



**Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Neurologie**  
**Belgische Beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de Neurologie**

**VBS-GBS**

**Erkende beroepsvereniging - Union professionnelle reconnue**

VBS • Kroonlaan 20 • 1050 Brussel – GBS • avenue de la Couronne 20 • 1050 Bruxelles  
@ [info@vbs-gbs.org](mailto:info@vbs-gbs.org) ☎ 02/649.21.47 📠 02/649.26.90

## **Jaarverslag 2014**

Het bestuur van de BBVN vergaderde op 23 januari, 5 juni, 16 september en 2 december 2014.

De algemene vergadering met aansluitend een bestuursvergadering werd gehouden op 15 maart 2014, gekoppeld aan de vergadering van de BNS.

Onze ondervoorzitter, Dr. Luc Van Calster overleed helaas veel te vroeg op 24.10.2014 na een slepende ziekte. Hij bleef tot op het eind actief in de beroepsvereniging. De voorzitter, Dr. E. Van Buggenhout, schreef een in memoriam, dat in De Geneesheer-Specialist (nummer van november 2014) verscheen.

1. Herhaalbaarheidsbeperking EEG: Door de acties van de BBVN werd de omschrijving van de herhaalbaarheidsbeperking van terugbetaalbaarheid van een EEG veranderd en gepubliceerd (KB 19.04.2014 – BS 30.05.2014): er is geen beperking van aantal EEG's als de patiënt opgenomen is in een erkende intensieve zorgeenheid of NIC, indien de patiënt epilepsie of vermoedelijk epilepsie heeft en indien de patiënt een bewustzijnsstoornis heeft.

2. Wijziging terugbetaling IV immunoglobuline voor CIDP: Hiervoor is een toestemming van een (universitair) NMRC en een zesmaandelijks opvolging daar nodig. Over deze wijziging is er geen enkel overleg geweest. De BBVN heeft haar ongenoegen geuit over de gang van zaken en opgemerkt dat proberen te besparen door de toegang tot een behandeling voor de patiënt administratief en logistiek te bemoeilijken een onaanvaardbare handelwijze is. Wij hebben daarbij gewezen op de wachttijden voor patiënten om gezien te worden in deze NMRC's, waardoor de behandeling dreigt onderbroken te worden. We vroegen ons af of er gedocumenteerde aanwijzingen waren dat IV Ig verkeerd gebruikt werd. We hebben er tevens op gewezen dat heel wat niet-universitaire neurologen strikter in gebruik van IV Ig zijn dan sommige NMRC's. Als antwoord op onze bekommernis heeft het CTG een overgangstermijn van zes maanden ingevoerd.

3. Erkenningscommissie neurologie: de termijn van het mandaat van de huidige leden is verlopen sinds 2012. De BBVN maakte toen reeds een lijst van kandidaten over voor een nieuwe periode. De nieuw samengestelde erkenningscommissie is echter nog steeds niet gepubliceerd. De bevoegdheidsoverdracht van de erkenningscommissies naar de gemeenschappen is nog steeds niet concreter uitgewerkt en blijft zeer onduidelijk. Wij hebben contact gehad met de diensten erkenning gezondheidsberoepen op nationaal en gewestelijk niveau. De erkenningscriteria blijven federaal. Ook hier is er werk gemaakt om deze te updaten, maar dit blijkt een onwaarschijnlijk traag proces, met het laatste jaar geen zichtbare bewegingen meer. Er is nieuwe wetgeving rond de erkenning van de gezondheidsberoepen gepubliceerd in mei (BS 27.05.2014). Daarbij werd het examen door de erkenningscommissie weer ingevoerd, alsook een bepaling dat minimum 1/3<sup>de</sup> en maximum 2/3<sup>de</sup> van de opleiding in een niet-universitair centrum moet gevolgd worden. Dit biedt kansen voor diensten die ook opleiding zouden willen geven, maar tot dusver daar de kans niet toe gehad hebben. Hierop is er een heftige reactie van de universitaire diensten gekomen, omdat deze regel onmogelijk zou kunnen nageleefd worden. De FOD heeft al laten verstaan achter deze regel te blijven staan. De administratie zegt alleen opleidingen die voldoen aan deze wettelijke regel te willen goedkeuren.

4. Erkenning van beroertezorgeenheden: nieuwe wetgeving augustus 2014 (BS 08.08.2014) van twee soorten beroertezorgeenheden: **basiseenheden**, waar trombolysie kan, – hiervoor zijn drie neurologen nodig –, en **bovenbouweenheden**, waar trombo-extractie kan, met gespecialiseerde en ervaren neuroradiologen. Dit is zeer bedreigend voor de kleinere ziekenhuizen en solopraktijken. De geest van de discussie die voor deze wetgeving gevoerd werd was dat er overal acute beroertezorg moet aangeboden worden en dat richtlijnen gemaakt worden om de kwaliteit hiervan te garanderen. De huidige gepubliceerde normen zijn restrictief en bevoordelen de universitaire centra. Het kan leiden tot oneerlijke concurrentie en broodroof bij de neuroloog in het regionale ziekenhuis. Er zijn nog geen uitvoeringsbesluiten van deze reglementering; wij krijgen signalen dat het de bedoeling is om hier wel snel werk van te maken.

Het huidige KB is niet goed; deze is niet gedreven door patiëntenzorg noch door kwaliteitsbezorgdheid, wel door de kostprijs van technologie en door politieke motivaties van concurrentie tussen ziekenhuizen. Dit laatste is alvast gelukt: er is publiekelijk een concurrentiestrijd uitgebroken. Een laatste bemerking: de procedure en het gebruikte materiaal is erg duur: tot 10.000 euro per procedure, deze is niet terugbetaald. Hoe in een netwerkfunctie deze kosten zullen doorgerekend worden aan het verwijzende ziekenhuis is op dit moment nog onbesproken.

We hebben voordat de wettekst gepubliceerd was getracht hierin aanpassingen aan te brengen via de Belgian Stroke Council, doch dit is niet gelukt.

5. Actie in de pers en naar de politiek: wij hebben getracht een gemeenschappelijke open brief op te stellen met de academici rond algemene principes: toegang tot de neurologie mag niet ingeperkt worden door administratieve rompslomp; het is beter de opleiding te bewaken dan achteraf praktijkregels in te voeren; kostenbeheersing via pseudo-kwaliteitsargumenten en localiteitsvoorwaarden (lees universitaire centralisatie) eerder dan minimale criteria is verwerpelijk. Het is ons niet gelukt om enige consensus te bereiken. De academici stelden voor om een 'staten-generaal' van de neurologie in te richten, wij hebben hen uitgenodigd voor onze algemene vergadering. Wij hebben berichten uitgestuurd naar de pers en de politiek om duidelijk te maken dat neurologie een knelpuntberoep is (zie bijgevoegde tekst). Vele ziekenhuizen vinden geen neuroloog meer. Het beroep van de neuroloog moet aantrekkelijker gemaakt worden. Dit heeft duidelijk weerklank gevonden (cf punt 6)

6. Medicomut-onderhandeling 2015. Waar er bijna alleen restricties en besparingen kwamen, was er voor de neurologie voor de derde keer op rij een extra budget van 1,6 miljoen euro via lineaire toename van de K-waarde voor het consultatiehonorarium. Dit gaat in omstreeks juni 2015. Dit is het resultaat van jaren onderhandelen en met cijfers in de hand de beleidsmakers overtuigen. Ook in de toekomst blijven wij hameren op een geneeskunde die gedreven moet zijn door de patiënt-artsrelatie en niet door de patiënt-techniekrelatie. Wij pleiten voor het wegwerken van de te grote inkomensverschillen door herijking van de nomenclatuur en revalorisatie van de intellectuele act t.o.v. de technische prestaties. In deze onderhandeling was de polysomnografie weer in het vizier voor lineaire reductie, dit is niet gebeurd dankzij eerdere argumentatie van de BBVN, dit blijft een zorg voor de toekomst.

7. Nieuwe wetgeving referentiecentrum en zorgprogramma zeldzame ziekten. Het incidentiecijfer dat in deze wetgeving staat is van toepassing op de meeste neurologische ziekten. Is het de bedoeling van de gehele neurologie te centraliseren in universiteiten? De wetgeving is apert universitair: een referentiecentrum zeldzame ziekten moet beschikken over een centrum menselijke erfelijkheid; dus alleen de universiteiten. Wat dit allemaal is, is nu niet duidelijk. Het is geschreven op maat van de metabole pediatrie aandoeningen, maar het is toepasbaar op veel neurologie. De plannen tot centralisatie van de neuro-oncologie waren ver gevorderd. Het is niet duidelijk wat het nieuwe kabinet De Block met beide teksten die in de laatste dagen en uren van Laurette Onkelinx gepubliceerd werden, gaat doen.

L. Vanopdenbosch, secretaris