De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

Verantwoordelijk uitgever : Dr. J.-L. Demeere
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
SPECIAAL NR. APRIL 2019
Afgiftekantoor: BRUSSEL X – Erk.nr. P918436

SPECIAAL NUMMER CHIRURGIE

Geachte Collega,

Met dit extra nummer van de Arts-Specialist willen we u verder informeren over de activiteiten van onze **Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen**.

De jongste tijd blijkt nog maar eens dat overheid, ziekenhuizen noch ziekenfondsen naar de mening van de chirurgen vragen wanneer ze plannen maken om het ziekenhuislandschap te wijzigen. De onderlinge verschillen binnen onze beroepsgroep worden door de overheid handig uitgespeeld om ons te verzwakken. Dat leidt ertoe dat sommige collega's zich minder gaan interesseren in de beroepsverdediging. Een doeltreffende behartiging van onze belangen is nu echter meer dan ooit aan de orde.

In het dossier van de centralisatie van oesophagus- en pancreaspathologie stelt onze beroepsvereniging duidelijk dat de centralisatie van oesophagus- en pancreaspathologie een logica is waar men niet omheen kan, maar wijst ze er tegelijkertijd op dat deze centralisatie volledig kan worden ingebed in de netwerken tussen de ziekenhuizen onderling. Deze netwerkvorming is in het Vlaamse landsgedeelte al voor een groot deel gerealiseerd en een verdere concentratie van pathologie zal zeker volgen. Door nu de vorming van ziekenhuisnetwerken echter van overheidswege op te leggen, probeert men zich te profileren in het medische landschap.

Verderop leest u waarom uw beroepsvereniging een verzoekschrift tot nietigverklaring van het KB op de laagvariabele zorg heeft ingediend

De laagvariabele zorg is een monster dat ingrijpt op onze zelfstandigheid. Het benadeelt zowel de zorgverlener als de zorgontvanger. Ook de endoscopie en de endochirurgische ingrepen hebben niet enkel onze aandacht, we vragen er ook daadwerkelijk nomenclatuuraanpassingen voor.

Eind 2019 worden opnieuw verkiezingen gehouden voor het Collegium Chirurgicum. Een 'reboost' is absoluut noodzakelijk.

In dit nummer kunt u o.m. de brief lezen die we aan de Belgische Kamerleden bezorgden, ons antwoord aan Kamerlid Ine Somers (Open VLD), die ons een – wellicht door een 'expert' voorgekauwd – antwoord had toegestuurd, en een overzicht van de redenen waarom onze beroepsvereniging een verzoekschrift tot nietigverklaring van het KB op de laagvariabele zorg heeft ingediend bij de Raad van State.

Met collegiale groeten,

Dr. Luc Haeck
Secretaris-Generaal

I. CENTRALISATIE SLOKDARM- EN PANCREASPATHOLOGIE

A. Brief Beroepsvereniging aan de Belgische Kamerleden

Kroonlaan 20 Av. de la Couronne- Brussel 1050 Bruxelles
BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES
VBS-GBS

Brussel, 25 januari 2019

Mevrouw de Volksvertegenwoordiger, Mijnheer de Volksvertegenwoordiger,

De Beroepsvereniging van Belgische Chirurgen is zeer bezorgd over de centralisatie van de ingrepen voor de pancreas en slokdarm, zoals deze werd voorgesteld door het RIZIV.

De aan de ziekenhuizen voorgelegde overeenkomst stelt voor deze aandoeningen hoge operatiequota (20 operaties per jaar) voorop, wat in België slechts haalbaar is voor 4 of 5 ziekenhuizen voor slokdarmpathologieën en 6 à 7 ziekenhuizen voor pancreaspathologieën.

Wij hebben onze opmerkingen reeds meermaals aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) en de bevoegde ministers bezorgd.

De NCAZ vergaderde hierover in september 2018, en in december werd het ontwerp afgerond. In de wijzigingen die werden aangebracht wordt haast geen rekening gehouden met onze opmerkingen. Bovendien werden de operatiequota zelfs nog verhoogd. In Wallonië zal enkel het universitair ziekenhuis (CHU) van Luik de vereiste quota halen!

Het lijdt geen twijfel dat dit soort chirurgie, met name de kwaadaardige (ernstige) pathologie, gecentraliseerd moet worden. De manier waarop deze centralisatie echter wordt uitgevoerd staat haaks op de realiteit. Er wordt in dit ontwerp geen onderscheid gemaakt tussen goedaardige en kwaadaardige pathologieën, terwijl de complexiteit van deze interventies wel degelijk verschilt.

Er is duidelijk sprake van een intentie om deze pathologieën overmatig te centraliseren en ziekenhuizen met een hoog activiteitenvolume te creëren, terwijl er voorheen geen beperkingen waren.

De internationale literatuur heeft dit streven naar centralisatie recent tegengesproken. In het *Journal of the American College of Surgeons* van juli 2018 verscheen een artikel over de jaarlijkse orgaanspecifieke mortaliteit in ziekenhuizen (AIHM Annual organ-specific adjusted In-Hospital Mortality). De

studie had betrekking op patiënten die tussen 2003 en 2011 werden opgenomen voor een operatie aan de blaas, slokdarm, pancreas, lever, long en rectum. In totaal werden niet minder dan **233 043** patiënten onderzocht.

Patiënten met een privéverzekering en de hoogste inkomens werden voornamelijk in grote ziekenhuizen geopereerd. Dit verschil is op zich al een oorzaak van ongelijke resultaten. In de Belgische argumentering wordt daar echter geen rekening mee gehouden.

Bovendien werden patiënten met een hoge co-morbiditeit (opeenstapeling van verschillende pathologieën) voornamelijk geopereerd in ziekenhuizen met een laag of gemiddeld volume.

Tussen 2003 en 2005 was de mortaliteit hoger in ziekenhuizen met een laag volume voor al de genoemde ingrepen. Tussen 2009 en 2011 namen de verschillen tussen lage, gemiddelde en hoge volumes echter af voor alle viscerale ingrepen.
De conclusie van deze Amerikaanse studie is dat de sterftecijfers van al deze zware operaties na verloop van jaren tussen de centra gelijk zijn.
Met andere woorden, naarmate de tijd verstreek, namen de verschillen in mortaliteit tussen deze operaties af, ongeacht het volume van het ziekenhuis waar de patiënt geopereerd werd, dit als gevolg van een verbetering van de behandeling, ongeacht het type instelling

In België heeft de PROCARE-studie aangetoond dat de resultaten van rectale chirurgie in de meeste ziekenhuizen gelijkwaardig zijn, wat wordt bevestigd door de AIHM-studie.

Als we de resultaten van de studie voor ons land extrapoleren, rijst de vraag welke fundamentele beweegredenen het opleggen van een dergelijke centralisatie rechtvaardigen. Op basis van onbestaande cijfers worden voorstellen uitgewerkt die absoluut niet legitiem zijn en waarvan het nut bovendien wordt tegengesproken door een recent grootschalig wetenschappelijk onderzoek.

De chirurgen die in onze kleine en middelgrote ziekenhuizen werken, hebben in deze domeinen een uitgebreide expertise nodig om hun specialisme onder de beste omstandigheden te kunnen beoefenen.

In België staat de toekomst van een volwaardige en efficiënte chirurgische opleiding op het spel. Het is te verwachten dat er in de toekomst chirurgen zullen worden opgeleid die geen zware operaties meer mogen uitvoeren en dus geen kwaliteitsvolle zorg meer kunnen bieden aan hun patiënten.

Concreet wil de Beroepsvereniging van chirurgen:

1. dat er een zekere centralisatie van deze pathologieën wordt doorgevoerd naar ziekenhuizen die over de nodige infrastructuur beschikken (opgenomen in het ontwerp);

2. dat de operatiequota worden verlaagd om de regionale ziekenhuizen in staat te stellen deze operaties uit te voeren;

3. dat er samenwerkingsprojecten tussen ziekenhuizen (zelfs van verschillende netwerken) kunnen worden opgezet om een bepaald (naar beneden toe herzien) volume te verkrijgen;

4. dat er na enkele jaren een objectieve evaluatie wordt uitgevoerd om te bepalen of het al dan niet gerechtvaardigd is om deze pathologieën in ons land te centraliseren.

Wij staan uiteraard tot uw beschikking om dit ontwerp met u of met een van uw medewerkers te bespreken.

Bij voorbaat dank voor uw aandacht.

Met de meeste hoogachting,

Dr. J.-L. Demeere President of the Federation of Belgian Professional Associations of Medical Specialists	Dr. L. Haeck Secretary General of the Belgian Professional Surgical Association Belgian delegate of the section of surgery UEMS	Dr. B. Mansvelt President of the Belgian Professional Surgical Association

I. CENTRALISATIE SLOKDARM- EN PANCREASPATHOLOGIE

B. Antwoord Beroepsvereniging aan Kamerlid Ine Somers

Brussel, 15.02.2019

Aan Mevr. Ine Somers

Geachte Mevrouw Somers

Wij hebben uw antwoord op ons schrijven in goede orde ontvangen. Sta ons toe hierover nog even met u te overleggen.
De regulering omtrent pancreas en oesophagus ingrepen werd ontworpen om de resultaten van weinig voorkomende tumoren optimaler te behandelen.
Men verwijst hierbij steeds naar de cijfers van het Kankerregister. Cijfers betreffen de periode 2008-2015.
De nomenclatuur die inbegrepen is behelst echter niet enkel maligne pathologie. Ook de benige pancreas- en oesophaguspathologie worden hiermee op dezelfde lijn geplaatst.
Dit zijn echter ingrepen die niet identiek zijn noch dezelfde uitkomst hebben. Daarenboven moeten in andere omstandigheden dan tumorale pathologie ingrepen aan pancreas en oesophagus worden uitgevoerd. Denken we aan ingrepen initieel bedoeld voor andere abdominale organen waarbij de pancreas of de oesophagus peroperatoir moet worden meebehandeld. Denken we bijvoorbeeld aan trauma's in die regio, zoals de transsectie van het corpus van de pancreas, distale maagtumoren met partiële ingroei van de pancreas, iatrogene oesophagusletsels enzovoort.
U beweert dat postoperatieve complicaties best in enkele centra kunnen worden behandeld. Veel postoperatieve complicaties zoals hemorragieën vergen echter een onmiddellijk ingrijpen. Transfer naar het centrum zal veel overlijdens veroorzaken.
Door het opleggen van dergelijke maatregelen wordt een deel van het chirurgisch arsenaal uit de handen van de degelijk opgeleide abdominale chirurg genomen.
Oncologische zorgprogramma's werden daarenboven niet opgestart om zich onledig te houden met benigne pathologie.

U verwerpt de studie van de ACS omdat dit enkel de in-hospital mortality betreft. Het kankerregister geeft de 30 en 90 dagen mortaliteit mee. Meestal verblijven patiënten met pancreas- en oesophagustumoren nogal lang in het ziekenhuis en is het overlijden meestal het gevolg van onmiddellijk postoperatieve complicaties.
U spreekt over transfers, maar dit lijkt ons bij in-hospital mortality niet van toepassing.
Voor de pancreastumoren was er trouwens in die studie (± 15 000 patiënten voor pancreas en ± 7 500 patiënten voor oesophagus) geen significant verschil tussen low volume, medium volume en high volume ziekenhuizen, voor oesophagustumoren was er geen significant verschil tussen medium volume en high volume ziekenhuizen, waarbij mediumvolume ziekenhuizen voor slokdarm mediaan slechts een tiental patiënten behandelden (van 5 tot 19).

U spreekt van een controle van de chirurgische uitkomst van pancreas- en oesophagustumoren. Waar blijft de controle over de niet-chirurgische behandeling van deze tumoren? Radiotherapie en chemotherapie zorgen immers voor een niet-geringe mortaliteit, maar vooral voor een enorme morbiditeit.
Wie zal en hoe zal men hier de resultaten controleren? Of heeft men het volste vertrouwen in de niet-chirurgische disciplines en worden enkel de chirurgen nauwlettend opgevolgd?
Na één jaar, wat de behandeling ook is, is de overgrote meerderheid van deze patiënten reeds overleden (pancreas: na 1 jaar 28% overleving, oesophagus na 1 jaar < 50% overleving). De vijfjaarsoverleving is bijna verwaarloosbaar.

U neemt de PROCARE-studie op de korrel omdat er een bias bestond omtrent de gegevens. Het was inderdaad een studie waar men op vrijwillige basis aan deelnam. Dit werd vooral in het Nederlandstalige deel van het land opgevolgd en op een correcte

basis. Het doel was een uniformering en verbetering van de behandeling van rectale tumoren, waar men dan ook is in geslaagd.

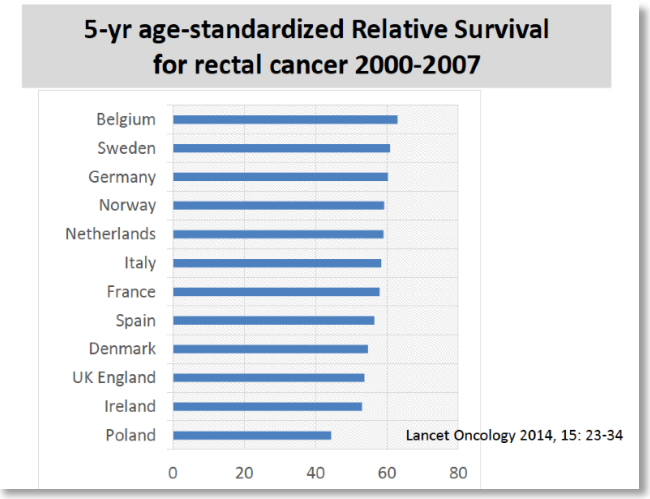
In een addendum vindt u een tweetal slides van prof. F. Penninckx, initiatiefnemer van de studie omtrent de resultaten van PROCARE. Zoals u ziet, is er een optimale 5 jaar overleving voor België.

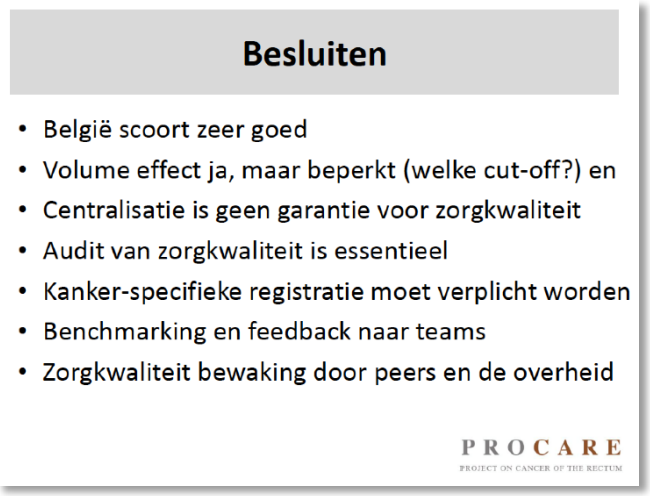
Het concentreren van zogenaamde zware pathologie past in het kader van de oprichting van de ziekenhuisnetwerken. De netwerken moeten de kans krijgen om zich te organiseren en op die manier een concentratie creëren van deze pathologie. Met andere woorden, men moet bottom-up te werk gaan. Het blindelings opleggen van regels door de overheid heeft een averechts effect. Zeker wanneer blijkt dat de experts hiervoor enkel een beperkt aantal universitaire collega's hebben.
Niet-universitaire collega's werden in extremis (drie dagen voor de vergadering) uitgenodigd op de allerlaatste bijeenkomst.
Meer dan 80% van de chirurgische ingrepen wordt uitgevoerd in een niet-universitaire omgeving.
De ziekenhuisnetwerken zijn zeker in staat om een correcte uitwerking van zware pathologie uit te werken (de chirurgische en niet-chirurgische zware pathologie).

Hoogachtend,

Dr. Luc Haeck
Secretaris-generaal

Dr.Baudouin Mansvelt
Voorzitter





I. CENTRALISATIE SLOKDARM- EN PANCREASPATHOLOGIE

C. Antwoord van minister Maggie De Block op parlementaire vragen d.d. 19.03.2019

[1]Minister Maggie De Block: "Mr. Frédéric, ik dank u voor uw vraag. U verwijst naar de brief van de Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen over de concentratie van complexe heelkundige ingrepen aan pancreas en slokdarm. Om uw vraag te kunnen beantwoorden, dien ik een aantal van de opmerkingen in de brief te corrigeren.

In artikel 5.2 van de overeenkomst wordt zeer duidelijk gesteld dat er voor complexe slokdarmoperaties twee mogelijkheden zijn om toe te treden: één ziekenhuis voert ten minste 20 ingrepen uit, of twee ziekenhuizen voeren elk ten minste 10 ingrepen uit in hetzelfde jaar nadat ze een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten.

Voor de pancreaschirurgie is een derde mogelijkheid toegevoegd: een ziekenhuis dat ten minste tien ingrepen uitvoert, heeft een samenwerkingsovereenkomst gesloten met twee verplegingsinrichtingen die in totaal ten minste 22 ingrepen hebben uitgevoerd in hetzelfde jaar.

Het aantal ziekenhuizen dat op die manier kan toetreden tot de overeenkomst voor de slokdarm wordt geschat op ongeveer 10 ziekenhuizen, waarvan 5 in Vlaanderen, 2 in Brussel en 3 in Wallonië voor 510 oesofagectomieën, in plaats van de huidige 52 ziekenhuizen.

Het aantal ziekenhuizen dat zich bij de overeenkomst voor de pancreas kan aansluiten, wordt geschat op ongeveer 14 ziekenhuizen, waarvan 9 in Vlaanderen, 2 in Brussel en 3 in Wallonië, voor 542 pancreaticoduodenectomieën, in plaats van 55 ziekenhuizen.

Bij het vaststellen van de criteria hebben we rekening gehouden met verschillende factoren. Om te beginnen hebben de experten op het gebied van pancreas- en slokdarmchirurgie geholpen om de criteria te bepalen die moeten gehaald worden om de kwaliteit voor de patiënt te waarborgen. De drempel van 20 ingrepen is volgens hen het absolute minimum om kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen. Sommigen vroegen om 40, maar dat zouden slechts twee centra in België zijn. Dat was onmogelijk.

De kwaliteit van de zorg hangt niet alleen af van de chirurg, maar ook van de volledige pre- en postoperatieve expertise. De concentratie van chirurgie mag niet leiden tot wachtlijsten. Daarom zijn de hierboven genoemde aanvullende, maar tijdelijke mogelijkheden voorzien om een vlotte overgang mogelijk te maken.

Uit de direct beschikbare groeicapaciteiten van de ziekenhuizen die nu minstens 20 ingrepen per jaar moeten uitvoeren blijkt dat het risico bestaat dat niet alle ingrepen – zoals eerder gezegd 510 voor de slokdarm en 540 voor de pancreas – uitsluitend in deze ziekenhuizen kunnen worden uitgevoerd. Om die reden zijn de toetredingscriteria zodanig aangepast dat ook twee ziekenhuizen met minstens tien ingrepen per jaar kunnen toetreden. Het is echter belangrijk dat zij vanaf 1 januari 2020 alle procedures in één ziekenhuis uitvoeren.

Er moet een optimale geografische spreiding zijn tussen de ziekenhuizen die tot deze overeenkomst toetreden.

Er bestaat een derde mogelijkheid om tot het akkoord voor de pancreas toe te treden, namelijk een ziekenhuis met meer dan tien ingrepen dat een verbintenis aangaat met twee andere ziekenhuizen, voor in totaal 22 ingrepen in hetzelfde jaar. Ook hier moet de centralisatie plaatsvinden voor 1 januari 2020.

Zoals reeds vermeld in het eerste punt, zit de complexiteit van deze behandeling niet alleen in de chirurgische ingreep zelf, maar ook in de uitgebreide pre- en postoperatieve expertise die beschikbaar is, onder meer om zeer snel de alarmsignalen te herkennen. Daardoor kunnen ook nieuwe, moeilijke ingrepen worden vermeden. Dit geldt trouwens ook voor zware ingrepen bij goedaardige pathologieën.

---

[1] Integraal verslag Commissie Volksgezondheid 19-03-2019 (http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/54/ic1059.pdf)

Tijdens de discussies over het opstellen van de overeenkomsten werden de cijfers van het Kankerregister met betrekking tot de sterfte binnen 30 dagen en 90 dagen in de Belgische ziekenhuizen meermaals becommentarieerd. Deze informatie is gebaseerd op de Belgische cijfers tot en met 2015. Uit de analyse bleek duidelijk dat de hoogvolumecentra (d.w.z. minstens 20 ingrepen per jaar) veel beter presteren dan de centra met minder ingrepen.

Wij wijzen er ook op dat het Kankerregister resultaten heeft gepresenteerd tijdens het internationale congres van de European Society for Medical Oncology in oktober 2018 in München, Duitsland. Overigens trekt het KC dezelfde conclusies in zijn rapporten en worden zijn aanbevelingen gevolgd door het Intermutualistisch Agentschap en de ziekenfondsen, door de patiëntenverenigingen, alsook de Stichting tegen Kanker.

De overeenkomsten voorzien in een nauwgezet toezicht op de kwaliteit en het volume door middel van de registratie en de resultaten van de procesindicatoren. Al deze gegevens worden transparant gemonitord in jaarverslagen en verbeterplannen. De resultaten zullen ook worden gepubliceerd op de website van het RIZIV.

Artikel 8 van het verdrag preciseert de inhoud van de eindevaluatie. Tegen 1 november 2021 zal tevens een tussentijds rapport worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Daarnaast is voorzien dat ook de ziekenhuizen aan een audit worden onderworpen, die door internationale experten zal worden gevalideerd.

De twee conventies werden unaniem goedgekeurd door de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en door de Overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen. De ziekenhuizen kunnen tot 31 maart 2019 hun kandidatuur indienen. De individuele overeenkomsten treden uiterlijk op 1 juli 2019 in werking.

Er is overigens voorzien in een overgangsperiode."

Samenstelling erkenningscommissies Heelkunde

Vlaamse Gemeenschap

Op voordracht van de BEROEPSVERENIGING:
DE CAT Marijke
BOONS Philip
DEDRYE Lieven
DEVRIENDT Dirk (voorzitter)
GYS Tobie
VAN SLYCKE Sam
VINDEVOGHEL Koen
WILLEMSEN Paul

Op voordracht GENEESKUNDEFACULTEITEN:
DE LEYN Paul
FOURNEAU Inge
VERMASSEN Frank
FRANCOIS Katrien
SIMOENS Christian
DEBING Erik
HUBENS Guy
RODRIGUS Inez

Franse Gemeenschap

Op voordracht van de BEROEPSVERENIGING:

Werkende leden	Plaatsvervangende leden
Dr. SCHILLACI Aude	Dr. MALVAUX Philippe
Dr. WEERTS Joseph (voorzitter)	Dr. VAZQUEZ RODRIGUEZ César
Dr. JORIS Marc	Dr. MEHDI Abdel
Dr. MANSVELT Baudouin	Dr. COLONVAL Philippe
Dr. LEBRUN Eric	Dr. HAXHE Jean-Paul
Dr. CORBISIER Fabrice	Dr. HERMAN Dominique

Op voordracht van de GENEESKUNDEFACULTEITEN:

Werkende leden	Plaatsvervangende leden
Dr. VERHELST Robert	Dr. REDING Raymond
Dr. LEONARD Daniel	Dr. LACROIX Valérie
Dr. CLOSSET Jean	Dr. VANDEN EYNDEN Frédéric
Dr. LOI Patrizia	Dr. CADIERE Guy-Bernard
Dr. QUANIERS Janine	Dr. DETRY Olivier
Dr. DEFRAIGNE Jean-Olivier	Dr. DURIEUX Rodolphe

II. LAAGVARIABELE ZORG

Redenen voor het indienen van een verzoekschrift tot nietigverklaring van het KB m.b.t. de laagvariabele zorg

1. In het Belgisch Staatsblad van 31 december 2018 werd het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019 bekendgemaakt door het RIZIV (koninklijk besluit houdende vaststelling, voor het dienstjaar 2019, van het globaal budget van het Rijk, zoals bedoeld in artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen). De vermelde bedragen zijn van toepassing voor alle opnames van een patiënt in een ziekenhuis die een aanvang nemen na 31 december 1018 en voor 1 januari 2020. *Rekening houdend met de formulering van artikel 7, laatste lid van de Wet van 19 juli 2018 werd dit bericht te laat gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.* Dit bericht diende immers vóór 1 december 2018 gepubliceerd te worden, terwijl dit nu pas gebeurd is op 31 december 2018.

2. Voordat het uitvoeringsbesluit (*in casu* de bestreden beslissing) van de Wet van 19 juli 2018 in het Belgisch Staatsblad werd gepubliceerd, moest het RIZIV al een omzendbrief rondsturen ter verduidelijking van de verdeling van het globaal prospectief bedrag per opname.

   Er moet bijgevolg nu reeds worden vastgesteld dat *de overheid de artsen en de ziekenhuizen heeft opgezadeld met een hervorming van de ziekenhuisfinanciering met grote consequenties voor de artsen, maar ook voor de ziekenhuizen.* Artsen en ziekenhuizen hebben niet de nodige tijd hebben gekregen om de toepassing van het nieuwe systeem grondig voor te bereiden.

3. Overeenkomstig de artikelen 31 en 32 Ziekenhuiswet is de regering ertoe gehouden om, vooraleer koninklijke besluiten uit te vaardigen die betrekking hebben op de financiering van ziekenhuizen, het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) in te winnen. Artikel 32 van de Ziekenhuiswet is hierin duidelijk: enerzijds verwijst artikel 32 uitdrukkelijk naar artikel 100 Ziekenhuiswet (en de Wet van 19 juli 2018 waarvan de bestreden beslissing het uitvoeringsbesluit is, verwijst op haar beurt naar Hoofdstuk VI van Titel III, van de Ziekenhuiswet waarvan artikel 100 Ziekenhuiswet deel uitmaakt); anderzijds stelt artikel 32 uitdrukkelijk dat de FRZV in het algemeen advies dient te verschaffen over alle problemen die zich in het kader van de Ziekenhuiswet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen.

   Het in dergelijke gevallen niet-inwilligen of, erger nog, het niet eens vragen van het advies van de FRZV houdt de miskenning in van een substantiële vormvereiste in de zin van artikel 14 van de Wet Raad van State, waarvan de niet-naleving kan worden ingeroepen tot staving van een verzoek tot nietigverklaring van de bestreden beslissing.

4. Naast het advies van de FRZV diende de bestreden beslissing ook voor advies te worden voorgelegd aan de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen.

   Artikel 100 Ziekenhuiswet bepaalt immers dat het budget van financiële middelen, overeenkomstig voorwaarden en regelen die nader door de Koning, bij in Ministerraad overlegd besluit, worden bepaald, eveneens kosten kan dekken die verband houden met de in artikel 102, 2°, a) tot en met e) van de Ziekenhuiswet bedoelde verstrekkingen aan patiënten die in een ziekenhuis worden opgenomen en er kunnen verblijven.

   Het advies van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen diende dan ook door verwerende partij gevraagd te worden. Dit is nochtans niet gebeurd.

Het koninklijk besluit van 2 december 2018 (= de bestreden beslissing) is om deze redenen in strijd met de artikelen 6 en 7, lid 2 van de Wet van 19 juli 2018. Het Verzekeringscomité heeft zich namelijk nooit kunnen uitspreken over het ontwerp van de bestreden beslissing zoals ze uiteindelijk werd gepubliceerd, terwijl er na de adviezen van het Verzekeringscomité van april en september 2018 nochtans substantiële wijzigingen aan de bestreden beslissing werden toegevoegd. *De adviezen van het Verzekeringscomité van april en september 2018 volstaan in casu geenszins. Een substantieel vormvoorschrift, zoals opgenomen in de artikelen 6 en 7 van de Wet van 19 juli 2018 werd derhalve geschonden*.

5. Schending van het recht op honoraria en het verbod op ereloondeling evenals het zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel:

   - artsen-specialisten zullen in bepaalde gevallen maar gedeeltelijk worden vergoed voor de door hen verrichte prestaties en dus geen volwaardig of correct honorarium krijgen voor de door hen verrichte prestaties;

   - artsen-specialisten zullen in bepaalde gevallen helemaal niet vergoed worden voor de prestaties die zij hebben verricht en dus helemaal geen honorarium krijgen voor de door hen verrichte prestaties;

   - voor bepaalde prestaties zullen artsen-specialisten hun honoraria moeten delen met collegae die helemaal geen prestatie hebben verricht, waardoor artsen die geen prestaties hebben verricht, wel een honorarium ontvangen;

   - bepaalde prestaties zullen onmogelijk toegewezen kunnen worden aan een bepaalde arts-specialist, waardoor opnieuw artsen die geen prestaties hebben verricht misschien wel een honorarium zullen ontvangen en omgekeerd artsen die wel prestaties hebben verricht misschien geen (volwaardig en correct) honorarium daarvoor zullen ontvangen.

   Door het nieuwe financieringssysteem van de laagvariabele zorg en vooral door daarin (via de bestreden beslissing) te voorzien in een berekeningsmethode op basis van de mediaan, wordt een duidelijke tendens gecreëerd naar verminderde zorg. Een eventuele niet-voorspelde behandeling zal immers niet langer vergoed worden waardoor, voor zover haalbaar, er voor de patiënt een zo goedkoop mogelijke oplossing zal worden toegepast, of waardoor, voor zover mogelijk, de zorgen uitgesteld zullen worden naar een later moment zodat deze dan niet onder de laagvariabele zorg moeten worden uitgevoerd.

6. De manier van opname veroorzaakt een discriminatie:

   Een arts-specialist die een patiënt opneemt na een doorverwijzing door de huisarts en/of een arts-specialist die een patiënt opneemt via een consultatie binnen of buiten het ziekenhuis (maar dus niet via spoed): deze arts-specialist mag voor zijn consultatie een honorarium aanrekenen

   Een arts-specialist die dezelfde patiënt opneemt via een consultatie op spoed: deze arts-specialist kan voor deze opname geen prestatie aanrekenen en dus geen honorarium krijgen omdat zijn prestatie gedekt wordt door het globaal prospectief bedrag.

III. ENDOSCOPISCHE NOMENCLATUUR

Brief Beroepsvereniging aan TGR

Kroonlaan 20 Av. de la Couronne- Brussel 1050 Bruxelles
BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES
VBS-GBS

Aan:
Dr. Jacques de Tœuf
Voorzitter Technische Geneeskundige Raad - RIZIV

Dr. Marc Moens
Secretaris-generaal VBS

Brussel, 15 januari 2018

Betreft: voorstel endoscopische nomenclatuur voor chirurgen

Geachte Collegae

Verwijzend naar onze brief van 27.09.2010 en die van het Koninklijk Belgisch Genootschap voor Heelkunde van 02.03.2011 (beide brieven als bijlage), willen wij nogmaals uw aandacht vragen voor de endochirurgie, die met rasse schreden wereldwijd ingang vindt. Voor de Belgische chirurgen is het schrijnend dat er in dit dossier, ondanks ons herhaaldelijk schrijven, geen oplossing geboden wordt.
De patiënten die het zich kunnen veroorloven vinden steeds meer de weg naar collega's die deze diverse technieken toepassen in hun dagelijkse praktijk. Wegens het gebrek aan nomenclatuur en aan een correcte vergoeding voor materiaal kunnen enkel patiënten die zelf de kosten betalen hiervan genieten. Onvermijdelijk krijgt men op die manier een geneeskunde met twee snelheden.
De corporatistische reflex bij de gastro-enterologen heeft er destijds voor gezorgd dat de endoscopie voor chirurgen niet toegankelijk is, waardoor België een uitzondering is ten overstaan van de meeste Westerse landen! Wij dringen er dan ook sterk op aan dat hiervoor op korte termijn een oplossing wordt uitgewerkt.

Concreet wordt de volgende nomenclatuur voorgesteld:

Betreffende de algemene endoscopische technieken die door de chirurg worden gebruikt pre- per- of postoperatief in relatie met de specifieke ingreep:

Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	K 106
Onderzoek van het rectum en van het sigmoïd of het colon tot de linkerhoek van het colon, door middel van endoscopie	K 40
Onderzoek van het colon tot de ileocaecale klep, door middel van endoscopie	K 141
Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie	K 200
Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie	K 150

Met de hierbij horende materiaalforfaits

Wat betreft de nieuwe chirurgische endotechnieken:

Endoscopische chirurgische gastroplastie middels flexibele endoscopie (voorwaarden: ziekenhuis met bariatrisch chirurgische ingrepen, BMI > 30 kg/m², multidisciplinair team (psycholoog – diëtist – endocrinoloog)) Duiding: de endoscopische gastroplastie met flexibele endoscoop is een nieuwe techniek in het behandelingsarsenaal van de bariatrisch chirurg. In de hele wereld is het de techniek bij uitstek die patiënten vroegtijdig, minimaal invasief, zonder littekens en in dagziekenhuis kan sparen van eventueel grotere heelkunde. Patiënten verliezen ongeveer 45 % van hun overgewicht na 1 jaar. Het doel is de negatieve spiraal van gewichtstoename te doorbreken. De ingreep is 100 % omkeerbaar.	N500 materiaalforfait: 2500
Transgastrische/transorale/transvaginale extractie van de galblaas middels flexibele endoscopie Duiding: hybride NOTES (laparoscopie + natural orifice) is in opmars. Het verwijderen van de galblaas tijdens vb. een gastric bypass procedure doorheen de maagpouch is handig, snel en geeft minder wondproblemen. Bij de hybride transvaginale cholecystectomie zijn minder pijn, sneller herstel en minder wondproblemen beschreven. Dit is weliswaar geen standard care, maar de incidentie zal wel toenemen in de toekomst in geselecteerde casussen.	N400 materiaalforfait: 600
Hybride Transvaginale/Transrectale hemicolectomie links voor benigne pathologie: Duiding: Het concept NOSE (Natural Orifice Specimen Extraction) bestaat al langer en wordt momenteel dagelijks gebruikt. De idee is om een groot specimen via natuurlijke weg te extraheren en zo het transabdominale trauma te beperken. Hier zijn de resultaten zeer veelbelovend en succesvol (minder pijn, sneller herstel, minder wondinfecties). Zo kan een linkercolon/sigmoïd voor vb. diverticulaire ziekte zowel transrectaal als transvaginaal geëxtraheerd worden met combinatie van (mini-)laparoscopie.	N 650 materiaalforfait conform huidig forfait
Transmuraal (full thickness) verwijderen (pre-)maligne poliep in de gastro-intestinale tractus middels flexibele endoscopie met simultane minilaparoscopie en endoluminaal sluiten van het defect	N500 materiaalforfait: 2000
Slokdarmdilatatie na stenose t.g.v. vroegere slokdarmheelkunde (bv. slokdarmatresie)	N300 materiaalforfait: 600
Peroperatieve endo-echografie van het kleine bekken ter behandeling van fistels of bekkenbodeminstabiliteit	N 400 materiaalforfait 75

Uiteraard zijn wij ter beschikking voor verder dialoog hieromtrent en kunnen de chirurgen die deze ingrepen frequent uitvoeren u verder informeren over deze technieken.

Met collegiale groeten,

Dr. Luc Haeck
Secretaris-generaal

Dr. Baudouin Mansvelt
Voorzitter