
De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr. M. Moens
Redactiesecretariaat : F. Vandamme
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 2406-6338 - MAANDBLAD

Nr. 4/JUNI 2018

Afgiftekantoor: BRUSSEL X – Erk.nr. P918436

MEDISCHE VERKIEZINGEN VERLENGD

TOT EN MET 2 JULI 2018

NA GROTE TECHNISCHE PROBLEMEN BIJ STEMPROCEDURE

Geacht Lid,

Zoals u ongetwijfeld al hebt vernomen, of misschien zelf hebt ondervonden, werden de medische verkiezingen van vrijdagmiddag 8 juni tot woensdag 13 juni opgeschort. Die maatregel was door het RIZIV genomen omdat heel wat artsen problemen hadden om hun stem uit te brengen.

Nadat het probleem door de informatici van het RIZIV was geïdentificeerd en hersteld, werd op woensdag 13 juni de stemapplicatie weer opengesteld.

Wegens het oponthoud van bijna 4 dagen besliste de Medicomut op haar vergadering van maandag 11 juni om de periode waarin de artsen hun stem kunnen uitbrengen te verlengen tot en met 2 juli 2018. Daartoe werd een ministerieel besluit uitgevaardigd. Normaal gezien was 26 juni de laatste dag van de verkiezingen.

Wat met de reeds uitgebrachte stemmen?

Op het moment dat de stemprocedure werd bevroren, hadden al 447 artsen aan de verkiezingen deelgenomen of proberen deel te nemen. Er werd beslist om de teller van de stemming weer op 0 te zetten. Dit impliceert dat ook de artsen van wie de stem, ondanks het technische probleem, toch geregistreerd was, opnieuw moeten stemmen.

Er worden geen nieuwe stemtokens verspreid. De artsen die zich op donderdag 07.06.2018 of vrijdag 08.06 2018 hebben aangemeld en hun token niet langer in hun bezit hebben, kunnen onder bepaalde voorwaarden en vervangtoken aanvragen.

Hoe een nieuwe token aanvragen?¹

1. Gelieve onbeschikbaarheid van het token te melden bij SEC_DIR_MED@riziv.fgov.be, met vermelding van :
 - a. naam en RIZIV nummer;

¹ Enkel nodig voor artsen die zich op 7 of 8 juni hebben aangemeld in de stemapplicatie en niet meer over hun token beschikken.

- b. een verklaring op e-mail (in de e-mail) dat het token niet meer in het bezit is;
 - c. de vraag naar een vervangtoken.
2. Het RIZIV controleert of de arts verkiezingsgerechtigd is en heeft aangemeld op donderdag 7 of vrijdag 8 juni 2018
3. Met het oog op een correct en betrouwbaar gebruik van deze procedure zal het RIZIV de arts opbellen, op basis van het telefoonnummer in MyRiziv, om zijn/haar identiteit te verifiëren.
4. Hiervoor dient een telefoonnummer aanwezig te zijn in MyRiziv waar hij/zij bereikbaar is (daarvoor kan men zich aanmelden bij MyRiziv en de gegevens verifiëren en eventueel aanpassen)
5. Indien alle checks OK zijn, wordt er een token verstuurd per post op de volgende werkdag naar het adres in MyRiziv.

Verkiezingen met belangrijke inzet

De ophef rond de valse start van de stemprocedure doet haast vergeten hoe belangrijk de inzet van deze medische verkiezingen is.

Drie syndicaten dingen naar de gunst van de Belgische artsen:

- Lijst 1: **BVAS-ABSyM (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten – Association Belge des Syndicats Médicaux)**
- Lijst 2: Kartel-Cartel [Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB) + Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) + Monde des Spécialistes (MoDeS)]
- Lijst 3: AADM (Alliantie Artsenbelang-Domus Medica)

Hoewel het VBS ongetwijfeld het grootste aantal leden telt van alle Belgische artsenorganisaties wordt het als niet-representatief beschouwd bij het RIZIV omdat het geen huisartsen onder zijn leden telt.

Alle artsen, ongeacht hun statuut (actief, gepensioneerd, in opleiding, zelfstandig, gesalarieerd), die voorkomen op de RIZIV-kieslijsten die afgesloten werden op 21 maart 2018 kunnen elektronisch hun stem uitbrengen.

U kunt zich inloggen op de [stemapplicatie van het RIZIV](#) met uw elektronische identiteitskaart en uw pincode. Op 6 juni 2018 verstuurde het RIZIV u per gewone brief uw persoonlijk token. Dit token is een unieke reeks van 11 tekens (letters en cijfers) die overeenstemmen met een uniek en anoniem stemrecht. Bij het bevestigen van uw stem hebt u dit unieke token nodig.

Voor de artsen die hulp wensen om in te loggen zal er **een VBS-team klaarstaan om u te helpen, zowel telefonisch als in onze kantoren in Elsene (Kroonlaan 20, 1050 Brussel – 02/649 21 47)**. Bij technische problemen zult u terecht kunnen bij de RIZIV-helpdesk (helpdesk@riziv.fgov.be, 02/739 74 74).

Het VBS dringt bij alle specialisten aan om hun stem uit te brengen. Net zoals u bij de politieke verkiezingen niet moet aangesloten zijn bij een politieke partij om te stemmen, hoeft u, om deel te nemen aan de medische verkiezingen, geen lid te zijn van een van de representatieve artsenorganisaties.

Deelname aan de medische verkiezingen is niet wettelijk verplicht. Toch doen de artsen er goed aan om hun stem uit te brengen. De representatieve artsenorganisaties moeten immers een voldoende grote draagkracht hebben om binnen het RIZIV hun stem te kunnen laten gelden en door de beleidsmakers ernstig genomen te worden. Bij de medische verkiezingen van 2014 heeft slechts 37,5 % van alle stemgerechtigde artsen deelgenomen aan de verkiezingen. Daardoor werd de

representativiteit van de artsensorganisaties niet zelden door politici op de korrel genomen en werd er niet geluisterd naar hun advies. Een hogere participatiegraad zal dus leiden tot meer inspraak van de medische gemeenschap.

Het percentage behaalde stemmen geeft de syndicaten recht op een overeenkomstig aantal zetels in de diverse beleidsorganen van het RIZIV. De twee best bekende organen die rechtstreeks te maken hebben met de gespecialiseerde geneeskunde zijn:

- De Technisch Geneeskundige Raad (afgekort TGR), die nieuwe prestaties in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen kan invoeren, bestaande prestaties kan evalueren en er een financiële waarde aan toekent;
- De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, de zogenaamde 'medicomut', waar artsen en ziekenfondsen onder meer akkoorden afsluiten over de toewijzing van het artsenbudget.

Bij analyse van het Akkoord Artsen-Ziekenfondsen dat op 19.12.2017 werd gesloten, kan men vaststellen dat binnen het lopende akkoord de artsensyndicaten in vele dossiers posities zullen moeten verdedigen. We geven hieronder een kleine selectie van de dossiers die in de komende weken en maanden zullen besproken en verdedigd worden binnen de medicomut.

4.1.3.1.1. Toepassing van de klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn

Het KCE ontwikkelde recent een richtlijn over de aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn, van de eerste evaluatie tot de eventuele hervatting van de beroepsactiviteiten, met inbegrip van alle invasieve en niet-invasieve behandelingen. Aansluitend hierbij werd een klinisch zorgpad ontwikkeld voor de optimale aanpak van lage rugpijn. De NCAZ zal in overleg met de EBP-stuurgroep een concrete communicatie- en implementatiestrategie uitwerken tegen 30 juni 2018.

4.1.3.1.2. Aanpassing van de nomenclatuur inzake wervelkolompathologie

Het aantal chirurgische ingrepen op de wervelkolom is de afgelopen 15 jaar met 40 % toegenomen. Hierbij wordt ook een sterke praktijkvariabiliteit vastgesteld als ook een stijgend aantal gevallen van "failed back management syndrome".

Om deze ontwikkelingen beter te beheersen zal in de loop van 2018 de nomenclatuur worden herzien en een verbeterplan worden geconcretiseerd gebaseerd op volgende principes"

4.1.3.2. Complexe kankerzorg

Vóór 30 juni 2018 zullen, na overleg in de NCAZ, aan het verzekeringscomité voorstellen van overeenkomsten met individuele ziekenhuizen worden voorgelegd om de aanpak van complexe chirurgische ingrepen voor slokdarm- en pancreastumoren te verbeteren. Bij hoog-technische en complexe ingrepen moet de patiënt kunnen rekenen op kwalitatieve zorgen die verleend worden in een aangepaste omgeving waar de nodige expertise aanwezig is die continu wordt toegepast en verbeterd.

4.2.7. Artsen-specialisten

De NCAZ dringt erop aan om ook te investeren in de ontwikkeling van softwaretoepassingen voor de patiëntendossiers van artsen-specialisten, voor zover deze niet kunnen geïntegreerd worden in het EPD van het ziekenhuis

4.3. Ereloonsupplementen

Conform het vorige akkoord artsen-ziekenfondsen werd door het IMA een analyse gemaakt van de ereloonsupplementen bij ziekenhuisverblijf. Deze studie die op de website van het RIZIV wordt gepubliceerd, identificeert een aantal knelpunten en formuleert verschillende aanbevelingen.

Op basis hiervan formuleert de NCAZ volgende voorstellen op volgende domeinen:

- het tot stand brengen van meer transparantie ten aanzien van de patiënten;
- het corrigeren van ereloonsupplementen in bijzondere situaties;
- het afremmen van het groeiritme van de ereloonsupplementen.

4.3.1.1. De NCAZ is het erover eens dat alle ziekenhuizen tegen 1 januari 2019 moeten voorzien in een voorafgaandelijk meegeedeelde kostenraming voor een lijst van courante behandelingen ten behoeve van de patiënten die worden opgenomen.

De NCAZ wenst in nauw overleg met de ziekenhuisvertegenwoordigers een standaardmodel uit te werken.

4.4.3. Responsabilisering

Een mechanisme van financiële responsabilisering van de voorschrijvers wordt ingevoerd in de klinische biologie en de medische beeldvorming. Hiertoe zal in de enveloppe klinische biologie en medische beeldvorming voor ambulante verstrekkingen voortaan een onderscheid worden gemaakt tussen de oorsprong van de voorschrijvers (huisarts of specialist).

Ingeval van overschrijding van de enveloppe zullen de voorschrijvers die een te hoge frequentie of een te hoog volume van voorschriften verrichten onder monitoring worden geplaatst. De ziekenfondsen en de LOK's worden hiervan op de hoogte gebracht. Voor zover geen wijziging in het voorschrijfgedrag plaatsvindt, zullen financiële maatregelen worden genomen. De NCAZ zal uiterlijk per 30 juni 2018 deze principes concretiseren waarbij zowel de rol van de voorschrijver als de rol van de verstrekker in aanmerking zal worden genomen

4.5. Accreditering

De NCAZ is er het over eens om het huidige systeem van accreditering grondig te hervormen tot een systeem van permanente professionele ontwikkeling en van meetbare kwaliteitsbevordering waarbij ook de nodige aandacht wordt besteed aan doelstellingen inzake doelmatige zorg. Met dat doel zal de NCAZ in samenwerking met de NRKP en in afspraak met de FOD Volksgezondheid tegen 30 september 2018 een concreet voorstel uitwerken op basis van onderstaande principes

De resultaten bij de vorige verkiezingen (2014)zagen er als volgt uit in %:

	Alle stemmen	Huisartsen	Specialisten
BVAS-ABSyM	55,2	24,2	80,6
Kartel-Cartel	22,4	32,5	14,2
AADM	20,7	42,0	3,2
Ongeldig	1,7	1,3	2,0

Aan de vorige verkiezingen namen procentueel veel meer huisartsen dan specialisten deel: 42,9 % tegenover 34,0 %. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat er in de periode 2014-2018 meer aandacht naar de huisartsgeneeskunde ging dan naar de specialistische geneeskunde. Denken we bijvoorbeeld maar aan de financiële ondersteuning voor de informatisering van de praktijk. Artsen-specialisten beseffen vaak te weinig de impact van de medische verkiezingen.

Wij willen daarom het grote belang van de medische verkiezingen benadrukken. Op basis van het resultaat zal worden onderhandeld over de toekomst van onze geneeskundige zorg. Het aantal uitgebrachte stemmen en de verdeling ervan over de drie artsensyndicaten heeft impact op de politici en het beleid dat ze voeren.

Het uitvoerend bestuur d.d. 23.04.2018 geeft zijn voorkeur aan de BVAS en besliste de leden op te roepen om voor de BVAS te stemmen.

Laat dus massaal uw stem horen!

Stem BVAS, Stem 1

Realisaties van de TGR in de periode 2014-2018

Het is interessant om de activiteiten van de Technisch-Genoeskundige Raad gedurende de afgelopen 4 jaar eens onder de loep te nemen. Ze zijn het resultaat van heel veel werk, zowel binnen de Raad zelf als in de verschillende betrokken beroepsgroepen. De BVAS heeft geregeld voor de specialisten vernieuwende projecten voor de aanpassing van de nomenclatuur ingediend, meestal in samenwerking met de beroepsverenigingen van artsen-specialisten (VBS).

In de **laboratoriumgeneeskunde** werden de aanpassingen doorgevoerd die nodig waren om de technologische vooruitgang in de nomenclatuur op te nemen: in de hematologie; in de bacteriologie met *Escherichia coli*, *Bordetella pertussis*, *Toxoplasma*, opsporing van BK, herziening nomenclatuur van hepatitis C; vernieuwing van het luik moleculaire biologie en genetica, met de opmaak van specifieke nomenclatuur voor voorspellende genetische tests in de artikelen 33bis en ter, en, niet te vergeten, de doorbraak met de NIPT; de aanpassing van de PCR-techniek op het gebied van transplantatie; op het domein van de oncologie de ontwikkeling van nomenclatuur voor 'companion diagnostics', de KRAS-test, dunne-laag-cytologie; en tot slot, de dosage van calprotectine en van botmarkers.

Op het gebied van **medische beeldvorming** werden de indicaties van PET-scans herzien. Cone Beam CT is het onderwerp geweest van tal van discussies met betrekking tot zowel de beeldvorming van de

De BVAS heeft geregeld voor de specialisten vernieuwende projecten voor de aanpassing van de nomenclatuur ingediend, meestal in samenwerking met de beroepsverenigingen van artsen-specialisten (VBS)

perifere ledematen als de maxillo-faciale en tandheelkundige beeldvorming. Mammografie is al jaren doorlopend onderwerp van debat. Het concept individuele screening en een honorarium voor digitalisering werden geïntroduceerd. Ook SPECT werd herzien, evenals de bepalingen inzake tandheelkundige CT en de cumuls voor CT- en MR-scans van de wervelkolom. Ook de echografie van de borsten kreeg de nodige aandacht.

In de **chirurgie** heeft de TGR voorstellen gedaan voor neuronavigatie in de radiochirurgie, voor lithotripsie, een precisering voor percutane endovasculaire ingrepen met een vereenvoudiging van de registratie. Verstrekkingen m.b.t. urologische en gynaecologische abdominale chirurgie werden gecreëerd of aangepast. De hysteroscopische en curettage-verstrekkingen werden herzien, evenals het gebruik van de lasertechniek voor letsels aan de baarmoederhals. De traanweg- en ooglidchirurgie werd vernieuwd. Er werden regelingen getroffen om de behandeling van borsthypertrofie en tubereuze borstmisvorming

frequenter te vergoeden en de terugbetaling van stomatologische verstrekkingen werd geregeld.

De regels voor de aanrekenbaarheid van verstrekkingen inzake **medisch begeleide voortplanting** (MBV) op basis van de leeftijd werden herzien. De cumulregels bij meervoudige oncologische chirurgie in dezelfde operatiestreek werden aangepast. Andere realisaties waren cystoscopie gecombineerd met de plaatsing van een periurethraal gaas, de vergoeding van een endoscopische KNO-verstrekking voor dynamisch slikonderzoek, de herziening van de zwangerschapsecografie. Nog steeds bij de chirurgische verstrekkingen was er in de stomatologie een herziening van de prothesen voor breuk of excisie in samenhang met kanker. Last but not least werd in de gynaecologie de mogelijkheid gecreëerd om een dringendheidshonorarium aan te rekenen bij verlossingen en in de loop hiervan uitgevoerde epidurale anesthesieën.

Bij de disciplines van medische aard werden herzieningen doorgevoerd in **de reumatologie**, werd een **nieuwe nomenclatuur voor gastro-enterologie** opgesteld, met een verbetering van de connexistische aspecten binnen de internistische disciplines ten opzichte van de gastro-enterologie. In de **neuropediatrie** werd de raadpleging gecreëerd.

In de dermatologie werd de dynamische fotherapie meer in detail uitgewerkt. Ook voor de excisie van huidletsels met hechtingen en/of schuiflap hebben we een nieuwe nomenclatuur gecreëerd.

In de **fysische geneeskunde** en de **reumatologie** werd de **oppervlakte-elektromyografie** verfijnd.

Op het gebied van de **urgentiegeneskunde** en de **intensieve zorg** werd de nomenclatuur van de intensieve zorg vóór de betrokken periode herzien. Wegens overschrijdingen van de uitgaven ten opzichte van het afgesproken budget moest een hele reeks nieuwe toepassingsregels worden opgesteld, met wijziging van de cumulregels van deze verstrekkingen onderling of met de toezichtshonoraria, wijzigingen van de opnameregels, herziening van de A- en C-honoraria op de spoedafdelingen, invoering van een lijst van artsen met permanentie in de Intensive Care Unit (ICU) die werd toevertrouwd aan de hoofddarts van het ziekenhuis, en ten slotte herziening van de omschrijvingen van de nog maar pas gecreëerde codes van de ICU-nomenclatuur.

In het algemeen werden de **toezichtshonoraria** herzien. De zogeheten immuniteitsperiode van 5 dagen na een heelkundige ingreep, waarbinnen er geen toezichtshonorarium mag worden aangerekend, werd opgeheven voor geriaters. De raadplegingen van lange duur werden geïntroduceerd voor de verschillende specialismen wanneer ze gericht zijn op chirurgische patiënten in de postoperatieve periode. De multidisciplinaire revalidatieregels voor de wervelkolom werden herzien. Een nomenclatuur voor de wervelkolomchirurgie wordt momenteel herzien, waarbij het innovatieve concept van de Spine Unit wordt geïntroduceerd, met multidisciplinair overleg ter ondersteuning. Bij de meer algemene verstrekkingen, kunnen we ook een opgewaardeerde raadpleging voor de raadplegingen in KNO, fysische geneeskunde en chirurgie aanstippen.

Ook de nomenclatuur voor **chronische pijn** werd herzien.

In 2016 werd er aanzienlijk wat tijd besteed aan het omzetten van besluiten van de taskforce in nomenclatuur met als doel substantiële besparingen te realiseren. Dit had betrekking op de heelkundige behandelingen van cataract, op CMV en toxoplasmose, op pathologische anatomie met de HER-testen, electrocardiografie gecumuleerd met inspanningstest, colonoscopie en poliepectomie, kleurenduplex van de bloedvaten, transthoracale echografie, radiotherapie, cardiotocografie en coronaire flowmetingen.

Tot slot heeft de TGR verscheidene vergaderingen gehouden samen met de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen om de verstrekkingen van de nomenclatuur en de lijst van voorwaardelijk terug te betalen medisch materiaal op elkaar af te stemmen, met de bedoeling symmetrische en moderne procedures op te zetten voor de invoering van innovaties aan beide kanten. In een aantal gevallen werden op verzoek van deze implantaatcommissie nomenclatuuraanpassingen doorgevoerd om de vergoeding van innovatieve implantaten mogelijk te maken.

De zogeheten immuniteitsperiode van 5 dagen na een heelkundige ingreep, waarbinnen er geen toezichtshonorarium mag worden aangerekend, werd opgeheven voor geriaters

“Ziekenhuizen van álle pancreas- en slokdarmpathologie uitsluiten is onzinnig”

In 2012 publiceerde het KCE een update van de praktijkrichtlijn voor slokdarm- en maagkanker². In uitvoering van het Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2018-2019 moest vóór 30.06.2018 aan de NCGZ³ een voorstel van overeenkomst met individuele ziekenhuizen voorgelegd worden om de aanpak van complexe chirurgische ingrepen voor slokdarm- en pancreastumoren te verbeteren.

Het aan de NCGZ voorgelegde voorstel van overeenkomst gaat echter veel verder en betreft zowel de oncologische als niet-oncologische ingrepen op slokdarm en pancreas. Hoewel het begrijpelijk is dat bepaalde tumoren complexe multidisciplinaire zorg vereisen, is de uitsluiting van volledige ziekenhuizen voor alle pancreas- en slokdarmpathologie onzinnig. Deze onzinnigheid verbiedt chirurgen om dergelijke procedures uit te voeren. Het lijkt zonneklaar dat de opleiding abdominale heelkunde de pancreas- en slokdarmchirurgie links zal laten liggen, en dat deze ingrepen nog enkel zullen zijn weggelegd voor superchirurgen met een elitepraktijk. Sterkte aan de ‘gewone’ chirurgen, die in het locoregionale ziekenhuis van morgen alle patiënten met aandoeningen aan de slokdarm of pancreas zullen moeten doorverwijzen.

Een tweede bezwaar gaat over het gebruik van willekeurige criteria uit het verleden om de toekomst te definiëren. De casussen worden voornamelijk geteld voor de jaren 2015-2016. Het aantal vereiste casussen is willekeurig en, net als bij andere pathologieën met quota, zullen er waarschijnlijk uitzonderingen worden gemaakt, bijvoorbeeld voor het universitaire of specifieke karakter van deze of gene instelling. De ingrepen moeten worden uitgevoerd op één enkele ziekenhuiscampus, die bovendien alle mogelijkheden van een multidisciplinaire behandeling biedt. Als de radiotherapiebunker, zoals in Luik, in het centrum van de stad ligt en gebruikt wordt door meerdere ziekenhuiscampusen, heb je geen kans om aan de criteria te voldoen.

Het derde punt van kritiek betreft het gebrek aan samenhang in het gezondheidsbeleid. De minister wil zorgnetwerken die aansluiten bij de behoeften van de bevolking. Deze netwerken zullen beschikken over locoregionale ziekenhuizen en referentiepunten. Neem bijvoorbeeld Henegouwen, met een risicopopulatie voor pancreas- en slokdarmproblemen, maar op dit moment geen enkel centrum dat aan de criteria voldoet. De artsen zijn voorstander van de oprichting van een centrum. De criteria in de voorliggende ontwerp teksten laten dit echter niet toe en vereisen dat de patiënt naar een andere provincie wordt overgebracht.

Het VBS erkent dat er gespecialiseerde centra voor zeldzame oncologische pathologieën worden opgericht, maar niet voor de gehele pathologie van een orgaan. Het VBS aanvaardt selectiecriteria, gebaseerd op een regionaal zorgbeleid, waarbij wordt geluisterd naar de bevolking en met competente chirurgen. De referentiepunten zijn niet alleen geconcentreerd in Brussel of Luik. Voor het VBS staan de netwerken in dienst van de patiënten en niet van de universitaire instellingen. Elk ‘gespecialiseerd’ locoregionaal ziekenhuis moet pancreas- en slokdarmpathologieën kunnen behandelen die geen tumoren zijn die complexe zorg vereisen.

Het wegtrekken van alle ingrepen op de slokdarm en pancreas uit een locoregionaal ziekenhuis met een aangetoonde competentie is niet alleen nadelig voor de chirurg, die op termijn alle ervaring zal verliezen in dit domein, maar ook voor diverse andere diensten van het ziekenhuis.

² KCE reports vol. 17A: Evaluatie van de referentiebedragen.

³ Akkoord artsen-ziekenfondsen, punt 4.1.3.2.

Open brief aan minister De Block

Aan: Mevrouw Maggie De Block
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Kopie : de regionale ministers van Volksgezondheid, BVAS, VBS, Artsenkrant, De Specialist

Mevrouw de Minister,

Punt 4.1.3.2. 'Complexe kankerzorg' van het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 voorziet dat de NCAZ vóór 30 juni 2018 voorstellen van overeenkomsten met individuele ziekenhuizen voorlegt aan het Verzekeringscomité om de aanpak van complexe chirurgische ingrepen voor slokdarm- en pancreastumoren te verbeteren.

Wij hebben de voorstellen ontvangen voor enerzijds een overeenkomst over de behandeling van pancreascarcinomen, peri-ampullaire carcinomen en de niet-oncologische aandoeningen van de pancreas, en anderzijds een overeenkomst over de behandeling van slokdarmtumoren, gastro-oesofageale junctietumoren en de niet-oncologische aandoeningen van de slokdarm.

Hieronder vindt u een aantal opmerkingen van de Beroepsvereniging van Belgische Chirurgen i.v.m. deze documenten⁴. Sommige punten zijn al geamendeerd door onze medische vertegenwoordigers, die lid zijn van de commissies waarin deze onderwerpen worden behandeld.

1° De documenten verwijzen uitdrukkelijk naar de ingrepen die in 2014, 2015 en 2016 op één campus werden uitgevoerd. Het lijkt erop dat deze precisering de oprichting van netwerken voor de centralisatie van pathologieën compleet nutteloos maakt, aangezien de quota al retrospectief zijn vastgesteld en niet voor verschillende sites kunnen gelden. Het lijkt ons dat dit punt moet kunnen worden gewijzigd in die zin dat als meerdere instellingen samengaan en prospectief tot een voldoende aantal komen, zij gevalideerd kunnen worden.

2° Wij geloven dat het opleggen van omgevingscriteria voor het uitvoeren van deze ingrepen een impact heeft op de kwalitatieve behandeling van onze patiënten. Een chirurgische permanentie verzekerd door chirurgen die deze ingrepen uitvoeren, gespecialiseerde anesthesisten, chirurgische teams met instrumentisten en operatieassistenten, intensive care met erkende intensivisten die 24 uur per dag aanwezig zijn, patholoog-anatomen voor het uitvoeren van peroperatieve analyses, interventionele radiologen etc. lijken logische vereisten.

3° Bij de vaststelling van operatiequota voor chirurgen wordt er geen rekening gehouden met hun opgedane ervaring. Als zij de afgelopen jaren persoonlijk minder ingrepen hebben uitgevoerd, kan dat komen omdat ze jongere collega's geholpen om deze ingrepen uit te voeren. Het is echter zeer moeilijk om deze activiteit te kwantificeren, omdat ze vaak niet getarifeerd wordt. Bovendien is het niet logisch om chirurgen uit te sluiten die in de loop van hun carrière enkele tientallen van deze operaties hebben uitgevoerd ten voordele van diegenen die de afgelopen drie jaar de quota hebben gehaald.

4° De twee betrokken organen worden getroffen door zowel oncologische als niet-oncologische pathologieën die dezelfde operatiecodes hebben, maar waarvan de consequenties na de operatie zeer verschillend zijn. Deze moeten van het toepassingsgebied worden uitgesloten.

⁴ De documenten zijn raadpleegbaar via volgende hyperlinks: [pancreas](#) – [slokdarm](#).

5° Een aantal van de betrokken chirurgische ingrepen vertonen uiteraard een zekere complexiteit, en dit zowel voor de slokdarm als de pancreas, maar er zijn ook andere ingrepen die ook binnen het toepassingsgebied vallen en niet dezelfde moeilijkheidsgraad hebben (bv. corporecaudale pancreatectomieën).

6° Wat het document voor de pancreas betreft, kunnen gastrectomieën met uitbreiding naar de pancreas ook niet langer worden uitgevoerd, terwijl de maag niet aan de orde is in deze tekst. De procedures die worden vermeld met een gedeeltelijke resectie van de pancreas zijn ingrepen die slechts een zeer oppervlakkige zone van de pancreas beslaan en daardoor niet de risico's inhouden die verband houden met de als complex beschreven ingrepen.

7° Waarschijnlijk is dit nog maar het begin van een centralisatie van pathologieën en zullen andere organen, zoals debulking van de eierstokken, thoracale chirurgie, leverchirurgie, intraperitoneale chemohyperthermie, enz. volgen.

8° De goedaardige pathologie van deze organen maakt het, met name voor de pancreas, voor onze ziekenhuizen onmogelijk om door te gaan met de behandeling van hemorragisch-necrotiserende pancreatitis, die niet zo vaak voorkomt, maar desondanks een zeer zware pathologie vormt voor zowel chirurgie als intensieve zorg.

9° Multidisciplinair overleg moet plaatsvinden in aanwezigheid van de chirurgische teams, anesthesisten-reanimisten, oncologen, radiotherapeuten, pathologen-anatomen, radiologen, nuclearisten.

10° Het verdwijnen uit onze ziekenhuizen van bepaalde ernstige pathologieën zal gevolgen hebben de behandeling van minder ernstige pathologieën. De chirurg die niet langer een biliodigestieve anastomose zal uitvoeren tijdens een duodenopancreatectomie, zal expertise verliezen om een herstel van de ductus choledocus te verwezenlijken bij een goedaardige pathologie van de galwegen. Het verdwijnen van oesofago-jejunale anastomose voor kankerpathologieën zal de expertise van de chirurg bij het herstellen van bv. een slokdarmletsel doen afnemen enz.

11° Een ander gevolg van het verdwijnen van de zware pathologieën is het verlies van expertise van de chirurgen om complexe traumatische pathologieën aan te pakken, zoals die voorkwamen na de terroristische aanslagen, waar we helaas niet van gespaard blijven. Alle ziekenhuizen van het land kunnen geconfronteerd worden met deze vorm van agressie.

12° Recent studiemateriaal, gepresenteerd tijdens de Journées Francophones de Pathologie Oncodigestives (Parijs, maart 2018) toont aan dat een zekere toename van de afstand, zelfs binnen hetzelfde Franse departement, de aanpak van ernstige aandoeningen verslechtert. De in het ontwerp voorgestelde centralisatie druist in tegen deze bevindingen.

13° Er is een zeer groot risico dat een overdreven centralisatie zal leiden tot een geneeskunde met twee snelheden, want als het wetenschappelijke belang vervaagt, is de kans groot dat het financiële belang de overhand krijgt.

Wat het document voor de pancreas betreft, kunnen gastrectomieën met uitbreiding naar de pancreas ook niet langer worden uitgevoerd, terwijl de maag niet aan de orde is in deze tekst

Met de meeste hoogachting,

Dr. Luc Haeck
Secretaris-generaal

Dr. Baudouin Mansvelt
Voorzitter

NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

BELGISCH STAATSBLAD 16.04.2018:

- KB van 25.03.2018 – art. 9, b) en c), 12 § 1, b), 26, §§ 1 en 4, van de nomenclatuur (VERLOSSINGEN - ANESTHESIOLOGIE)
verstuurd naar de leden van de Beroepsvereniging van de Belgische Verloskundigen en Gynaecologen en van de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in Anesthesie en reanimatie op 23.04.2018: [e-specialist nr. 685: bijkomend honorarium verlossingen 's nachts, tijdens weekend of op feestdagen](#)

BELGISCH STAATSBLAD 09.04.2018:

- INTERPRETATIEREGEL – art. 14, b) (NEUROCHIRURGIE)
verstuurd naar de leden van de Beroepsvereniging voor Neurochirurgie op 11.04.2018: [e-specialist nr. 683: interpretatieregels betreffende de nomenclatuur neurochirurgie](#)

BELGISCH STAATSBLAD 28.03.2018:

- KB van 25.03.2018 – art. 17, § 1, en 17ter (uitstel inwerkingtreding mammografienomenclatuur) (MEDISCHE BEELDVORMING)
verstuurd naar de leden van de Beroepsvereniging van de Belgische verloskundigen en gynaecologen op 29.03.2018: [e-specialist nr. 682: mammografie-nomenclatuur "on hold"](#)

Wenst u ook elektronisch op de hoogte gehouden te worden van de voor uw specialisme relevante nomenclatuurwijzigingen en interpretatieregels? Bezorg ons uw e-mailadres: info@vbs-gbs.org

AANKONDIGINGEN – OOK RAADPLEEGBAAR OP WWW.VBS-GBS.ORG

18045 KORTRIJK - AZ Groeninge Kortrijk is op zoek naar een CHIRURG voor de dienst Spoedgevallen voor de periode juli-september 2018. Functie: spoedopvang chirurgische patiënten. Geen MUG, geen reanimatie. Contactpersoon: philip.struyve@azgroeninge.be

18041 BRUSSEL - Iris Zh Zuid zoeken een geneesheer diensthoofd SPOEDGEVALLEN. Info : Dr Hervé Deladrière, medisch directeur hdeladriere@his-izz.be 02/7398771. Motivatiebrief, cv & dienstproject tav de Algemeen Directeur Catherine Goldberg, Baron Lambertstraat 38-1040 Brussel of sdm@his-izz.be. Termijn : 15/07/18. Indiensttreding : te bepalen.

18036 BRUSSEL - Iris Zh Zuid zoeken een geneesheer diensthoofd ORTHOPEDISCHE HEELKUNDE M/V. Info : Dr Hervé Deladrière, medisch directeur hdeladriere@his-izz.be 02/7398771. Motivatiebrief, cv & dienstproject tav de Algemeen Directeur Catherine Goldberg, Baron Lambertstraat 38-1040 Brussel of sdm@his-izz.be. Termijn : 15/06/18. Indiensttreding : 01/01/2019.

18033 ANTWERPEN - Centrum voor Medische Analyse is voor haar vestiging in Antwerpen op zoek naar een geneesheer PATHOLOOG (voltijds/deeltijds) met aantoonbare expertise in, of interesse in het ontwikkelen van de dermatopathologie. Meertaligheid is een pluspunt. Voor meer informatie kan u zich wenden tot Dr. Mervillie K. (Kris.Mervillie@cma.be; 03/2313689).

18028 LIMBURG - Het AZ Vesalius Bilzen-Tongeren zoekt een voltijds PNEUMOLOOG M/V. Info : dr. Alex Breugelmans, hoofddarts, tel. 012 39 75 04. Kandidatuur, CV en motivatiebrief naar de heer Yvan Vanbockryck voorzitter van de Raad van Bestuur, yvan.vanbockryck@outlook.com en aan dr. Alex Breugelmans, alex.breugelmans@azvesalius.be. Ook per post naar Hazelereik 51, 3700 Tongeren. Sollicitatie t.e.m. 21/06/18.

18027 AALST - Het Alg. Sted. Zh AV zoekt : (Cardio) ANESTHESIST, DERMATOLOOG, GERIATER, HEMATOLOOG, INTERNIST met bijzondere bewaking in de infectieziekten, klinisch CARDIOLOOG, MKA chirurg, NEUROCHIRURG, RADIOLOOG. Info : website www.asz.be/jobs. Tel. 053/764111

18018 SINT-NIKLAAS - Het St-Nikolaas Zh zoekt een voltijds arts-specialist in de ANESTHESIE-INTENSIEVE ZORGEN. Info : Dr J. De Smet, Med. Diensthoofd Anesth. 03/7602697, Dr P. Nieberding, Med. Dir. 03/7602752. Kandid. tot 6 weken na deze publicatie aan Dr P. Nieberding, Dhr K. Michiels, gedelegeerd bestuurder AZ Nikolaas – Moerlandstraat 1 – 9100 St-Niklaas of via www.aznikolaas.be.

18017 TONGEREN - AZ Vesalius zoekt een diensthoofd SPOEDGEVALLEN en 3 URGENTIEARTSEN. Arts-specialist in de urgentiegeneskunde of de acute geneeskunde. Uitstekende kennis van het ndls; frans is een +. Verdere info : dr Alex Breugelmans, hoofddarts, tel. 012397504, en dr Kurt Pelgrims, diensthoofd Spoedgevallen, tel. 012397428. Kandidatuur, CV en motivatiebrief : dhr Yvan Vanbockryck, voorzitter van de Raad van Bestuur, yvan.vanbockryck@azvesalius.be en aan dr Alex Breugelmans, alex.breugelmans@azvesalius.be. Of per post naar Hazelereik 51, 3700 Tongeren.

18015 DENDERMONDE - Vacature als resident RADIOLOGIE op de dienst Radiologie van AZ St.-Blasius Dendermonde. Contract van beperkte duur van 1 jaar (aanvang 01/08/2018).

De dienst bestaat uit 7 fulltime stafleden en is een erkende opleidingsplaats voor assistenten. De dienst beschikt o.m. over een 3T MRI-scanner. Correcte wachttregeling en verloning.

Bij interesse, gelieve contact op te nemen met Dr. H. Declercq, diensthoofd Radiologie, tel.: 0496/528043, hugo.declercq@gmail.com

SAVE THE DATE

RADIOPROTECTIE

Symposium met RIZIV- en FANC-accreditering

Zaterdag 22.09.2018

Koninklijke Bibliotheek

PROGRAMMA BINNENKORT BESCHIKBAAR OP WWW.VBS-GBS.ORG

Inhoudsopgave

• Medische verkiezingen verlengd tot 2 juli na technische problemen.....	1
• Realisaties van de TGR in de periode 2014-2018	5
• Dossier complexe kankerzorg:	
Commentaar VBS.....	7
Open brief Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen aan minister De Block	8
• Nomenclatuurwijzigingen.....	10
• Aankondigingen	10