen: 24,2% van het balanstotaal : + 23,6% t.o.v. 2019
 - i. 29 ziekenhuizen, of 34%: eigen middelen onder 'norm' van 20%
 - b. Financiële schuldgraad: 31,7% van het balanstotaal (35,8% in 2019)
 - i. Afname van de bruto- investeringen
 - ii. **2021: 856 miljoen investeringen**
 - 1. **-25,8 % t.o.v. 2019**
 - 2. **-40% t.o.v. 2018**
 - c. Schuldgraad > 40 % voor 20 ziekenhuizen, of 23%
 - d. **Ontoereikende cashflow om de schuld van het boekjaar te dekken: 13 ziekenhuizen (15%)**

BOEKJAAR 2022 :

Kosten goederen en diensten:

1. Inflatie, verantwoordelijk voor sterke stijging loonkosten
2. Stijgende prijzen voor consumptiegoederen en andere goederen en diensten
3. Prijzen van bouwmaterialen

Energiekosten:

1. Vermoedelijke stijging met 61%

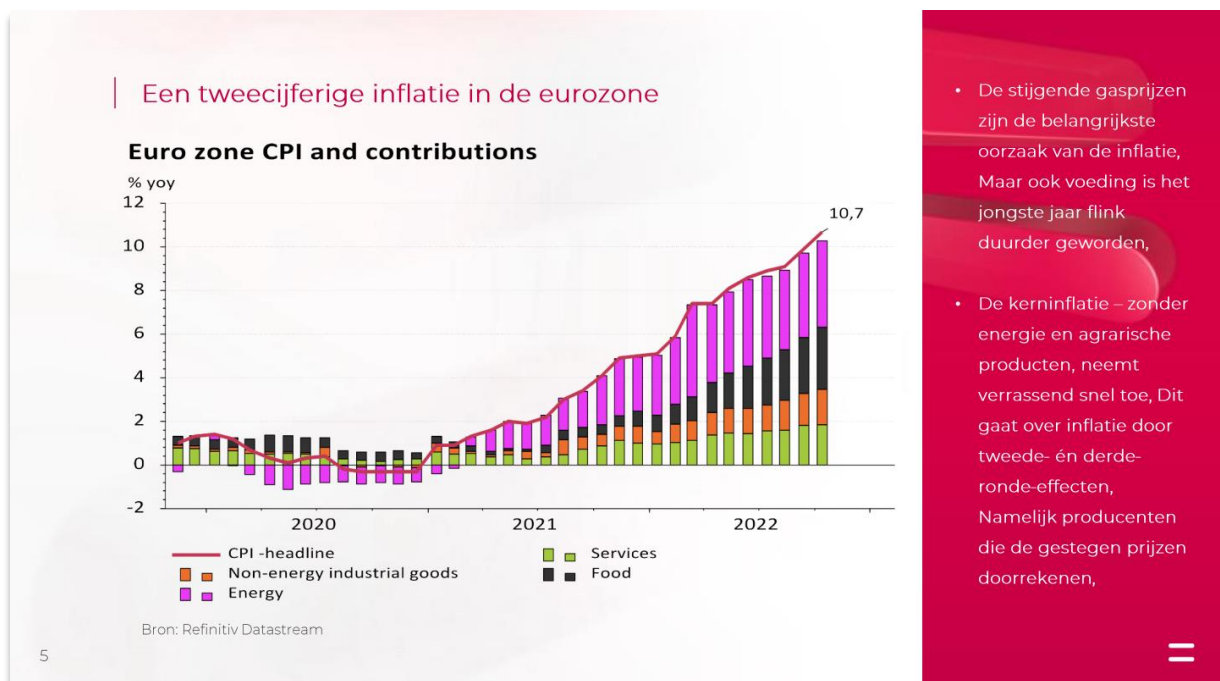
Personeelskosten

1. Indexeringen
2. Pensioenlasten voor openbare ziekenhuizen of gemengde structuren

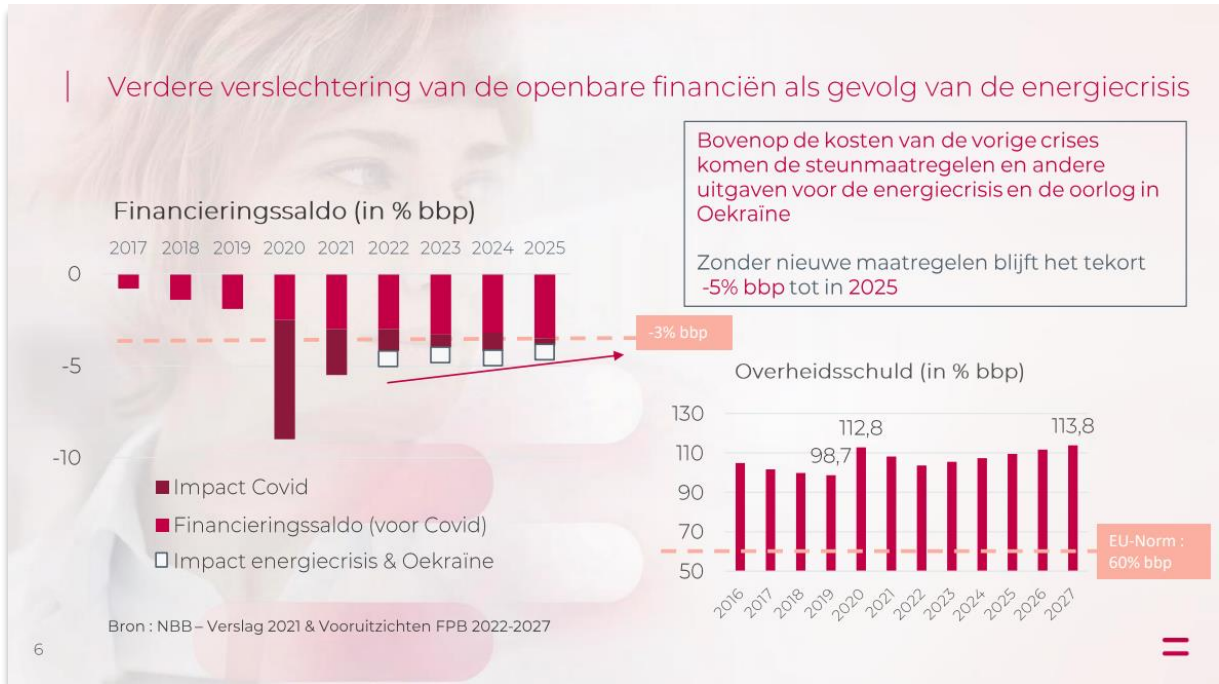
Prognose voor eerste helft 2022: **extra achteruitgang bedrijfsresultaat met 135 mln. En dus verslechtering van minstens 270 miljoen over het volledige jaar. Dit betekent een deficitair gewoon bedrijfsresultaat voor de meeste ziekenhuizen (cf. resultaatmarges: 0,7%, ca. 130 mln).**

De volledige presentatie vindt u [op de website van Belfius](#).

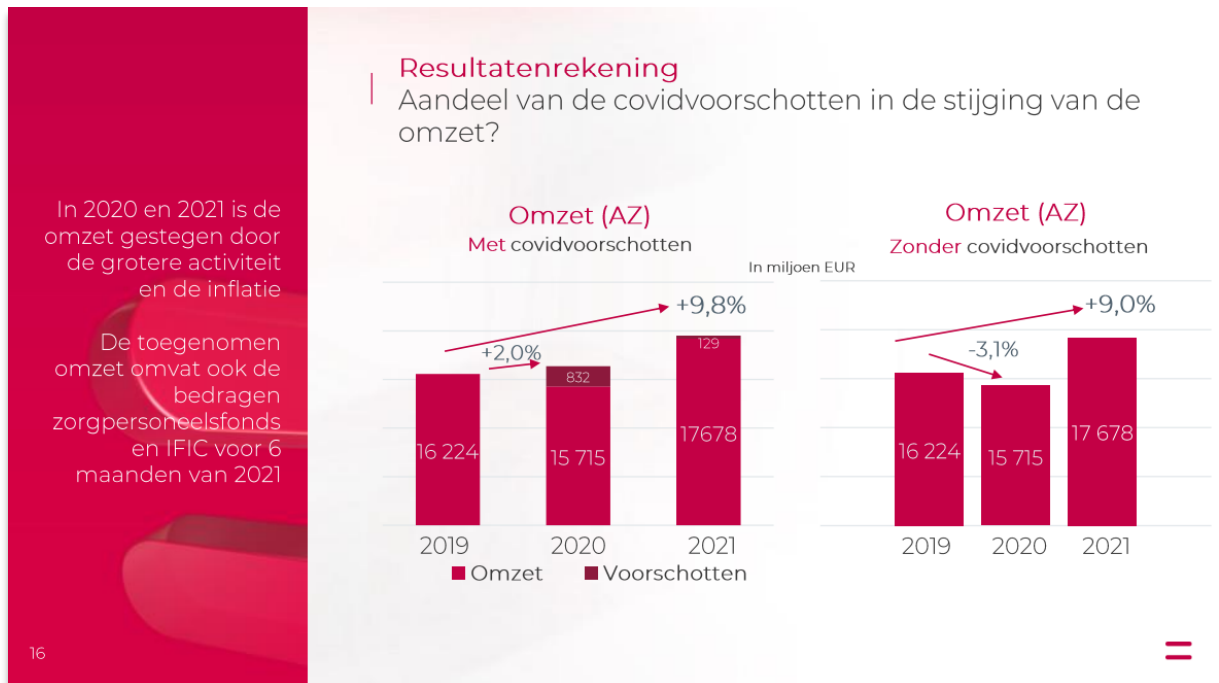
1. Inflatie



2. Activiteiten



3. Financiën: rol van de federale steun



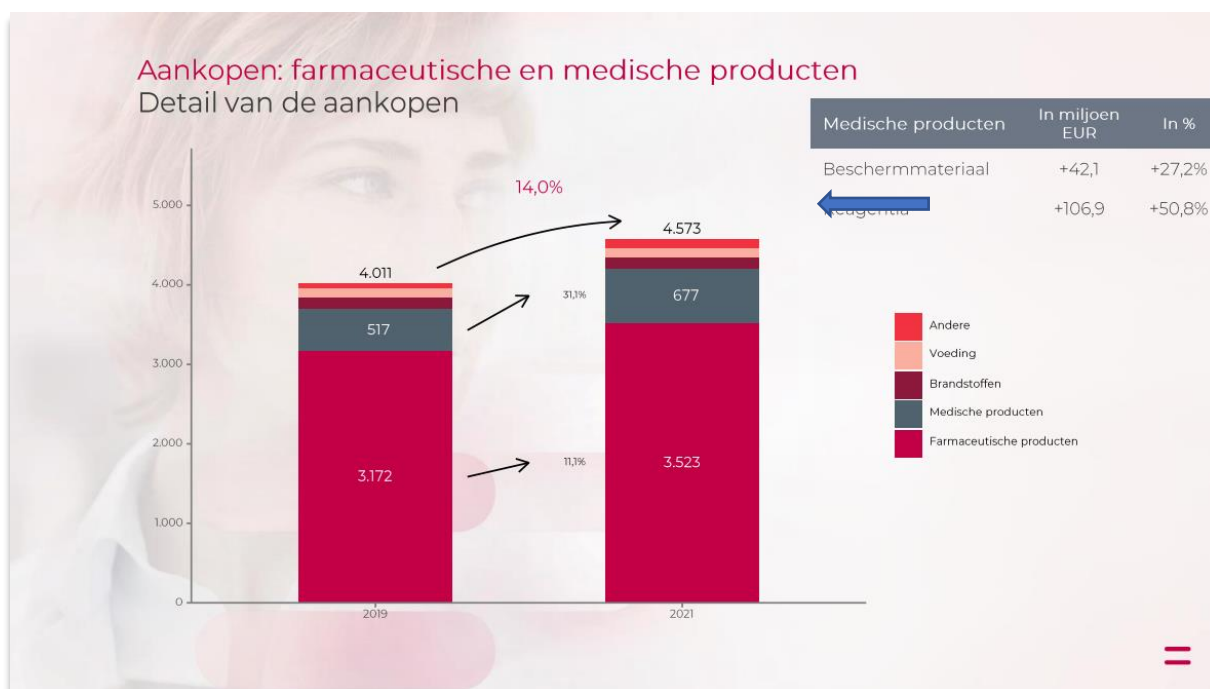
4. Stijging bedrijfsopbrengsten

Resultatenrekening
 Bedrijfsopbrengsten – Met voorschotten
 Grootste stijging t.o.v. 2019 zit bij BFM en Farma

In miljoen EUR	2019	2020	% Evolutie	2021	% Evolutie (Lov 2019)
Omzet	16 224	16 546	2,0%	17 807	9,8%
BFM incl. federale voorschotten	5 635	6 574	16,6%	6 312	12,0%
Federale voorschotten	0	832	-	129	
BFM + Geraamd inhaalbedrag	5 635	5 742	1,9%	6 183	9,7%
Forfaits	709	710	0,1%	766	8,1%
Farmaceutische producten	3 093	3 081	-0,4%	3 440	11,2%
Financiering deelstaat	39	54	40,1%	61	58,5%
Laagvariabele zorg	429	368	-14,3%	437	1,8%
Honoraria	6 179	5 653	-8,5%	6 676	8,0%
Supplementen en nevenproducten	140	107	-23,8%	115	-18,1%

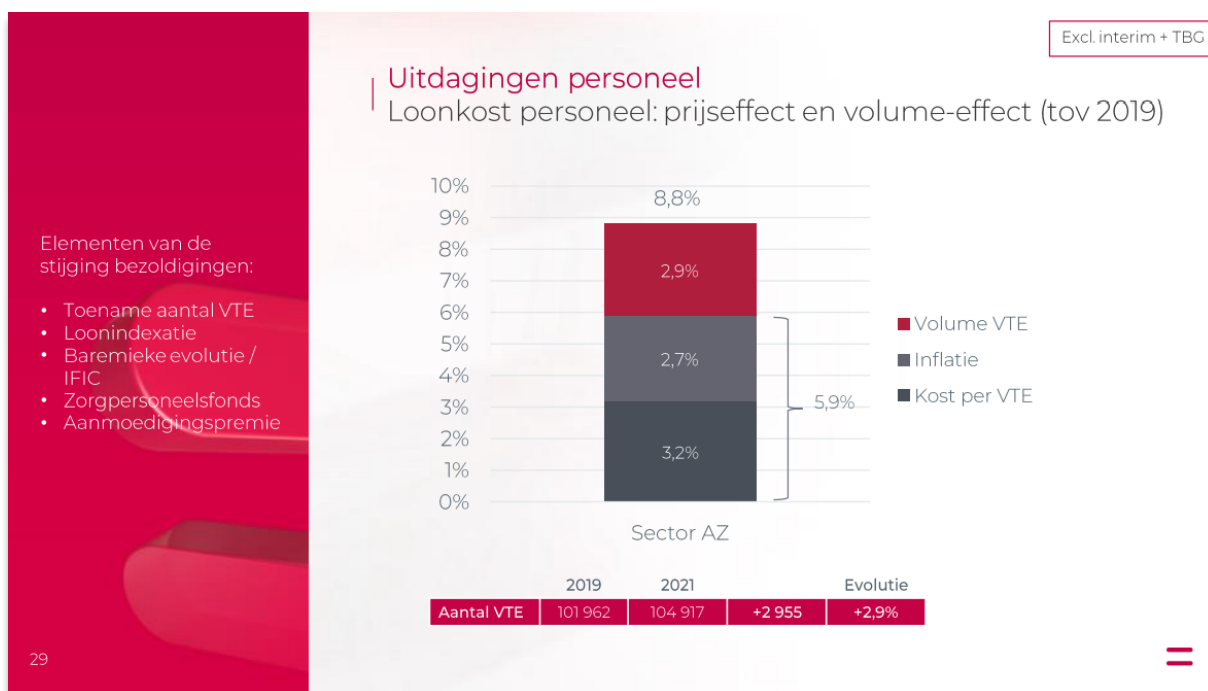
De stijging van de honoraria met 8% hangt samen met een indexering van 1,95% en een indexering van 1,0%. Er is dus een groei van de activiteit van ca. 5%.

5. Aankopen



De aankopen zijn sterk toegenomen door reagentia en beschermingsmateriaal i.v.m. COVID.

6. Personeel



Volume-effect in VTE, inflatiestijging (indexeringen), IFIC, herwaardering en zorgpersoneelfonds leiden tot **kostenexplosie**.

8.3 Co-governance: Het ziekenhuis 2024-2030: toekomstgerichte noodzakelijke werk-klimaatmaatregelen voor een kosteneffectieve gezondheidszorg

Proloog

We vertrekken van de beleidsnota van minister Frank Vandenbroucke begin 2022 waarbij onder de voorgestelde maatregelen is één van de sluitstenen om naar een transparanter management en financieel beleid van de ziekenhuizen te komen het opsplitsen van de bestaande erelonen. Er wordt voorgesteld om de vergoeding van de medische prestatie op te splitsen in een gedeelte zuiver ereloon voor de professionele prestatie enerzijds en een vergoeding voor het bijhorend kostengedeelte anderzijds. (1)

Naargelang aan wie de vergoeding voor dit kostengedeelte toekomt stelt zich meteen de vraag over de juiste besteding en het beheren van deze specifieke kostenvergoedingen.

De huidige afspraken rond **governance** van de ziekenhuizen die steunen op een meer dan drie decennia oude ziekenhuiswet zijn hiervoor mogelijks onvoldoende. Daarom is het aangewezen om straks, anno 2023, na te denken over de bestaande structuren binnen onze ziekenhuizen om met de huidige beschikbare middelen de uitdagingen in het kader van de afgesproken doelmatige zorg aan te gaan en te bestendigen. (2) Deze middelen zijn spijtig genoeg vandaag en ook in de nabije toekomst budgettair grotendeels beperkt. Daarbij komen nog de steeds grotere uitdagingen wat beschikbare man/vrouwkracht (manpower) in de gezondheidsberoepen betreft.

Een ziekenhuis hoort een verzameling van specialistische zorg te zijn vooral beschikbaar binnen, maar ook voor een deel buiten de muren van de instelling. Juist op deze verzameling van specifieke diensten moet in detail worden gefocust om de efficiëntie en de kwaliteit te optimaliseren.

De historiek

De ziekenhuiswet,(1987 en latere aanpassingen), voorziet in een bij wet vastgelegd overlegmodel waarbij het beheersorgaan van het ziekenhuis samen met de door artsen verkozen medische raad (verkiezing, werking en bevoegdheden eveneens wettelijk bepaald) de dagelijkse werkingsmiddelen probeert vast te leggen. Hieronder vallen onder andere de financiële afspraken, het medische reglement, de afdrachten op erelonen ... In deze dagelijkse werking van het ziekenhuis en de bijhorende beslissingen is voorzien in een verplichte adviesvraag aan de medische raad.

Er wordt een **eenvoudig advies** (niet bindend) voorzien bij de vele aspecten van het dagelijks bestuur. De medische raad verstrekt een advies dat echter niet noodzakelijk moet worden gevolgd door de inrichtende macht.

Er is bij bepaalde beslissingen wel door de wetgever voorzien in een **verzwaard advies** waarbij de adviezen van de medische raad bindend zijn.)een procedure is voorzien in het geval van blijvende discordantie tussen beide standpunten).

Het **eenvoudig advies** betreft het medisch personeel, de benoeming van de geneesheer-diensthoud, de benoeming van de artsen, de sancties naar artsen toe, het budget rond de medische activiteit/uitrusting, alle structurele interventies die de medische activiteit beïnvloeden (zoals vernieuw-bouw), het verpleegkundig en paramedisch departement en de wijzigingen die zich hierbij zouden voordoen, alsook de klachten rond de medische activiteit van bepaalde artsen of artsengroepen.

Het **verzwaard advies** geldt voor de wijzigingen van de algemene overeenkomst met de artsen, de wijzigingen in het medisch reglement, de benoeming van de hoofdgeneesheer/medisch directeur, het ontslag van een arts werkzaam in het ziekenhuis (behalve om dringende redenen), de medische uitrusting en het personeel dat rechtstreeks wordt gefinancierd door de honoraria.

In de praktijk komt dit er dikwijls op neer dat het overleg voorstellen betreft die worden aangebracht door het beheer (lees voorgesteld door de directie) die zullen worden voorgelegd aan de medische raad die deze voorstellen en beslissingen **moet** (verzwaard advies) of **kan** (eenvoudig advies) bekrachtigen. Om dit overleg te faciliteren bestaat tevens een door de ziekenhuiswet vastgelegd permanent overlegcomité (POC) dat is samengesteld uit leden van de raad van bestuur en leden van de medische raad, meestal bijgewoond door de CEO en de hoofdgeneesheer. Op het terrein zijn er in vele ziekenhuizen gelukkig reeds soepele modellen ontstaan waarbij wederzijdse uitwisseling van ideeën en projecten in dit overleg worden aangebracht. Soms zijn deze aanpassingen beschreven in een "algemene overeenkomst" tussen artsen (MR) en ziekenhuis.

Eens de strategie is bepaald, is het aan de directie deze plannen om te zetten in de praktijk en de uitvoering ervan te bewaken. De algemeen directeur, de hoofdgeneesheer en nursing directeur spelen hier de meest cruciale rol. Zij worden bijgestaan door andere directieleden zoals het verplichte hoofd² van het farmaceutisch departement en de directeur financiën.

Het Medisch departement

De arts- hoofdgeneesheer, of is het ondertussen beter "**hoofddarts**" wordt zoals hoger vermeld benoemd door de raad van bestuur met verzwaard advies van de medische raad.

In de ziekenhuiswet wordt ook voorzien in het aanduiden van **diensthoofden**. Per medische specialiteit wordt in principe een diensthoofd aangesteld. Bij de erkenningen van het ziekenhuis en bij sommige zware diensten betreffen de verplicht aangeduide diensthoofden niet noodzakelijk alle medische specialiteiten (voor de erkenning van het ziekenhuis vraagt men slechts een diensthoofd interne geneeskunde, chirurgie, intensieve zorgen, operatiezaal, spoedopname...) De praktijk op vandaag leert dat er meestal ook een diensthoofd aangeduid is per erkende specialiteit.

Er zijn regelmatige vergaderingen voorzien met de medische diensthoofden, deze vergadering wordt voorgezeten door de hoofdarts. In de praktijk is dit een top-down organisatie, deze is zeer geschikt om globale standpunten naar beneden toe in de organisatie te vertalen (vb maatregelen bij bed overbezetting). In de meeste ziekenhuizen is er op dat niveau ook een vlot overleg met de verpleegkundige staf.

De basisbeginselen van de organisatie en verhoudingen tussen de ziekenhuisartsen en de inrichtende macht van onze ziekenhuizen werden dus 35 jaar geleden voor het eerst rudimentair bij wet vastgelegd. De taken werden min of meer duidelijk omschreven. Dit was toen baanbrekend.

Het woord rudimentair is echter op zijn plaats. Vele artsen specialisten werkten destijds nog als enkelingen zonder maatschapsverbanden of met zuivere onderlinge kosten associaties. Er bestond in veel specialiteiten een al dan niet gewilde genderongelijkheid en assistenten werden dikwijls exclusief opgeleid aan de universiteiten.

Nochtans hadden de artsen specialisten in die periode dezelfde ethisch gedreven motivatie bij hun praktijkvoering als vandaag maar de middelen lagen anders.

Ondertussen dienden ook de ziekenhuizen zich aan te passen. In snel tempo moest een nauwkeurige registratie van medische activiteit worden uitgewerkt, penalisatie voor al te lange ligduur en andere normeringen werden ingevoerd.

De 21^e eeuw heeft het medisch landschap definitief veranderd. De meeste ziekenhuisartsen werken in maatschap of associatieverband en de gender ongelijkheid is door de feiten achterhaald dankzij het enthousiasme en de inzet van de vrouwelijke collega's. Alle assistenten in opleiding volgen op zijn minst tijdens hun curriculum een verplichte stage in niet universitaire ziekenhuizen en hun statuut wordt aangepast. Evidence-based-medicine (EBM) en outcome metingen krijgen stilaan hun vaste plaats in de zorg. Vóór alles is multidisciplinariteit in de zorg de leidraad, zowel tussen de specialisten onderling als met alle andere zorgverstrekkers. Ook de patiënt krijgt het woord via tal van organisaties.

Zeër dikwijls uit noodzaak is het systematisch overleg tussen beheer en medische raad frequenter en meer ten gronde ontstaan. Toch zijn dikwijls de financiële argumenten de insteek bij het samen nadenken.

Terug naar de aanleiding

Met de intentie van de minister om de splitsing van ereloon en bijhorende werkingskosten per medische prestatie in te voeren wacht er nog een moeilijke opdracht om dit met kennis en kunde in de praktijk om te zetten. De artsen-specialisten zullen bij de uitwerking van zeer dichtbij moeten worden betrokken. Zuiver academische modellen zullen niet volstaan. Mits het van dichtbij betrekken van de specifieke beroepsorganisaties en het beschikken over geactualiseerd cijfermateriaal is dit voorstel van de minister een zeer interessant initiatief waar vele artsen zich in kunnen vinden. Men moet er wel over waken dat wat de becijfering van de kostenplaats betreft een methode wordt in gebouwd waarbij systematisch de parameters kunnen worden aangepast zonder jarenlange stagnatie. Er dient bovendien voldoende ruimte te blijven voor de noodzakelijke innovaties en evolutie in diagnose en behandeling.

De erelonen kunnen worden aangepast aan een index, de bijhorende kostenvergoeding dient eerder naar boven of naar onder op tijd te worden aangepast aan de diagnostische en therapeutische noden.

In de beleidsnota van 22 januari werd ook reeds verwezen naar een **gewenst overlegmodel en co-beheer tussen artsen en bestuur** bij de aanwending van de beschikbare middelen betreffende de kostenvergoeding die gelinkt is aan een medische prestatie. Zeker indien deze middelen aan het ziekenhuis worden toegekend zal een model moeten worden uitgewerkt waarbij er een overleg ten gronde verplicht is. (2)

De specialisten zullen elk in hun vakgebied voor 100% moeten betrokken worden en zelf leiding geven bij de aanwending van deze middelen. Vermits volgens dezelfde ministeriele nota retrocessies op de erelonen verdwijnen in het nieuwe model moeten de financiële middelen worden gebruikt op de kostenplaats waarvoor ze zorgvuldig werden berekend.

Er moet een manier in het co-beheer worden gevonden waarbij de afweging en de bestemming van de middelen gestuurd worden door elke medische specialiteit met kennis van zaken. Deze kostenplaatsen kunnen onmogelijk worden geïntegreerd of opgeslorpt in het huidige budget van financiële middelen (BFM) dat dient om het algemeen werktuig in stand te houden. Hoewel ook te lezen in de hervormingsnota van de minister kan dit op lange termijn wel bij een veralgemeend systeem van "diagnosis related group based financing" die het BFM moet vervangen.

Co-governance

Samen beheren van de gezondheidsinstelling is vandaag in wisselende mate aanwezig of afwezig in onze ziekenhuizen. Of het lukken of mislukken nu ligt aan historisch opgebouwde goede resultaten enerzijds of hardnekkig verder gezette conflicten anderzijds, de oude ziekenhuiswet is bruikbaar om uiteindelijk tot een vrijwillige of verplichte consensus tussen beide partijen te komen. Maar het model kan zeker worden geoptimaliseerd. Meer artsen in de raad van bestuur, een rechtstreekse participatie van de medische raad, aanduiding van onafhankelijke bestuurders en zelfs vertegenwoordigers van patiënten organisaties behoren tot de mogelijkheden.

Maar de invalshoek blijft zelfs met deze nuttige aanpassingen hoe dan ook hoofdzakelijk financieel. De invulling van de zorg dreigt nog steeds ondergeschikt aan het bilan van de uitbating te blijven.

De ganse organisatie van het medisch departement werkt **TOP DOWN** met de beste bedoelingen om degelijke zorg af te leveren. De vraag stelt zich of zelfs met grondige wijzigingen in de numerieke verhoudingen binnen de raden het model essentieel verandert. Is het een goed idee om een medische raad verregaand te integreren in de beheersstructuur, de raad heeft immers ook een beschermende opdracht naar de rechten van individuele artsen en artsen-groepen. Bovendien is het kiessysteem van de medische raden geen garantie op een representatieve vertegenwoordiging van ALLE specialiteiten. Bij de verkiezing medische raad stemt men niet verplicht voor een volledige medische raad waar 7,8 of 15 leden zetelen. Men kan immers stemmen voor slechts enkele personen en onderling afspreken wat de grote diensten met veel leden en stemmen automatisch in de raad brengt. Dit kan leiden naar gepolariseerde standpunten waar niet iedereen gelijk vertegenwoordigd is. In ziekenhuis brede beslissingen maakt dit geen groot verschil maar voor beslissingen louter op dienstniveau kan dit een belangrijke zorg zijn.

Zorg- klimaatdoelstellingen 2024 - 2030

Alvorens de discussie aan te vatten over het zeggenschap en de precieze organisatie van de structuren die het **co-beheer van de medische zorg** moeten waar maken is het beter zoals altijd eerst goed na te denken over de gewenste **doelstellingen**.

Het is de bedoeling om, zowel binnen het loco-regionaal netwerk als in het supra-regionaal netwerk waarin het ziekenhuis participeert, de burger de meest adequate en gepersonifieerde zorgen aan te bieden.

Zowel in het kleinere lokale ziekenhuis als in de grotere zorginstellingen of zelfs in universitaire ziekenhuizen vereisen zorgprogramma's, zorgtrajecten, specifieke conventies of spoedeisende klachten een kwalitatieve specialistische aanpak van een of meerdere ziekenhuisdiensten.

Wanneer de opdracht het verlenen van adequate en doelmatige zorgverlening op maat van de individuele patiënt inhoudt, is **structuur** gericht op dit specialistisch maatwerk uiterst belangrijk.

De verschillende specialiteiten worden geleid door diensthoofden met wel omschreven taken die sturing geven en blijven plannen binnen hun vak dat in continue evolutie is. Deze sturende functie werd in de oude ziekenhuiswet reeds bepaald alleen wordt de invulling vandaag misschien beter bekeken als een takenpakket dat in sommige specialiteiten door de complexiteit soms door meer dan één arts-specialist wordt ingevuld. Adequate en doelmatige zorg start immers op dienstniveau en wordt versterkt door multidisciplinair overleg. Dit plan om de dagelijkse zorg te laten sturen vanuit de basis lukt mits de noodzakelijke werkingsmiddelen er zijn en deze vakkundig worden aangewend.

De (financiële)middelen dienen de zorg te volgen en niet omgekeerd!

De specialisten in 2030 zullen werken binnen hun specialiteit in nauw dienstverband met elkaar. Dit staat los van hoe ze worden verloned of vergoed of hoe zij hun werktijd aan hun life-work-balance hebben aangepast. Binnen dit verband heeft elk zijn takenpakket. Een van hen heeft de functie van diensthoofd, een andere is verantwoordelijk voor opleiding, nog een voor wetenschappelijke participatie.

Indien men in de organisatie van het medisch-zorgkundig departement 2024-2030 verandering wil brengen moet men beginnen bij de diensten en de diensthoofden. De input is ditmaal **BOTTOM UP!**

Bij deze aanpak is de rol van het diensthoofd en zijn collega's zeker niet meer vrijblijvend.

In de zorginstelling heeft elke medische/chirurgische/technische specialiteit zijn eigen dienst en bijhorend diensthoofd. Om het multidisciplinair samenwerken en de communicatie onderling te faciliteren is het wenselijk, zeker in de grote ziekenhuizen, een aantal verwante specialistische diensten onderling te groeperen in vakgroepen met een voorzitter die kan samenvatten. Ook specifieke zorgprogramma's of diensten die de facto multidisciplinair werken kunnen een overkoepelende leiding vereisen (v.b. intensieve zorgen, spoedopname, operatie zaal) Zo eindigt men uiteindelijk bij de hoofdarts wiens taak wordt uitgebreid met het verzamelen van de instroom uit dit vooral medisch inhoudelijk opgevat "bottom-up" model.

Het bewaken van de kwaliteit en het meten van de outcome per pathologie behoort tot de taak van elke dienst afzonderlijk en leidt rechtstreeks naar verbetering (meten is weten). Elke dienst verzekert de (permanente) toegankelijkheid van de zorg voor iedereen. De uitbating en het aanwenden van de middelen gebeurt binnen een verantwoord budget. Elke dienst heeft bovendien een tijdslijn in het realiseren van innovatieve of kwaliteit ondersteunende projecten. De expertise in het eigen vakgebied wordt gepland wat herinvesteringen in middelen en vernieuwing in menselijke knowhow betreft. Al deze taken worden gestuurd door het diensthoofd. Ook de multidisciplinaire functioneren van de dienst en samenwerking met andere zorgverstrekkers behoort tot het taken pakket.

Het **diensthoofd wordt de "leader"** van zijn specialiteit met duidelijke bevoegdheden die rechtstreeks de kwaliteit van de geleverde zorg beïnvloeden.

De TO DO's

In dit bottom-up model zal men dus deze functies verder moeten uitwerken.

Om dit nieuwe model op poten te zetten is uiteraard de volle medewerking van de beheerstructuur noodzakelijk samen met de steun van het ganse artsen korps en de medische raad. Ook de **overheid** zal sommige wettelijke voorschriften moeten bijsturen en bevoegdheden duidelijker omschrijven.

Naast het diensthoofd is er verder vaak nog een stagemester in een dienst bevoegd voor opleiding al dan niet gecombineerd met de verantwoordelijkheid voor klinisch-wetenschappelijk onderzoek. Deze heeft een ander profiel en moet gezien worden als aanvullend bij het diensthoofd.

Naast de diensthoofden is het vooral in grotere ziekenhuizen aan te bevelen te werken met overkoepelende vakgroepen die de intake van de diensten samenvoegen, de communicatie onderling faciliteren en de hoofdarts een overzicht aanreiken. Aan de hoofdarts daarna om de nodige globale uitvoeringen te realiseren die de werking faciliteren.

Gezien het sterk uitgebreid takenpakket van het diensthoofd is het goed de **rechten en de plichten** beter te definiëren.

Aanstelling en selectie

De selectie gebeurt na gedocumenteerde kandidatuurstelling binnen de eigen specialistische groep (maatschap, universitaire dienst..) waarvan sprake.

De leden van de selectie zijn uiteraard in de eerste plaats alle specialisten van het team aangevuld met een vertegenwoordiging van verwante specialiteiten, leden van de medische raad, directieleden en bestuur. De kandidaat wordt uiteraard benoemd door het bestuur zoals de wet het voorschrijft. Bij de aanstelling is evenwel een **verzwaard advies van de MR** vereist.

Bekwaming

Naast de erkenning in de betreffende specialiteit is een bekwaming in management, ziekenhuis financiering en communicatie vereist. Een deel kan bijkomend worden gepland tijdens het opnemen van de functie.

Vergoeding

De diensten worden rechtstreeks gefinancierd op basis van vaste barema's om deze functie van diensthoofd en de administratieve ondersteuning uit te bouwen en met controleerbare resultaten in te vullen.

Taken

De minimale taken die zijn opgelegd zijn o.a. het opstellen een investeringsplan, een doorgedreven kwaliteitscontrole en deelname aan "outcome" metingen, supervisie van de opleidingsprogramma's, systematisch overleg met andere zorgverstrekkers, meerjarenplan voor nieuwe aanwervingen, organisatie continue opleiding stafleden, taakverdeling artsen specialisten en medewerkers, uitwerken dagelijkse werking met de verpleegkundig managers, innovatieve projecten, bewaking doelmatige zorg binnen de betrokken specialiteit, rapportering aan de eventuele vakgroep-voorzitter.

Duur van de opdracht en evaluatie

Het medisch diensthoofd wordt benoemd voor een bepaalde duur met evaluatie momenten op vooraf afgesproken tijdstippen.

De evolutie, of is het revolutie in het medisch-dienst model dat verder kan worden verfijnd gebeurt telkens in parallel met dat deel van de verpleegkundige en paramedische staf dat dagelijks samenwerkt in het betrokken specialisme.

Een multidisciplinair team specifiek aan een specialiteit of een zorgprogramma dat deskundig wordt gestuurd vanuit het team zelf is de beste garantie voor kwaliteitsvolle doelmatige zorg. Daarnaast dienen natuurlijk ook de klassieke overkoepelende directiestructuren het overzicht te behouden om alle ziekenhuis brede functies te sturen.

Ook in het buitenland hebben wetenschappelijk studies reeds herhaaldelijk aangetoond dat bij actieve participatie in het beheer de kwaliteit van de zorg sterk toeneemt met rechtstreeks impact op de outcome.

De deuren van de zorginstelling 2030 zullen nog meer dan vandaag breed openstaan voor transmurale, pathologie-gerichte zorgpaden en projecten.(uiteraard in deze energiegevoelige tijden alleen spreekwoordelijk!)

Goed gestuurde programma's gericht op de noden van de individuele patiënt voor bepaalde specialismen zullen succesvol zijn mits gedreven leiders en hun collega's met de gepaste vakkennis het initiatief nemen.

In dit model **stappen we van adviseren** in de zorg **over op dirigeren** van de werkwijze.

Actie

Op vandaag bestaat een dergelijke structuur niet. De hoofdgeneesheer doet zijn best om in te vullen wat hapert, de diensthoofden vervullen naargelang hun aanleg en gedrevenheid delen van hun opdracht zonder systematisch te worden opgevolgd. Het vinden van succesvolle "leaders" hangt af van toeval en persoonlijke engagement

Om tot een resultaat te komen dat de diensthoofden in deze uitvoerende of sturende opdrachten rechten en plichten geeft om de hen opgelegde taken in te vullen is **motivatie** van de stakeholders nodig. Om de resultaten in de dagelijkse werking aan te tonen en het participatiemodel te implementeren in het management van de instelling is **actie** nodig

Het ziekenhuis management dient ruimte te maken voor een gedeeltelijke autonomie van de functionerende afdelingen die de zorg aan de patiënt verzekeren. De diensten zelf stellen tegenover deze autonomie en participatie het invullen van hun daarmee verbonden plichten. Deze plichten houden een duidelijke rapportering van de resultaten, een multidisciplinaire oriëntatie, een controleerbaar plan op korte én lange termijn, "last but not least" een gemotiveerd en evenwichtig werkingsbudget.

De overheid moet op zijn minst een **verzwaard advies** invoeren bij de benoeming "primi inter pares" van de diensthoofden. Hierdoor wordt de medische raad mét verantwoordelijkheid betrokken in het slagen. De medische raad die het ganse artsenkorps vertegenwoordigt moet **dagelijks toezicht** houden op de functie van dit bottom-up model.

Er zou best een globaal **budget** worden voorzien dat rechtstreeks aan de betrokken diensten wordt toegekend onder andere als vergoeding voor het werk van de diensthoofden dat niet rechtstreeks gelinkt is aan honoraria, op voorwaarde dat de opgelegde taken correct worden ingevuld. Ook de administratieve hulp van dit medisch departement dient zorgvuldig te worden vastgelegd en in dit budget worden opgenomen. In feite betreft dit een (financiële) ondersteuning van een functie. Per

dienst kan die functie gerust (bv. in grote diensten of diensten met veel technologie) worden ingevuld door meer dan een specialist. Zo kan de ene meer bekwaam zijn in management en kwaliteitsbewaking en een ander staflid legt zich toe op innovatie en klinisch wetenschappelijk werk. Blijft dat op vandaag deze taken die niet rechtstreeks honoraria opleveren niet naar hun waarde worden vergoed. Ook de vakgroep voorzitters hebben recht op een ondersteuning mits zij aan dezelfde regels als de diensthoofden beantwoorden.

Met deze functie op dienstoniveau kunnen de werkingsmiddelen zeker indien ze zijn vastgelegd in een DRG georiënteerde financiering beheerd worden door de specialisten zelf met kennis van zaken. Het interdisciplinaire aspect van de dagelijkse werking dient ook te worden bewaakt. De medische raden lijken hiervoor sterk aangewezen.

Bij de **opleiding** tot specialist moet een luik rond management, planning en communicatie voor elke specialist in wording worden verplicht.

Met deze investeringen koopt de overheid kwaliteit, garantie op continuïteit en doelmatigheid in de zorg, het ziekenhuis wint aan efficiëntie en de burger heeft garantie op doelmatige zorg aangepast aan zijn persoonlijke problematiek.

Donald Claeys
Secretaris-generaal VBS-GBS

Dit document wil slechts een draft zijn die moet aanzetten tot herevaluatie van onze werkingsmodellen gefocust op specialistische zorgverlening.

Deze tekst is ontstaan na reflectie rond een mededeling in de parlementaire commissie: Gelijke kansen en gezondheid dd. 6 juli 2022

De ziekenhuiswet 1987

art. 155.(155) § 1. De centraal geïnde honoraria worden aangewend voor :

1° de betaling van de bedragen die aan de ziekenhuisgeneesheren verschuldigd zijn, overeenkomstig de regeling die krachtens artikel 145 op hen toepasselijk is;

2° de dekking van de inningskosten van de honoraria, overeenkomstig het reglement van de dienst;

3° de dekking van de kosten veroorzaakt door de medische prestaties die niet door het budget worden vergoed; (3)

4° de verwezenlijking van de maatregelen om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te bevorderen.

(1)

HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISORGANISATIE EN -FINANCIERING Minister Frank Vandenbroucke 28 januari 2022

NCAZ :...met betrekking tot de nomenclatuurvorming en de aanpassing van de ziekenhuisfinanciering- drie elementen van essentieel belang zijn:

- *ten eerste moeten met betrekking tot het kostengedeelte van de honoraria wettelijke garanties worden voorzien op het vlak van het medisch beheer (2)*
- *ten tweede dient een wettelijke omkadering te worden vastgesteld in de zin van artikel 155 § 3, tweede lid van de ziekenhuiswet. Dat artikel bepaalt per te nemen KB welke kosten veroorzaakt door medische prestaties en die niet gedekt zijn door het BFM, ten laste van de honoraria kunnen worden gelegd*
- *ten derde moet dit gepaard gaan met een simultane inkrimping van de medische honorariumafdrachten aan de ziekenhuisbeheerder alsook met een betere beheersing van de supplementen.*

.../...

Eenzijds zal op basis van de geherstructureerde nomenclatuur de relatieve waarde-eenheid van het professioneel gedeelte van de verschillende verstrekkingen worden vastgesteld, op basis van de tijdsduur van verstrekking, de vereiste expertise en het aan de verstrekking gerelateerde risico. Deze analyse, die drie jaar in beslag zal nemen, wordt eerst per discipline uitgevoerd en vervolgens interdisciplinair en transversaal verfijnd.

Anderzijds zal overeenkomstig de afspraken tussen artsen en ziekenfondsen en zoals hierboven vermeld, het aandeel van de directe en de indirecte werkingskosten per verstrekking worden in kaart gebracht. Deze analyse zal worden uitgevoerd op basis van de analytische boekhoudingen van een groep van peilziekenhuizen die geografisch en qua dimensie voldoende representatief zijn . Deze analyse zal twee jaar in beslag nemen. (3)

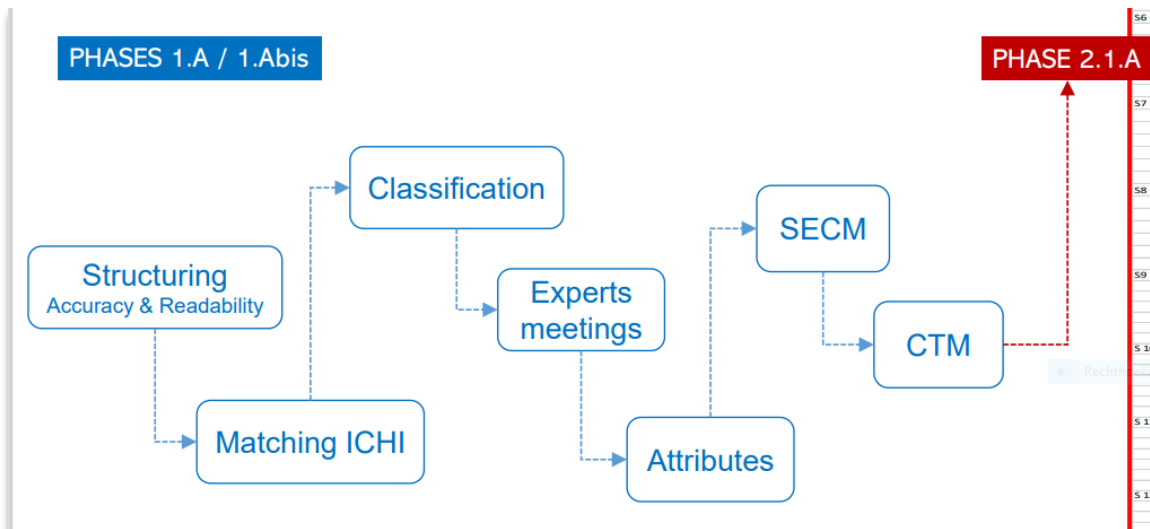
9 Nomenclatuur

9.1 Hervorming van de nomenclatuur

9.1.1 Methodologie: Nomen 2.0

De hervorming van de nomenclatuur werd geïnitieerd door minister De Block. Deze hervorming heeft twee doelstellingen, namelijk de geneeskundige verstrekkingen herdefiniëren en -valoriseren, maar ook de financiering van de ziekenhuizen wijzigen door een vast werkingsbudget toe te kennen dat rechtstreeks aan de ziekenhuisbeheerders zou worden gegeven. Tijdens de vergadering van het begeleidingscomité Nomen 2.0 op 28.11.2022 werd meegedeeld dat Fase 1 gewijd is aan de beschrijving van de ATMC (technische medisch-chirurgische handelingen) en de classificatie van deze handelingen volgens de ICHI (International Classification of Health Interventions)¹².

¹² Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Begeleidingscomité van 28.11.2022. Presentatie Prof. Leclercq en Pirson. Slide 17.



Door de werkzaamheden van Professoren Leclercq en Pirson konden de acts worden herschreven en ingedeeld naargelang de omschrijving van de act, de anatomische regio en de gebruikte techniek. De duur, de complexiteit en het risico werden bepaald door experts (van het VBS en andere). De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV heeft zijn advies uitgebracht en ter validering doorgestuurd naar de Technische Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV.

Aan de hand van deze indeling kan vervolgens een weging worden gemaakt naar duur, complexiteit en risico. Op basis van deze classificaties en met behulp van een unieke codering door een wiskundige formule voor alle disciplines en acts¹³ wordt aan elke act van de ATCM-classificatie een aantal punten toegekend. De duur is uitgedrukt in minuten, de complexiteit en het risico worden ingeschat op een schaal van 1 (minimum) tot 5 (maximum).

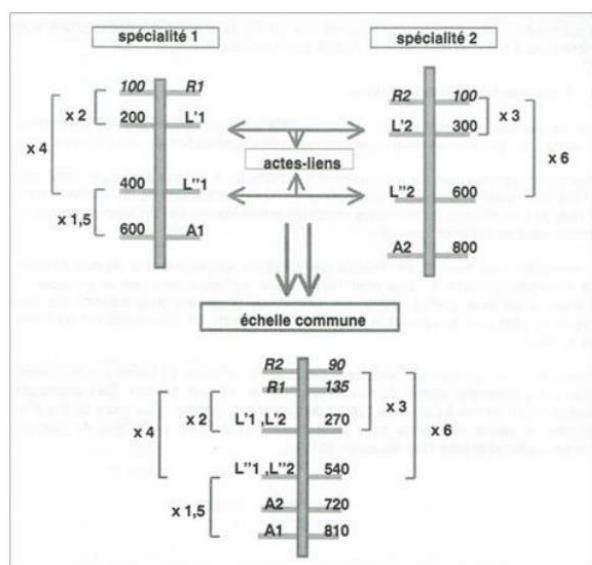
$$GS_i = D_i^\beta \times GS_{min} \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{C_i - 1}{4} \right)^\alpha \right)^w \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{R_i - 1}{4} \right)^\alpha \right)^{1-w}$$

De volgende stap, of fase 2.1.A., is de geldelijke waardering van de honoraria in deze gewogen nomenclatuur gewogen. Deze waardering moet een waardering zijn binnen hetzelfde specialisme en tussen specialismen om ongerechtvaardigde verschillen tussen de honoraria te voorkomen¹⁴.

¹³ Ibidem. Slide 26.

¹⁴ Ibidem. Slide 29

Calculation of inter-disciplinary relative value scales



"Gateways": a pair of medical procedures from different specialties whose intensity of medical work is deemed equivalent by the specialists of the concerned disciplines (ideally 8 gateways to match two specialties)

Use of a statistical method called "Constrained optimisation" or "Weighted least squares regression method"

29

Terwijl de berekening van de score binnen een discipline eenvoudig lijkt, is de interdisciplinaire score complexer, tenzij dezelfde verstrekking door verschillende specialismen wordt uitgevoerd. Zoniet moet een statistische techniek worden gebruikt om een betekenis te geven aan specialismenscores en deze met elkaar te vergelijken¹⁵.

Depuis le mois de mars 2022, les spécialités suivantes ont été paramétrées (experts et questionnaires électroniques) et les EVR INTRA disciplinaires correspondantes ont été préparées :

- ✦ Orthopédie du membre supérieur
- ✦ Orthopédie du membre inférieur
- ✦ Orthopédie de la main
- ✦ Orthopédie du pied
- ✦ Orthopédie de la colonne
- ✦ Neurochirurgie 1.128 ATMC

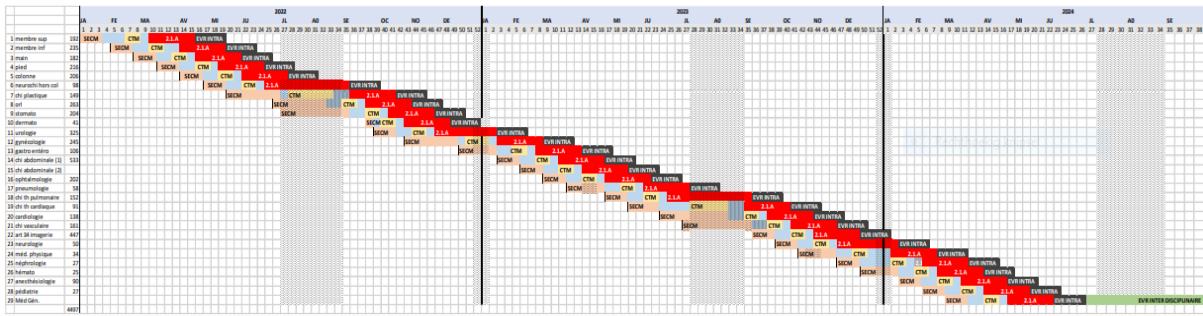
De septembre à décembre 2022, les spécialités suivantes seront scorées et intégrées dans les EVR :

- ✦ Chirurgie plastique
- ✦ Oto rhino laryngologie
- ✦ Stomatologie
- ✦ Dermatologie
- ✦ Urologie
- ✦ Gynécologie 1.214 ATMC

De ontwikkeling van deze relatieve waardeschalen (EVR (*échelles de valeur relative*)) per specialisme en vervolgens interdisciplinair, moet in 2024 zijn afgerond volgens het bijgevoegde tijdschema¹⁶. Elke EVR wordt beoordeeld door een groep experts (van het VBS en andere) en vervolgens door de DGEC en de TGR om in de NCAZ te worden gevalideerd. Er zal een waarde worden toegekend naargelang het beschikbare budget en het volume van de acts.

¹⁵ Ibidem. Slide 30

¹⁶ Ibidem. Slide 31



Fase 2.2. is toevertrouwd aan het team van de KUL o.l.v. Prof. Katrien Kesteloot en Prof. Dr. Wim Tambeur. Zij bestuderen het werkingsbudget van het honorarium. De strekking binnen de KUL-werkgroep is dat dit budget moet worden toegevoegd aan het BFM van het ziekenhuis om de verrichting van de verstrekking uit de nomenclatuur mogelijk te maken.

Prof. Kesteloot onderscheidt drie kostengroepen. Elke groep bestaat uit vaste kosten, zoals het personeel op de afdelingen, en variabele kosten, zoals schoonmaakmiddelen:

1. Groep 1: Directe kosten die samenhangen met de verstrekking
 - a. Materiaal (implantaten, medicatie e.d.)
 - b. Medische apparatuur
 - c. Personeel (behalve de artsen)
2. Groep 2: Indirecte kosten of gedeelde kosten die samenhangen met de verstrekking
 - a. Personeel (hoofdverpleegkundige, logistiek e.d.)
 - b. Materiaal (spuiten, naalden e.d.)
3. Groep 3: Algemene indirecte kosten voor het verwezenlijken van de act
 - a. Algemene diensten (beheer, onthaal e.d.)
 - b. Afschrijving van het gebouw. De methodologie is bijzonder complex. Deze is gebaseerd op Activity-Based Cost, maar op een tijdgerelateerde manier, zoals in de radiologie, waar deze oefening werd uitgevoerd voor NMR en CT.

<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuisnetwerk Antwerpen - Gasthuiszusters Antwerpen - AZ Turnhout - Imeldaziekenhuis - ZOL Genk - Noorderhart - Mariaziekenhuis - Vitaz - AZ Sint-Blasius - AZ Sint-Vincentius Deinze - UZ Leuven - UZ Brussel 	<ol style="list-style-type: none"> 01. Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre [APPSM] (Sambreville) 02. Centre Hospitalier Régional de Namur [APPSM] (Namur) 03. Clinique Saint Luc (Bouge) 04. Cliniques du Sud Luxembourg [Vivalia] (Arlon) 05. Institut Famenne Ardenne Condroz [Vivalia] (Marche) 06. CHU Mont-Godinne [CHU UCL Namur] (Godinne) 07. Centre hospitalier de l'Ardenne [Vivalia] (Libramont) 08. Centre Hospitalier universitaire Tivoli (La Louvière) 09. Cliniques de l'Europe (Bruxelles) 10. Clinique & Maternité Sainte Elisabeth [CHU UCL Namur] (Namur) 11. Centre Hospitalier Régional East Belgium (Verviers) 12. CHU Saint Pierre (Bruxelles) 13. Cliniques Universitaires Saint Luc (Bruxelles) 14. Hôpital Erasme [HUB] (Bruxelles) 15. Hôpital Delta [Chirec] (Bruxelles)
--	---

De studies worden uitgevoerd op een steekproef van universitaire en niet- universitaire ziekenhuizen. Het werk is bijzonder delicaat omdat FINHOSTA¹⁹ niet over de nodige granulariteit beschikt om de studie

¹⁷ Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Begeleidingscomité van 28.11.2022. RIZIV toelichting methodologie. Prof. Kesteloot Slide 43

¹⁸ Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Begeleidingscomité van 28.11.2022. RIZIV toelichting methodologie Prof. Pirson Slide 50


¹⁹ De informatica-applicatie FINHOSTA werd gecreëerd om de statistische en financiële gegevens te verzamelen alsook om de vaststelling van het budget van financiële middelen op 1 januari en 1 juli mogelijk te maken; deze gegevens worden beschouwd als "authentieke bron".

naar behoren uit te voeren. Daarom moet de analytische boekhouding van de ziekenhuizen worden geanalyseerd en moeten de kosten worden berekend aan de hand van medianen. Met elementen als personeelskosten, operatietijden, kostenberekening van de OK's e.d. is het duidelijk dat dit een complexe aangelegenheid is. Prof. Kesteloot schat dat zij tegen eind 2024²⁰ over alle gegevens zal beschikken die nodig zijn voor Fase 3. In deze laatste fase zullen de werkingskosten bij het BFM worden gevoegd²¹.

Methodologie

Eindproduct 2022-2024= gewicht per medische activiteit (obv directe praktijkkosten)

Stap 1: Kostenstudie o.b.v. huidige nomenclatuurprestaties (V0)

Stap 2: Ontwikkeling relatieve waardenschaal (V0) 

Vergelijking (tussentijdse) resultaten van beide onderzoekteams

Stap 3: ontwikkeling relatieve waardenschaal (V1: nieuwe nomenclatuurcodes)

- Tegen eindfase 2024: via inter- en extrapolatie nomenclatuurcodes V1 in V0-waardenschaal, obv expertadvies inschatting tijdsduur nieuwe nomenclatuur (V1)

Vervolg: (tarief praktijkkosten per medische prestatie): aan te vullen met indirecte kosten (kostengroep 3) – cf. actualisatie KCE studie (2012).

Het werk van de KUL verloopt parallel met dat van de GEDIS-groep, die met de Franstalige ziekenhuizen werkt. Ondanks (kleine) methodologische verschillen is het doel hetzelfde, namelijk voor elke verstrekking uit de nomenclatuur “een coherent resultaat: relatieve waardenschaal voor de TMCP”²².

Fase 2.1 voor genetica, radiotherapie, biologie en pathologische anatomie is toevertrouwd aan de Möbius-groep. Samengevat komt het erop neer dat de radiotherapie een nieuwe nomenclatuur heeft die is ontwikkeld met experts uit het vakgebied, waaronder die van het VBS. Voor genetica, radiotherapie en anatomopathologie is een vragenlijst verzonden om het mogelijk te maken de nieuwe nomenclatuur in drie centra te testen, en vervolgens in een groter aantal, om ze ter validering aan het RIZIV voor te leggen. Een voorstel voor een nieuwe nomenclatuur in de biologie is complexer en is nog onderwerp van onderhandelingen.

Over de complexiteit van de biologie en het aantal verstrekkingen wordt een kostenstudie uitgevoerd door Prof. Ann Verdonck van de KUL. Dit houdt in dat de overheadkosten, de kosten per sector (bv. toxicologie), de kosten per arbeidsplaats en ten slotte per analyse moeten worden vastgesteld. Er bestaat een grote variatie in kosten tussen de verschillende analyses per centrum. Vandaar dat er eerst een beperkte analyse plaatsvond, die vervolgens werd uitgevoerd in zogenaamde peillabo's (testlaboratoria met een RIZIV-overeenkomst voor deze test per specialisme). Afhankelijk van de aanvaarding van de gegevens door het RIZIV, moeten de gestelde termijnen voor de betrokken specialismen kunnen worden gehaald, waarschijnlijk met uitzondering van de klinische biologie.

²⁰ Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Begeleidingscomité van 28.11.2022. RIZIV toelichting methodologie. Prof. Kesteloot Slide 47

²¹ Ibidem. Slide 48

²² Ibidem. Slide 49

Wat de ACA ('Handelingen van raadpleging en eraan geassimileerde handelingen') betreft, zouden de professoren Tribou en Annemans een voorstel doen op basis van de internationale literatuur. Gezien de complexiteit en variabiliteit van de ACA's is dit helaas niet gelukt. Hun opdracht werd overgenomen door het RIZIV, meer in het bijzonder door Jo De Cock. Net als bij de ATMC's zijn deze handelingen gebaseerd op duur, complexiteit en risico. Het budget voor de ACA's is niet te verwaarlozen, met een omvang van ruim 3,2 miljard euro, zoals blijkt uit goede bron:

Toch wel een belangrijk onderdeel van de nomenclatuur, zowel in omvang en volume als in budget

Uitgaven 2021: 3.263 miljard euro op totaal van 8.107 miljard euro (40%) → vrij gelijk verdeeld tussen huisartsen en artsen specialisten (respectievelijk 53 en 47%)

Sommige artsengroepen halen overgrote deel van hun RIZIV-inkomsten uit deze verstrekkingen:

Huisartsen, psychiaters, gerieters, endocrinologen en oncologen : 90%

Pediateren en reumatologen : 70 %

Dermatologen en Urgentisten : 60 %

Diverse elementen moeten in aanmerking worden genomen: vooreerst het domein (klassieke raadplegingen, multidisciplinaire raadplegingen of teleconsultaties), vervolgens de complexiteit (met of zonder technische handelingen), en tot slot het risico.

Jo De Cock benadrukte de context waarin deze hervorming van de ACA's moet worden gezien, namelijk de 'New Deal voor de huisartsgeneeskunde', de multidisciplinariteit en de andere gezondheidszorgberoepen.

Commentaar

1. De methodologie en het verrichte werkzaam verdienen respect, gezien de complexiteit van het project, het streven naar billijkheid, de participatieve modus met de experts (VBS en andere) en het respect voor de beheers- en beslissingsorganen, zoals het RIZIV, de TGR, de NCAZ enz.
2. De hervorming is niet alleen een hervorming van de nomenclatuur, die op basis van objectieve criteria ongerechtvaardigde inkomensverschillen moet wegwerken, maar ook een hervorming van de financiering van de ziekenhuizen.
3. De hervorming van de raadplegingen maakt deel uit van de paradigmaverschuiving in de zorg, met forfaitaire vergoedingen voor de huisartsen en hun 'New Deal' (preventieve geneeskunde, populatiebeheer, verplichte wachtdiensten met de 1733, multidisciplinaire raadplegingen, enz.)
4. Het principe van weging binnen intra- en interdisciplinaire relatieve waardeschalen verandert volledig het 'fee for service'-concept. In de nieuwe versie is dit 'points for service'. De 'fee for points' hangt af van de waarde van het punt, die wordt bepaald door het beschikbare budget en het aantal uitgevoerde acts.
5. Het op basis van de werkingskosten berekende BFM met een honorarium voor de arts wordt door de ziekenhuisbeheerders gevraagd en geëist. "Wij moeten afstappen van de afdrachten van de honoraria", zei Margot Cloet²³ op de MAHA-bijeenkomst om de financiering van ziekenhuizen te verbeteren. Met andere woorden, beheren is de taak van de beheerder en geneeskunde is de taak van de arts, die een honorarium ontvangt.
6. De financiering via de nieuwe nomenclatuur gaat volledig voorbij aan de uitoefening van de extramurale geneeskunde. De werkingskosten worden rechtstreeks in het BFM van de ziekenhuizen gestort.
7. De rol van de medische raad bij het bepalen van de financiering van het ziekenhuis wordt overbodig, aangezien de beheerder in zijn BFM rechtstreeks de werkingskosten int. Dit zal de

²³ Margot Cloet, persconferentie MAHA Belfius, 16.11.2022

dualiteit tussen arts en beheerder alleen maar vergroten. De beheerder zal de mening van de artsen kunnen negeren en de artsen zullen zich, bij gebrek aan financiële middelen (BFM), verzetten tegen hun directie.

8. Als met de honoraria van de artsen hun (intellectuele) prestaties en de werkingskosten van het ziekenhuis worden gefinancierd, zal de beheerder geen beroep meer kunnen doen op de financiële steun van de vrijgevestigde artsen. Wat zullen de ziekenhuismanagers bedenken om hun tekorten aan te vullen? Een aandeel van de artsen kopen, niet in de winst (vzw) maar in de promotie en uitbouw van de instelling? Zou het ziekenhuis een liefdadigheidsinstelling worden met gulle gevers, namelijk de artsen?
9. Als de honoraria van de artsen louter schijnhonoraria zijn, zou het in het belang van de artsen zijn om in loondienst te werken. Een taak wordt tot een goed einde gebracht met de middelen, het materiaal en het personeel waarover men beschikt, waarbij ieder doet wat hij of zij kan binnen een vooraf vastgesteld tijdsbestek. Het evenwicht met het privéleven wordt gegarandeerd ten koste van frustraties in het beroepsleven.

Conclusies

De hervorming van de nomenclatuur en de financiering van de activiteiten van de artsen maakt deel uit van het gezondheidsbeleid van de minister. Het nieuwe paradigma bestaat uit een eerstelijnsorganisatie van de geneeskunde met forfaits en een klein deel dat is voorbehouden aan de nomenclatuur van verstrekkingen (statistische studie van de activiteiten).

Bij de hervorming van de nomenclatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen honoraria en werkingskosten, en wordt op die manier een hospitalocentristisch beheer van de gespecialiseerde geneeskunde gepromoot, met een beheerder die leiding geeft en een arts die fungeert als schakel in de zorgproductieketen. Het gebrek aan op consensus gebaseerd medebeheer, zoals voorzien in de werking van de medische raad van het netwerk, staat haaks op een voor elke patiënt gepersonaliseerde kwaliteitsgeneeskunde.

Welke ruimte blijft er over voor de extramurale gespecialiseerde geneeskunde, ondernemerschap van artsen, innovatie en streven naar excellentie?

9.1.2 Chronologisch overzicht van de structurele hervorming van de nomenclatuur

Sinds het ontstaan van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is deze lijst stelselmatig aangegroeid en aangepast, maar nooit volledig herzien. Hierdoor omvat deze lijst ondertussen bijna 4.000 medische prestaties. Al jaren wordt er van verschillende zijden dan ook aangedrongen op een grondige herziening ervan.

2014

Regerakkoord van 11 oktober 2014 (Michel I) stelt onder punt 3.6.4: 'herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur': De tarieven worden op transparante wijze afgestemd op de reële kostprijs van de prestatie, onverantwoorde verschillen in vergoeding tussen de verschillende medische disciplines worden weggewerkt. 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.

2016

Ook in de bestuursovereenkomst die tussen het RIZIV en de Belgische Staat werd afgesloten voor de periode 2016-2018 staat er een verbintenis om een lastenboek op te stellen voor het uitwerken van een studie over de vernieuwing (en vereenvoudiging) van de nomenclatuur.

2017

En in het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 19 december 2017 wordt er uitvoerig stil gestaan bij dit item, waarbij er verzocht wordt om een onderzoeksgroep aan te stellen die een aantal voorstellen moet uitwerken om een aantal doelstellingen te bereiken:

- wegwerken van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten en tussen de artsen-specialisten onderling;
- het verbeteren van de interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van de nomenclatuur;
- het invoeren van incentives die de samenwerking en kwaliteit bevorderen.

In eerste instantie moest deze onderzoeksgroep voorstellen leveren met betrekking tot twee items:

1. De standaardisering en de classificatie van de nomenclatuur van medische verstrekkingen;
2. De identificatie van het onderscheid tussen de professionele honoraria en de werkingskosten bij de belangrijkste medische producers.

2018

Er volgden daarna nog verschillende overlegmomenten tussen de verschillende stakeholders en op 7 december 2018 werd aan de onderzoeksgroep van Prof. M. Pirson en Prof. P. Leclercq (ULG-GEDIS) gevraagd een concreet voortel in te dienen over het verloop van de hervorming van de nomenclatuur, met in eerste fase een herstructurering en standaardisering van de bestaande nomenclatuur opdat internationale benchmarking in de toekomst mogelijk zou worden. Bovendien diende er ook rekening gehouden te worden met de evolutie en organisatie van de geneeskundige verstrekkingen (lees: multidisciplinaire samenwerking). En tot slot moest er ook een analyse komen van de kost van de verstrekkingen, rekening houdend met factoren zoals tijd, complexiteit en risico's.

2019

Het equipe van Prof. Pirson en Leclercq ging hiermee aan de slag en formuleerde op 15 januari 2019 een omstandig voorstel dat op 4 februari werd besproken in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en, in aangepaste versie, nogmaals op 13 februari 2019. Het voorstel van de onderzoeksgroep voorziet in een herstructurering van de nomenclatuur in drie onderdelen:

1. Medische technische en heekkundige verstrekkingen (afkorting: ATMC) (gaat over 2.500 verstrekkingen voor een bedrag van ongeveer 3,5 miljard euro);
2. Specifieke medisch technische verstrekkingen (afkorting: AMTAA) (anatomopathologie, radiotherapie, klinische biologie, nucleaire geneeskunde,...) (dit zijn 850 verstrekkingen voor 1,7 miljard euro);

3. Raadplegingen en andere vergelijkbare verstrekkingen (afkorting ACA) (335 verstrekkingen, 2,8 miljard euro).

De reden voor deze opsplitsing is de specificiteit van deze verschillende groepen die elk een verschillend standaardisatieprincipe vereisen, waar alles evenwel dient te passen in een globaal grondplan en boomstructuur.

Om deze werkzaamheden aan te vatten, werd geopteerd om voor deze drie onderdelen drie verschillende wetenschappelijke equipes aan te stellen (buiten de groep Pirson/Leclercq die de medische technische en heelkundige verstrekkingen (ATMC) gaat onder handen nemen; ook een onderzoeksgroep van de UGENT onder leiding van Prof. L. Annemans voor wat betreft de raadplegingen (ACA) en andere vergelijkbare verstrekkingen en tot slot een groep van de firma Möbius voor wat betreft de specifieke medisch technisch verstrekkingen (AMTAA).

Dit proces (fase 1) zou twee jaar moeten duren en ondersteund worden een door projectgroep binnen het RIZIV en een begeleidingsgroep onder andere bestaande uit wetenschappelijke experts en leden van de Beleidscl van de minister, van de FOD Volksgezondheid, de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen en de Technisch Geneeskundige Raad.

De herziening van de nomenclatuur gaat namelijk in 3 fases doorgaan:

- Fase 1: herstructurering en aanpassen van de omschrijvingen
 - Standaardisering volgens een triaxale logica of aangepast aan de besprekende categorie van de nomenclatuur
 - Koppeling aan de ICHI-classificatie (International Classification of Health Interventions) of de aangepaste internationale classificatie
 - Methodologische overdracht voor het behoud en de uitwerking van de verstrekkingen in een cohorent blijvende nomenclatuur
- Fase 2: de onderlinge verhouding vaststellen tussen de verschillende verstrekkingen op basis van objectieve criteria (professioneel gedeelte van de honoraria). En ook de uitwerking van de betrekkelijke waardeschalen voor het beroepsgedeelte
- Fase 3: evaluatie van de werkingskosten die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de geneeskundige verstrekkingen.

Deze derde fase omvat dus een uitbreiding van de initieel voorgestelde doelstellingen door het invoegen van een vijfde doel: Binnen de honoraria van alle artsen, het gedeelte “medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet gedekt worden door andere bronnen’ op een transparante en gestandaardiseerde manier onderscheiden van het gedeelte “honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken” alsook de weerslag onderzoeken in de ziekenhuissector op retrocessie/werkelijke kosten, op beheer van ereloon-supplementen en op het medisch beheer van het onderdeel “kosten”.

Op 25 september 2019 werden deze concrete plannen voorgesteld aan de sector.

2020

Om deze werkzaamheden te coördineren en te controleren werd er in maart 2020 een Begeleidingscomité opgericht dat 25 werkende leden bevat: 7 vertegenwoordigers van de representatieve artsenorganisaties, 5 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, 4 vertegenwoordigers van de ziekenhuisfederaties, de voorzitter en plaatsvervangende voorzitter van de Technisch Geneeskundige Raad, 1 vertegenwoordiger van het VBS, 1 vertegenwoordiger van de

Strategische Cel van de minister van Sociale Zaken, 3 vertegenwoordigers van het RIZIV, 1 vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid en 1 vertegenwoordiger van het KCE.

Op 17 december 2020 werd door de groep Möbius het algemeen eindrapport over fase 1A voor de specifieke medisch technische prestaties (analyseren van de huidige nomenclatuur) voorgesteld aan het Begeleidingscomité en in maart 2021 werd fase 1B afgerond voor nucleaire geneeskunde anatomo-pathologie (opmaken van toekomstige nomenclatuur, zonder waardering).

Voor wat de klinische biologie betreft heeft een voorbereidende studie in het kader van fase 1B aangetoond dat een andere vorm van financiering noodzakelijk is. Hiervoor zal de klinische biologie niet dezelfde procedure volgen als de andere disciplines maar via een afzonderlijk fase geregeld worden: fase 1c.

Voor radiotherapie kan er niet uitgegaan worden van een aanpassing van de huidige nomenclatuur, maar moet er volledig nieuwe nomenclatuur opgesteld worden, deze fase gaat eind '22 afgerond worden.

2021

Op 10 september 2021 heeft de onderzoeksgroep van de UGENT haar verslag met betrekking tot fase 1 voor wat betreft de raadplegingen en andere vergelijkbare verstrekkingen overgemaakt. Hieruit kwam naar voren dat er verschillende visies waren betreffende de wijze waarop rekening diende gehouden te worden met de variërende werklast in termen van tijdsbesteding en complexiteit van de raadplegingen waarbij ook rekening dient gehouden te worden met andere vormen van overleg. Omwille van deze problematiek werd er nog geen vervolgtraject (fase 2) uitgestippeld met betrekking tot de raadplegingen en geassocieerde prestaties.

Wel werd er voor wat betreft de huisartsen op 17 juni 2022 een nota 'naar een new deal voor de huisarts(praktijk)' voorgesteld waarbij een reflectiegroep wordt opgericht die voor eind april 2023 een concreet en operationeel voorstel dient te formuleren voor een vernieuwd en duurzaam organisatie- en financieringsmodel, dus ingrepen de raadplegingen en vergelijkbare verstrekkingen voor de huisartsen.

Voor wat de artsenspecialisten betreft dient een soortgelijke oefening nog te gebeuren. Hiervoor zal er een beperkte werkgroep binnen de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen worden opgericht voor het uitwerken van een oriëntatienota (aangekondigd tijdens de vergadering van oktober 2022 van de Medicomut).

Op 22 juni 2021 werd aan het team van Prof. Leclercq/Pirson een bijkomende opdracht gegeven voor een fase 1bis (een tussenfase tussen fase 1 en fase 2). Deze bijkomende fase bleek noodzakelijk om op basis van de nieuwe beschrijvende nomenclatuur (opgesteld in fase 1) maar aan de huidige tarifiering de nodige gegevens te verzamelen opdat de kosten en de vooral de tarieven die voortvloeien uit de verschillende fases (vanaf nu wordt er gesproken over Fase 2.1 en 2.2 in plaats van fase 2 en 3) definitief zouden kunnen worden vastgesteld, zodat in een finale fase de nieuwe beschrijvende nomenclatuur in inclusief de nieuwe tarifiering in werking kan treden.

Praktisch wil dit zeggen dat de nieuwe geherstructureerde nomenclatuur in haar beschrijvende vorm (versus de tarifierende vorm) eerst in werking moet treden met de tarieven en de toepassingsregels van de oude nomenclatuur om die daarna om te zetten en een aangepaste gemeenschappelijke indeling te gebruiken.

Ter info: opnieuw wordt de verzekering gegeven dat de ganse nomenclatuur in toto die proces zal volgen en dat omzetting naar de nieuwe nomenclatuur één en ondeelbaar is...

Deze fase 1bis wordt onderverdeeld in 3 subfasen:

1. Algemene werkzaamheden om de nieuwe nomenclatuur in overeenstemming te brengen met de huidige regels, tarieven en begroting;
2. Codering en algemene databank van de nomenclatuur als basis voor IT-programma's van aanbieders en verzekeringsinstellingen;
3. Herziening van de procedure voor opstelling van de nomenclatuur.

Hiermee wordt fase 1 van de nomenclatuurherziening als grotendeels afgewerkt beschouwd en om het vooropgestelde tijdschema te respecteren wordt er overgegaan naar fase 2.1 en 2.2.

Op 12 juli 2021 werd een overeenkomst afgesloten met de groep van Prof. Pirson en Leclercq voor de uitvoering van fases 2.1.A. en 2.2.A. Er werd eveneens een overeenkomst gesloten met de groep KUL (Prof. J. Kips en Prof. K. Kesteloot) om deze fases voor wat het Nederlandstalige landsgedeelte betreft uit te voeren.

De fase 2.1.A heeft tot doel de verhouding tussen de verschillende ATMC-verstrekkingen (Medisch-Technische en Heelkundige verstrekkingen) te bepalen op basis van objectieve criteria (de zogenaamde 'intellectuele of medische' honoraria) en fase 2.2.A. heeft tot doel om in een eerste basisstudie de 'werkingskosten' te evalueren die nodig zijn voor de uitvoering van de ATMC-verstrekkingen.

Een fase 2.2.Abis die een volledige en gemotiveerde dieptestudie omvat om de werkingskosten te evalueren die nodig zijn voor de uitvoering van de ATMC-verstrekkingen kan pas worden opgestart nadat fases 2.1.A en 2.2.A succesvol zijn uitgevoerd.

Dit alles zou moeten uitgevoerd worden voor het einde 2024.

Het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van december '21 dringt erop aan dat het tijdschema zou gevolgd worden en dat er een begeleidingsgroep zou komen die een model van co-governance zou uitwerken voor wat betreft het kostengedeelte van de honoraria. Verder stelt het Akkoord dat voor de Klinische Biologie, bepaalde onderdelen van de medische Beeldvorming (MRI en CT) en Nucleaire Geneeskunde (PET) dat er een specifieke aanpak nodig is voor de vaststelling van het kostengedeelte van deze verstrekkingen met tot doel een vermindering te bekomen van de vastgesteld praktijkverschillen.

Voor wat betreft Medische Beeldvorming en Nucleaire Geneeskunde werd Prof. J. Kips van de beleidscel van de minister met deze opdracht belast.

Voor wat de Klinische Biologie betreft is de equipe Möbius verder aan de slag voor het uitwerken van een aparte financieringswijze.

2022

De opdracht van de prof. Pirson/Leclercq/Kips/Kesteloot voor wat betreft fase 2 is in werking getreden op 1 januari 2022 en zou 3 (ontwerp) tot 5 (uitvoering) jaren in beslag nemen.

Begin 2022 werd een overeenkomst gesloten met de groep Möbius voor de uitvoering van fase 2.1. en 2.2 voor de disciplines Pathologische Anatomie, Radiotherapie-Oncologie en Klinische Biologie (dit laatste enkel voor wat betreft de moleculaire Biologie) en genetica. Voor wat Radiotherapie betreft is er nog een extra voorbereidende fase 1C nodig om de verschillende behandelingen in zwaartecategorieën op te delen op basis van beschikbare gegevens.

Er zullen voor de laboratoria Pathologische Anatomie 10 peillaboratoria geselecteerd voor uitvoeren van deze twee fases.

Voor het resterend deel van de Klinische Biologie is een voorstel ontwikkelt voor nieuwe financieringsmethode. Hierbij wordt fase 2.1. opgeschort in afwachting van vaststelling van een algemeen kader voor het professioneel gedeelte van bepaalde geneeskundige ziekenhuisactiviteiten en zal fase 2.2 apart behandeld worden.

De nomenclatuur Nucleaire Geneeskunde in vivo werd voor wat betreft fase 2.1 en 2.2 overgeheveld naar de groep Pirson/Leclercq/Kips/Kesteloot.

Voor wat de uitwerking betreft van fase 2.2 (uitwerking van een waardeschaal van de werkingskosten met betrekking tot de Medisch-Technische en heelkundige verstrekkingen) zullen een aantal 'peil'ziekenhuizen deelnemen aan een studie "Praktijkkosten van de Technisch-Medisch-Chirurgische prestaties door Algemene Ziekenhuizen" (11 Vlaamse ziekenhuizen, 15 Waalse/Brusselse ziekenhuizen) met als doel alle directe praktijkkosten in kaart te brengen, onafhankelijk van de manier waarop die kosten vandaag gefinancierd worden. Daarbij zal gewerkt worden met Operationele Functionele Eenheden (beeldvorming, endoscopie, operatiekwartier, dialysecentrum, ...), waarbij voorrang gegeven zal worden aan die Functionele Eenheden waar het grootste deel van de honoraria wordt gegenereerd, te starten met Medische Beeldvorming.

Er worden twee complementaire benaderingen gebruikt: een normatieve ('should be') en een gebaseerd op reële kosten.

Bij de normatieve benadering wordt aan experts gevraagd over welke middelen er in principe nodig om de medische prestaties eigen aan de functionele eenheid te kunnen uitvoeren alsook welk volume aan prestaties er kan uitgevoerd worden met die ingezette middelen binnen een normatief vast te leggen aan uren dat de capaciteit kan benut worden.

Bij de benadering gebaseerd op reële kosten worden de praktijkkosten berekent op basis van de reële kostengegevens per operationele eenheid.

Dit project gaat initieel van start met de huidige nomenclatuur, zodra de nieuwe nomenclatuuromschrijvingen ingevoerd worden en hierover volumedata beschikbaar zijn, wordt deze praktijkkostenberekening opnieuw toegepast (2025-2026).

Sinds februari 2022 worden op maandelijks basis aan de werkgroep Heelkunde van de Technisch Geneeskundige Raad (de werkgroep heelkunde omdat het in eerste instantie nomenclatuur van de heelkundige disciplines betreft) de nieuwe nomenclatuuromschrijvingen voorgelegd die zullen worden gebruikt voor fase 2.1. Hierbij geeft de Technische Geneeskundige Raad haar principiële goedkeuring, de finale goedkeuring zal door de Technische Geneeskundige Raad pas in een later stadium gegeven worden, wanneer ook alle toepassingsregels aan de nieuwe nomenclatuur zijn toegevoegd. In het huidige stadium van de uitwerking van de nieuwe nomenclatuur zijn enkel de nomenclatuuromschrijvingen via de nieuwe tri-axiale logica beschikbaar, de toepassingsregels zijn nog niet opgesteld.

Deze nieuwe nomenclatuurvoorstellen werden tijdens fase 1 door de groep Pirson/Leclercq opgesteld in samenwerking met experts van de verschillende medische disciplines, meestal bestaande uit afgevaardigden van de universiteiten, de wetenschappelijke en beroepsverenigingen van de betrokken disciplines.

Ter info: de verschillende onderzoeksequipes bepalen zelfstandig welke expertengroepen ze betrekken in de uitwerking van de nieuwe nomenclatuuromschrijvingen.

De volgende disciplines werden ondertussen (tot en met oktober 2022) reeds doorgenomen door de Technisch Geneeskundige Raad: Orthopedie – bovenste lidmaat, Orthopedie – onderste lidmaat, Orthopedie – hand, Orthopedie – voet, Orthopedie – wervelzuil, Neurochirurgie, Plastische heelkunde, NKO en Stomatologie.

Vervolgens is voor deze nomenclatuuromschrijvingen fase 2.1. van start gegaan.

Ook hierbij worden per specialiteit door een groep van zes tot acht specialisten, aangeduid door het VBS, de betrokken wetenschappelijke verenigingen en de universiteiten een relatieve waardeschaal per nomenclatuuromschrijving opgesteld rekening houdend met duur, complexiteit en risico van de betreffende prestatie.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van de meest frequent gebruikte nomenclatuurnummers.

Indien uit de bevraging van deze 6 tot 8 experten zou blijken dat er een te grote spreiding is in de visie van experten gaat dit via consensus verder uitgewerkt dienen te worden, indien de spreiding voldoende laag is, kunnen de cijfers gebruikt rechtstreeks worden. Dit alles zal initieel intra-disciplinair gebeuren.

In een volgende fase worden deze waardeschalen dan geüniformeerd tussen de verschillende disciplines via zogenaamde ‘gateways’: een soort van koppeling van medische procedures van verschillende specialismen waarvan de intensiteit van de medische werkzaamheden door de specialisten van de betrokken disciplines als gelijkwaardig wordt beoordeeld (idealiter 8 gateways voor vergelijk tussen twee specialismen). Dit alles zou voor de ATMC nomenclatuurcodes afgerond dienen te zijn tegen juli 2024.

Tot zover het chronologisch overzicht van de structurele hervorming van de nomenclatuur.

Op dit ogenblik is fase 1 dus voor de meeste disciplines afgerond en zijn fases 2.1 en 2.2 volop bezig.

Uit het chronologisch overzicht blijkt dat er een behoorlijk aantal aanpassingen zijn doorgevoerd in vergelijking met het initiële ontwerp van herziening van nomenclatuur, waarbij de complexiteit van dit project alleen maar toegenomen is.

Het was en het blijft de bedoeling om deze hervorming in haar totaliteit door te voeren, waardoor we uiteindelijk een volledig nieuwe nomenclatuur en nomenclatuurvergoeding zullen krijgen. Op heden kan echter alleen maar vastgesteld worden dat het traject niet voor alle disciplines even vlot en via dezelfde methodologie verloopt. Met betrekking tot de raadplegingen en multidisciplinair overleg moet gans het proces zelfs nog opgestart worden.

De afgelopen jaren is er reeds enorm veel werk uitgevoerd door de onderzoekesquipes en de door hun geraadpleegde experten. Maar het werk dat nog dient uitgevoerd te worden is nog veel groter en zal nog veel complexer zijn.

De evaluatie door de Technisch Geneeskundige Raad van de nieuwe nomenclatuur in combinatie met alles toepassingsregels per nomenclatuuromschrijving zal bijzonder veel tijd en inspanningen vergen. De vele parallele werken die er momenteel worden uitgevoerd binnen en buiten de verschillende equipes, de speciale werkgroepen en anderen dienen uiteindelijk samengevoegd te worden tot één coherent geheel.

De vraag die dient gesteld te worden is wat er gaat gebeuren indien in een of andere fase van dit proces zou vastgesteld worden dat deze samenvoeging niet volledig succesvol kan uitgevoerd worden. Welke beleidsbeslissing zal er dan genomen worden? Alleen de toekomst kan dit uitwijzen...

9.2 Huidige nomenclatuur

9.2.1 Artikel 14n en multidisciplinaire Spine consultatie

Rond 2010 waren er een aantal orthopedisch chirurgen en neurochirurgen die aanvoelden dat er in België een te groot aantal verenigingen waren, die zich met behandeling van rugpathologie bezig hielden. Buitenlandse verenigingen hadden geen concreet aanspreekpunt en de overheid geen gesprekspartner. Deze specialisten hadden ook de ervaring dat de nomenclatuur verdeeld zat over meerdere artikels van deze nomenclatuur en zeer vatbaar was voor interpretatie met gebruik van pseudonummers. Er was tevens een aanvoelen dat de outcome van de chirurgie beter diende geregistreerd te worden.

In dezelfde periode werd bij de overheid een toename in aantal rugoperaties vastgesteld op basis van ziekenfonds gegevens: 40% op 10 jaar tijd. De overheid diende een budgetcontrole door te voeren. België kende een manifest hoger verbruik aan implantaten dan de omgevende Europese landen. En de prijs van de implantaten lagen hoger dan in Frankrijk zodat er marge was om de Belgische prijzen te doen dalen. Het KCE had vooraf aanbevelingen gegeven met betrekking tot de neuromodulatie (rapport KCE 189A) en de indicatiestelling van de rugchirurgie zou worden onderworpen aan kritische onderzoeken.

Minister M. De Block heeft in 2014 een lineaire cut doorgevoerd in de terugbetaling van de implantaten van rugchirurgie.

Zij heeft ook de signalen van de artsen opgevangen om samen met de commissie van tegemoetkoming van implantaten en andere instanties als het R.I.Z.I.V. tot een efficiënte en hoogwaardige behandeling van aandoeningen van de wervelkolom te komen, rekening houdend met de beschikbare middelen. Hier komt dan ook het belang naar voor van het hebben van een gesprekspartner die de verschillende artsverenigingen samenbrengt.

In 2012 werd de overkoepelende wetenschappelijke vereniging Spine Society of Belgium (SSBe) opgericht.

Deze officiële vereniging is opgericht als overkoepelende nationale organisatie van de reeds bestaande vakverenigingen voor orthopedie (Vlaamstalige BSS, Belgian Spine Society / Franstalige Groupe du Rachis) , neurochirurgie (BNSS, Belgian Neurosurgical Spine Society) en fysische geneeskunde-revalidatie (RBSPRM, Physical and rehabilitation Medicine -actief in spinale pathologie) Naast gesprekspartner wenste zij ook de opleidingsprogramma's en uitwisseling van informatie te promoten. De vereniging staat open ook voor andere disciplines : reumatologie, anesthesie,

In de tekst Dienst geneeskundige Verzorging; Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen dd 4 december 2014: betreft bezuinigingsmaatregelen 2015 voor de sector implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, heeft de regering de commissie opgedragen de prijsdaling voor implantaten in een bredere context te plaatsen van beheersing van de volumes aan deze rugoperaties.

De commissie wenste terugbetaling van wervelkolomimplantaten te koppelen aan bepaalde criteria:

- Een multidisciplinaire indicatiestelling die we kunnen omschrijven als multidisciplinair spineconsult in te voeren via de Technisch geneeskundige Raad.
- Verplichte wachttijd van bijvoorbeeld 6 maand na vaststelling van de pathologie alvorens men terugbetaling kan krijgen van de implantaten. Uiteraard met uitzonderingen als oncologie , zware neurologische uitval, ...
- Het oprichten van een register met indicatiestellingen en outcome. Registratie van nog aanvullende behandelingen, inclusief plaatsen van neurostimulator, medicatie alsook moment return to work. Reeds enkele chirurgen gebruikten het Zwitserse Spine Tango.

- Beperking van het aantal centra voor rugchirurgie

Deze denkpijpen zijn niet allemaal gevolgd. De optie was vooral kwaliteitsvolle behandeling te kunnen geven en rekening houdende met het budget.

Er werd een link gelegd tussen het plaatsen van het aantal neurostimulators en het aantal failed back surgery. Inmiddels weten we dat deze term niet correct is en dat we moeten spreken over failed back treatment gezien deze patiënten ook vaak voor een ingreep andere behandelingen kregen en dat de beslissing tot plaatsing niet altijd verliep zoals het hoorde. Rond nieuwe technieken als discusprothesen en vertebro- en kyphoplastie werd een update gevraagd over de resultaten.

De stichtende leden van de SSBc waren ondertussen begonnen aan een herschrijven van de nomenclatuur.

Nomenclatuur 14n:

De huidige nomenclatuur (artikel 14k en 14b) was inderdaad verouderd en weerspiegelde de huidige evolutie binnen de wervelkolomchirurgie niet meer. Heel vaak werd gecodeerd 'as good as it gets' en waren bepaalde chirurgische akten ondergewaardeerd.

Daarom werd een volledig nieuwe losstaande nomenclatuur, toegankelijk voor orthopedisch chirurgen en neurochirurgen, gemaakt. Deze nomenclatuur werd in het nieuw artikel 14n gegoten.

Bij de ontwikkeling van deze nieuwe nomenclatuur werd uitgegaan van enkele basisprincipes conform de internationale criteria die nu ook naar voor geschoven worden bij deze nieuwe R.I.Z.I.V taskforce nomen2.0..

De belangrijkste principes worden echter hieronder nogmaals opgesomd:

* *vermijden van het gebruik van diagnostische criteria* in de nomenclatuur om de inter- en intraobserver variabiliteit te beperken. De nieuwe nomenclatuur is puur gebaseerd op de beschrijving van de chirurgische techniek om zo duidelijkheid en traceerbaarheid te optimaliseren,

* de nomenclatuur moet de *duur, complexiteit en risico's van elke ingreep* weerspiegelen,

* voor *multilevel ingrepen* worden aparte nomenclatuurnummers voorzien,

*voor *revisie chirurgie* worden aparte nomenclatuurnummers voorzien.

Dit schitterende project heeft geresulteerd in erg bruikbare en duidelijke nomenclatuur. Het is onmogelijk om alles te omvatten zonder te vervallen in een nomenclatuur van casuïstiek.

Iemand met een spinaal kanaal stenose over zowat alle lumbale niveaus met anterolisthese L4-L5 alwaar men een laminectomie L2-L4 uitvoert met reductie fusie PLIF op L4-L5, zal men niet terugvinden. Men zal moeten kiezen tussen

225422 ^ Bilaterale lumbale decompressie (interlaminair of via laminectomie) voor centrale of foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 3 of meer niveaus K 400

Of

225540 ^^ Posterieure of transforaminale lumbale intercorporele fusie met pedikelschroeffixatie (PLIF, TLIF), op 1 niveau K 360.

Mocht er revisie chirurgie aan te pas komen krijgt de K400 één ^ en de K360 twee ^^ wat zijn weerslag heeft op de K van de revisie chirurgie.

Men zal nooit een volledig perfecte lijst kunnen maken en wat hier is gepubliceerd , is een schitterend werk en verdient al ons respect.

Er zijn nog enkele vragen rond de nomenclatuur en meer bepaald de weerslag ervan op drie andere artikels:

1. Toezichtshonorarium:

Artikel 25: "2° Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een heelkundige ingreep ondergaat, wordt gedurende vijf

dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald.

Deze immuniteitsperiode is evenmin van toepassing voor de verstrekkingen

inzake:

- Neurochirurgie en orthopedie voorzien in artikel 14, n), waarvan de betrekkelijke waarde hoger of gelijk is aan K 410.

De Spine Society of Belgium (SSBe) heeft hierop gereageerd en een correcte weergave en vraag gesteld. Zij werden al die tijd in het ongewisse gelaten.

De Cut of van K410 is echt een onevenwichtige situatie tegenover andere chirurgische disciplines, is niet budget neutraal en is een aanval op de toezichtshonoraria.

Wanneer ik deze toezichthonoraria nu vergelijk en stel dat er voor een microdissectomie geen toezicht is maar wel voor een anterieure cervicale dissectomie (die we mogelijks in dagziekenhuis willen gaan doen) zouden we de Cut of leggen op een K225.

SSBe legt deze zelf hoger op K250.

Blijkbaar wil men hierop nog niet terugkomen zolang er geen zicht is op de budgettaire weerslag van artikel 14n.

2. Financiering van een extra operatiezaal:

Weerslag van het concept artikel 14n op de wet ziekenhuisfinanciering 2002, pagina 53 versie 12-12-2018.

Een tweede bijkomende zaal wordt toegekend als bovendien:

*het ziekenhuis , voor zover het in aanmerking kwam voor de toekenning van de eerste zaal, beschikt over een erkende dienst interventionele hartkatheterisatie of een erkend zorgprogramma "cardiale pathologie " B2 of een neurochirurgiedienst, die , het laatst bekende dienstjaar minstens 250 K heelkundige ingrepen uitvoert, waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

Gezien hier uit de neurochirurgische nomenclatuur meerdere nummers worden verwijderd en tevens worden gereduceerd met een blijvend verhoogde inspanning tot investering , expertise, opvolging neurochirurgie dient ook hier artikel 14n naast artikel 14 b in rekening te worden genomen.

Ook hier zouden de overheidsinstanties de impact op termijn bekijken.

3. Vergoeding postoperatieve kinesitherapie: tot nader order werd artikel 14n nog niet in de Fa-lijst voor de kinesitherapeuten overgenomen. De nomenclatuurtekst (ook dd. 01/09) vermeldt voorlopig nog steeds alleen de artikels 14 b), en 14 k) en 14 e). Dit betekent dat patiënten niet kunnen rekenen op verhoogde terugbetaling van 60 beurten kinesitherapie gedurende 1 jaar.

Dit project heeft de steun gekregen van de overheid gezien één en ander ook mede op vraag van de overheid tot stand is gekomen. De artsen die de teksten hebben geschreven en naar vergaderingen zijn getrokken hebben steun mogen ervaren van dr. Rob Van den Oever die bij de overheid één en ander voorbereidde en inkaderde alsook van Prof. Dr. Nadien Ectors die in de technisch geneeskundige Raad het project heeft begeleid.

De vertegenwoordigers van de SSBe binnen de ad Hoc werkgroep spine van de TGR waren Prof. dr. E. Munting, Prof. Dr. B. Depreitere, dr. P. Van Schaeybroeck, Prof. dr. M. Bruneau, dr. D. Verhulst, dr. P. Franssen vervangen door Prof. Dr. B. Pirotte, dr. J. Van Lerbeirghe en dr. D. Hoste.

Het werkstuk is na de technisch geneeskundige raad, naar de Medicomut gegaan, vervolgens naar de minister van Volksgezondheid, de Raad van state en tenslotte voor Budgetcontrole naar de Minister van Begroting. Daar is het mogelijks even blijven liggen mede door COVID. Finaal is in de zomer 2022 het nieuwe K.B. dan gepubliceerd en vanaf 1-9-2022 in voege gegaan.

'Spine centrum' of 'multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie'

Hoofdstuk II - Raadplegingen, bezoeken en adviezen, Psychotherapieën en andere verstrekkingen

Raadplegingen, bezoeken, ... - Artikel 2

Uit de bijlage Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen zijn niet alle elementen weerhouden: Er is geen beperking gekomen van het aantal centra en er is geen wachttijd van 6 maanden ingeschreven. Niet elke rugpatiënt moet door drie of vier disciplines gezien worden om een behandeling in consensus te starten.

Wel is er bij de nieuwe nomenclatuur voor wervelkolomchirurgie een extra inspanning gevraagd aan de SSBe om een bredere context te creëren om de kwaliteit van de spinale zorg in België te verbeteren en dusdanig aan kostenreductie te kunnen doen.

Daarom werd het gebruik van de nieuwe nomenclatuur ingebed in de creatie van 'spine centra', naderhand in de finale teksten omgedoopt tot 'multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie'.

Fysische geneeskunde olv dr. P. Linden en dr. Jan De Neve en anesthesie-pijntherapeuten olv dr. Jan Van Zundert, hadden hierbij ook hun inbreng.

Basisprincipe in de creatie van dergelijke multidisciplinaire zorgteams ter bevordering van de kwaliteit in spinale zorg is het oprichten van de multidisciplinaire spine consultatie.

De verstrekkingen van artikel 14, n), komen enkel in aanmerking voor terugbetaling wanneer ze worden uitgevoerd in een verplegingsinrichting met in haar schoot een multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie, gecoördineerd door een arts-specialist voor orthopedische heelkunde of voor neurochirurgie of voor fysische geneeskunde en revalidatie. De coördinator werkt minstens 8/11 in de verplegingsinrichting.

Het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie omvat alle disciplines, die in de klinische realiteit van de verplegingsinrichting betrokken zijn bij de aanpak van patiënten met wervelkolompathologie en bestaat minstens uit:

- één arts-specialist voor orthopedische heelkunde of voor neurochirurgie met ervaring in wervelkolompathologie. Minstens één orthopedisch chirurg of neurochirurg heeft minimum drie jaar ervaring in de conservatieve en chirurgische behandeling van wervelkolompathologie en werkt minstens 8/11 in deze verplegingsinrichting.

- één arts-specialist voor fysieke geneeskunde en revalidatie met ervaring in wervelkolompathologie. Minstens één van deze artsen werkt minstens 8/11 in deze verplegingsinrichting.

- één arts-specialist voor anesthesie-reanimatie met ervaring in de algologie. Minstens één van deze artsen werkt minstens 8/11 in deze verplegingsinrichting.

Het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie staat in voor een uniforme, gestandaardiseerde aanpak op vlak van diagnostiek, multidisciplinaire behandeling waaronder functionele revalidatie en opvolging van patiënten met een wervelkolompathologie alsook de implementatie van het zorgpad voor de behandeling van de wervelkolompathologie bij de patiënt. Hierbij worden de nationale en internationale richtlijnen gevolgd en continu gedocumenteerd zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

Een MSC kan maar worden gehouden naar aanleiding van minstens één van volgende indicaties:

a) chronische nekpijn of rugpijn waarbij een chirurgische behandeling overwogen wordt;

b) patiënten waarbij omwille van degeneratieve pathologie een lumbale fusie op meer dan 2 niveaus overwogen wordt;

c) patiënten waarbij omwille van een degeneratieve pathologie een revisie-ingreep op hetzelfde niveau, dezelfde kant en langs dezelfde toegangsweg overwogen wordt;

d) chronische rugpijn waarbij na 6 maanden conservatieve en revalidatietherapie onvoldoende effect bekomen wordt;

e) radiculopathie die op invaliderende wijze langer dan 6 maanden blijft bestaan ondanks niet-chirurgische therapie;

f) chronische nekpijn of rugpijn met of zonder brachialgie/ ischialgie voorafgaand aan een vierde therapeutische interventionele pijnbehandeling binnen de 12 maanden;

g) in geval van indicatoren die wijzen op een verhoogd risico op een ongunstige prognose en waarbij een chirurgische behandeling overwogen wordt;

h) patiënten waar neuromodulatie overwogen wordt;

i) patiënten waar percutane vertebro/kyfoplastie overwogen wordt, met uitzondering van een oncologische indicatie.

Het gaat veelal om chronische pathologie.

a + b + c + i : zijn om nodeloze chirurgie tegen te gaan

d + e + f + zijn om te vermijden dat patiënt niet onnodig lang in het conservatieve circuit blijven.

Eén en ander is opgesteld om onnodige behandelingen en hardnekkigheid in therapeutische strategie, tegen te gaan zowel heelkundig als conservatief.

Voor dit Multidisciplinair consult heeft de Minister een apart budget voorzien;

Anno 2019: K = € 1,23 (voor de indexering naar 2022) 7000 worden verwacht per jaar : 3 X K17 + K15+K80 -> € 185 als geen K25 huisarts wordt gerekend : € 1295000 MSC

De K waarde MSC is een andere K dan deze van artikel 14n !!

Er stellen zich wel enkele problemen met de aanrekening van de individuele raadplegingen Spine:

Slechts één van de verstrekkingen 105092, 105114, 105136, 105151,105173 en 105195 kan maximum één keer per patiënt, per kalenderjaar en per specialisme worden toegekend.

- Het is niet altijd geweten of de patiënt reeds bij een ander specialist van dezelfde discipline is geweest in dat jaar. (Niet alle artsen zitten in eenzelfde elektronisch dossier en sommige privaatraadplegingen zijn niet aangesloten op EhealthHub.
- De verstrekking 105291-105302 is enkel aanrekenbaar indien maximaal 120 dagen voorafgaand aan deze verstrekking minstens één van de prestaties 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 of 105195 werd verricht.
Men kan dus enkel het MSC aanrekenen als de nummer “rugraadpleging” is aangerekend minder dan 3 maand voor de MSC. Wat als men patiënt ziet 5 januari: rugraadpleging! Controle in 29 april : gewone nomenclatuur en men wil patiënt verwijzen naar MSC: antwoord van tarificatie: geweigerd. Hetzelfde voor de MSC uitgevoerd bij patiënten gezien voor 1-9-2022 en besproken in MSC na 1-9-2022.

Wat heeft men met deze nomenclatuurnummer willen nagaan. De waarde is voor deze prestatie dezelfde als onze andere raadplegingen.

- Heeft men het verloop van patiënten willen nagaan? Dan was de omschrijving best geweest: een eerste rugraadpleging bij een arts.
- Had men willen inschatten wat de kost is van rugproblemen in dit land, dan was de omschrijving best: nomenclatuur voor rugpathologie.
- In het laatste geval was dit mogelijk een tool om een verschil in N waarde te voorzien voor deze rugraadplegingen gezien deze meer “demanding” zijn dan de andere raadplegingen en zeker meer tijd vragen.

Met de huidige omschrijving kunnen we geen verloop nagaan want iemand kan meerdere orthopedisch chirurgen en neurochirurgen consulteren zonder dat dit gedetecteerd wordt.

Pilootproject voor een nationaal register voor de aandoeningen van de wervelkolom

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en de Spine Society of Belgium hebben een overeenkomst afgesloten met betrekking tot de gestandaardiseerde registratie van gegevens met betrekking tot de behandeling van wervelkolompathologie.

Deze overeenkomst heeft de implementatie tot doel van een register (Spinetango) voor de conservatieve en chirurgische behandeling van wervelkolompathologie.

Dit pilootproject beoogt twee specifieke doelstellingen:

- het aantonen van de haalbaarheid van de implementatie van het register in een grote samenwerking over verschillende Brusselse, Vlaamse en Waalse alsook universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen;
- het onderzoek naar het meest efficiënte en kosten effectieve organisatiemodel dat continue registratie met voldoende hoge response rate toelaat.

Publicatie van de klinische richtlijnen i.v.m. lage rugpijn en radicaire pijn en de publicatie van de zorgpaden ivm. lage rugpijn en radicaire pijn in samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). (2017)

Om de kwaliteit van de spinale zorg in België verder te promoten engageerde de SSBe zich op vraag van het KCE in het ontwikkelen van de klinische richtlijnen en zorgpaden i.v.m. lage rugpijn en radicaire pijn. Dit leidde in 2017 tot de publicaties van onderstaande artikels :

KCE report 287As (2017)/ KCE report 295A(2017)

Deze richtlijnen en zorgpaden kunnen dienen als een soort spinaal handboek/leidraad binnen het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287A_Lage_rugpijn_en_radiculaire_pijn_Samenvatting.pdf

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume.pdf

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_295A_lage_rugpijn_en_radiculaire_pijn_zorgpad_Synthese_0.pdf

Waar moeten we het VBS-GBS situeren?

De uitnodiging voor de SSBe 'groep van 8' om deel te nemen aan de adhoc werkgroep spine van de TGR die leidde tot de ontwikkeling van nomenclatuur 14n en de daaraan gekoppelde spine centra kwam onmiddellijk via de TGR zelf.

Maar dit gebeurt niet altijd via deze rechtstreekse weg.

Een aantal artsen in de 'groep van 8' zijn ook actief in de beroepsverenigingen en hadden een bi-directioneel overleg.

Het is vnl. bij andere initiatieven van het R.I.Z.I.V. zoals de opstart van de nomen2.0 werkzaamheden dat de SSBe niet officieel wordt uitgenodigd en telkens via universiteiten of beroepsverenigingen dient gecontacteerd te worden.

Vandaar het belang dat onze beroepsverenigingen en artsensyndicaten op de hoogte zijn van het bestaan van de SSBe, zijnde de grootste en meest representatieve multidisciplinaire wetenschappelijke vereniging. Zodat bij spinale aangelegenheden de SSBe kan gecontacteerd worden om, zo gewenst, hun engagement verder op te nemen in de uitbouw van een kwaliteitsvolle spinale zorg in België, rekening houdende met de beschikbare middelen.

Dat de gesprekken tussen de SSBe en de overheid reeds effect hadden voor de publicatie van de nieuwe nomenclatuur in werking 1-9-2022 bewijzen de cijfers bekomen via het VBS-GBS. Er is geen verder stijging gekomen in het aantal rugingrepen. Er is zelfs een daling. De boodschap van 2010 is op tijd aangekomen.

Rugchirurgie:

Syndroom van Verbiest: laminectomie K400

232805	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	9.835	8.780	10.512	9.919	9.816	9.630	8.797	7.836

Aantal Laminectomiën is sinds 2016 stabiel . Budget 2021 € 9381112,12

Dissectomie lumbaal. N450

231783	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	10.238	9.288	10.307	10.233	10.432	10.244	9.791	10.262

Zeer opvallend dat het aantal microdissectomiën stabiel is rond 10250 per jaar en dit sinds 2010 en waarschijnlijk eerder!!!

Totale budget 2021 € 4 911 824,7

Lumbale fusie anterieur 281665 N 650

281665	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	1.255	1.181	1.622	1.499	1.482	1.564	1.369	1.472

Laatste twee jaar spectaculaire daling in anterieure lumbale chirurgie.

Lumbale fusie langs posterieur 281680N625

281680	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	1.789	1.619	1.944	1.776	2.112	2.236	2.364	1.772

Aantal 2021 = 2010 !!!

Discus hernia behandeld met arthrodesse en ent. 281805N625

281805	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	714	601	738	603	713	698	685	1.142

Spectaculaire daling !!

Cervicaal 281105 en 281120 N625 hernia en fusie.

281105	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	3.668	3.318	4.204	4.071	4.266	4.335	4.142	3.782

281120	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
Totaal	2.172	1.927	2.247	2.283	2.290	2.501	2.392	2.124

Eerder daling in cervicale anterieure chirurgie !

Deze fantastische realisatie is het samengaan geweest van een aanvoelen bij artsen die zich hebben verenigd en van elementen aangegeven door de overheid. Deze samenwerking van deze artsen met de collega's aangesteld via de overheid en de ziekenfondsen , heeft dit prachtig werkstuk opgeleverd met nu al een effect in de praktijk.

Dit artikel kwam tot stand met medewerking van de SSBe actueel voorgezeten door dr. D. Hoste waarvoor dank.

10 Akkoord artsen-ziekenfondsen

Zoals in het vorige jaarverslag reeds gemeld werd er op 21 december 2021 overeenstemming bereikt tussen de representatieve artsen vertegenwoordigers, de verzekeringsinstellingen en het RIZIV over het budget dat aan de honoraria kon besteed worden alsook over een aantal andere topics die de relatie tussen de artsen en de overheid bepalen; enfin: er werd een nationaal akkoord artsen ziekenfondsen afgesloten.

Over de wijze waarop dergelijke akkoorden afgesloten worden kon u in de voorbije jaarverslagen kennis maken. Zoals u weet kan een akkoord voor één dan wel voor twee jaar afgesloten worden en deze maal werd er een akkoord gesloten voor het jaar 2022 en 2023.

Met andere woorden: in het najaar van 2022 diende er geen onderhandelingen gevoerd te worden richting een nieuw akkoord.

Dit zou dus een hele kort item worden in het jaarverslag ware het niet dat er in de aanloop van een nieuw akkoord 2024 toch een gebeurtenis zal plaatsvinden die anders is dan de voorbije jaren...

De syndicaten...

Een nationaal akkoord wordt dus afgesloten tussen drie partijen: de overheid, de verzekeringsinstellingen en de 'representatieve beroepsorganisaties van de artsen' (lees: de artsensyndicaten).

Op heden zijn er drie artsensyndicaten erkend welke mogen deelnemen aan de artsenverkiezingen die om de vier jaar georganiseerd worden, en dit sinds de eerste verkiezingen in 1998.

Waarom is dit nu van belang voor het afsluiten van een nationaal akkoord?

Om de eenvoudige reden dat een akkoord enkel kan afgesloten worden als er een meerderheid kan gevonden worden op elke bank (artsen en verzekeringsinstellingen) van de Medico-Mut.

En via de medische verkiezingen wordt er vastgelegd hoeveel zitjes elk syndicaat krijgt in de verschillende overlegorganen met de overheid, dus ook op de bank van de Medico-Mut.

Het gaat hier over 10 zitjes, vijf voor de specialisten en vijf voor de huisartsen.

De resultaten van de laatste medische verkiezingen waren als volgt: BVAS haalde 84,29% van de stemmen van de specialisten en 24,61% van de huisartsen. Voor Kartel was dit 11,9% en 40,11% en voor AADM respectievelijk 2,72% en 34,41%.

Dit leverde de volgende zetelverdeling op: BVAS: 5+2 (specialisten + huisartsen), Kartel: 1 + 2 en AADM: 0 + 2. Hierdoor heeft BVAS de facto een absolute meerderheid op de artsenbanken en dus over de het al dan niet sluiten van een Nationaal Akkoord.

In den beginne was alles peis en vree...

Wie bepaalt nu wie die representatieve artsenvertegenwoordigers zijn die mogen deelnemen aan de medische verkiezingen? Wel, dat is de minister en het RIZIV, waarbij ze rekening dienen te houden met de inhoud van een aantal KB's. Het belangrijkste is dit van 08/08/1997 (Koninklijk Besluit tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 221 , § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Hierin staat dat enkel die artsen organisaties kunnen deelnemen die als hoofddoel hebben de beroepsbelangen te verdedigen van de huisartsen en de specialisten, in twee gewesten actief zijn, voldoende lidgelden innen en minstens 1.500 individuele aangesloten leden tellen. En dit minstens al twee jaar voordat de kiezerslijsten opgesteld worden.

De eerste jaren na de publicatie van dit KB was er geen vuiltje aan de lucht en werden de medische verkiezingen georganiseerd met deelname van twee syndicaten: Kartel en BVAS.

Maar...

Dit alles wijzigde evenwel in 2014 toen een derde syndicaat toegelaten werd tot de verkiezingen: AADM....

Algemeen werd aangenomen dat AADM een monodisciplinair eentalig syndicaat van Vlaamse huisartsen was, maar hun statuten meldden dat ze zich richten tot zowel de huisartsen als de specialisten en de statuten waren tweetalig. Voldoende reden voor de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV om AADM als derde representatieve artsenvereniging tot de verkiezingen toe te laten...

Omwille van de commotie die hierop voldoende werden de criteria van het KB van 1997 verduidelijkt waarbij de verhouding huisartsen/specialisten minimaal 5% diende te bedragen en de verhouding tussen de twee landstalen minstens 10%.

Deze criteria werden besproken (en goedgekeurd) in de Medico-Mut eind 2017 en gepubliceerd in een KB (KB van 28/02/2018: Koninklijk besluit 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' gepubliceerd op 05/03/2018).

Opnieuw was er geen vuiltje aan de lucht en ging iedereen ervan uit dat de drie huidige syndicaten aan al deze criteria zouden voldoen voor de verkiezingen van 2022.

En dan komt het najaar '21...

De agenda van de Medico-Mut van 27/09/2021 had als agendapunt 7: *'Medische verkiezingen 2022 : ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 februari 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'* waarbij de hoger vermelde criteria plotsklaps worden uitgesteld naar de medische verkiezingen in 2026.

Reden die hiervoor werd opgegeven was dat één van de syndicaten niet voldeed aan de criteria, hier wel naar streefde om eraan te voldoen maar dat de Covid hiervoor stokken in de wielen had gestoken. En omdat de minister van mening was dat *'het lot van het sociaal overleg dat zo karakteristiek is voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet te laten afhangen van het onvoorspelbare en zeer ingrijpende karakter van de pandemie'* wordt voorgesteld om deze nieuwe regels pas te laten ingaan voor de verkiezingen van 2026.

Verbazing alom over dit voorstel en het hoeft dan ook niet te verbazen dat er (op de artsenbank) geen meerderheid gevonden werd die dit voorstel steunde.

We springen naar het voorjaar '22 en op 12 april lezen we in het Staatsblad het KB van 23/3/2022 *'Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische verkiezingen'* waarbij de medische verkiezingen niet meer om de vier maar vanaf nu om de vijf jaar zullen worden georganiseerd. Met andere woorden: geen verkiezingen in 2022 maar wel in 2023. Dus nog een jaar uitstel aan AADM (want over dit syndicaat gaat het) om te voldoen aan alle criteria.

Het hoeft niet te verbazen dat iedereen met belangstelling uitkeek naar waar dit alles zou leiden...

In het oktober van dit jaar heeft agendapunt 5 van de Medico-Mut de titel *'medische verkiezingen 2023'* waarbij er nog eens een overzicht wordt gegeven aan alle wetgeving rondom dit topic en dus alle voorwaarden waaraan een organisatie dient te voldoen om te kunnen deelnemen aan deze verkiezingen en wordt de datum waarop de kiezerslijst wordt vastgesteld door het RIZIV bepaald op 27/02/2023.

Tijdens de bespreking hiervan geeft AADM aan dat ze mogelijkerwijze tegen die datum niet zou voldoen aan alle vereisten... en wordt zowel door dit syndicaat als door bepaalde verzekeringsinstellingen deze (ondertussen reeds bijna 5 jaar oude) criteria opnieuw in vraag gesteld....

En de toekomst brengt...

Het blijft dus afwachten wat er nu gaat gebeuren.

Zal eind februari '23 AADM aan alle voorwaarden voldoen en dus kunnen meedoen aan de medische verkiezingen van 2023?

Of zullen de zetels verdeeld worden tussen BVAS en Kartel (alsook de aan de verkiezingen gekoppelde financiering van de representatieve artsenverenigingen)?

Of gaat er nog een of andere interventie komen vanwege de minister om de huidige procedure alsnog te wijzigen?

Nog meer twijfels...

Ondertussen moet er ook vastgesteld worden dat de minister allerlei maatregelen wenst door te voeren die het artsen moeilijker maakt om nog andere bedragen dan de vastgelegde vergoedingen voor medische prestaties aan te rekenen aan de patiënt. We verwijzen hier onder meer naar zijn voornemen voor een totaal verbod op supplementen voor ambulante patiënten welke een CT- of NMR-onderzoek zouden ondergaan of een verbod op supplementen voor alle prestaties bij zorghebbenden met een verhoogde tegemoetkoming.

Hierdoor legt de minister een bom onder het huidige overlegmodel. Het grote verschil tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen vormt namelijk de mogelijkheid die deze laatste zich voorbehouden om zich niet (volledig) te houden aan het conventietarief.

Indien dit laatste de facto zou onmogelijk gemaakt worden door de minister stelt zich de vraag of een overlegmodel nog wel levensvatbaar is, dan wel dat de minister hoe dan ook nu en in de toekomst zijn/haar wil opleggen aan alle artsen, ongeacht of er hierover nu een gedragen akkoord is of niet.

Of de minister opteert voor een andere vorm van 'overleg'.

De (nabije) toekomst zal dit uitwijzen. En dus is het met belangstelling uitkijken of het volgende jaarverslag u dient te melden dat het akkoord 2022-2023 het allerlaatste nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen was dat er werd afgesloten.

Werken mee aan dit jaarverslag

Jean-Luc Demeere, Jan Stroobants, Marianne Michel, Donald Claeys, Bob D'Haen, Constantinus Politis, Jérémie Gras, Chantal de Galocsy, Marc Brosens, Liv Veldeman, Thibert Robillard, Laurent Méric de Bellefon, Pascal Vanelderden, Liesbeth De Waele, Wouter De Corte, Tyl Jonckheer, Marianne Mertens, Baudouin Mansvelt, Bart Dehaes, Fanny Vandamme, Aurélie François, Raf Denayer en Koen Schrije