

VBS JAARVERSLAG 2012
Dr. Marc Moens
Secretaris-Generaal

Een giftige mutualiteitspil

Brussel
02.02.2013

INHOUD

1. Activiteitenverslag.....	1
1.1. Interne vergaderingen en publicaties.....	1
1.2. VBS-symposia.....	1
1.3. De VBS-website.....	3
2. VBS-vertegenwoordiging.....	4
2.1. Binnenlandse representatie.....	4
2.1.1. MedicaNorm.....	4
2.1.2. Geneesmiddelen en chronische zorg.....	4
2.1.3. Mdeon.....	7
2.1.4. FAGG – Traceerbaarheid van implantaten.....	8
2.1.5. Vlaamse Gemeenschap.....	9
2.1.5.1. Inleiding.....	9
2.1.5.2. Structureel overleg.....	9
2.1.5.3. Themavergaderingen.....	10
2.1.5.4. Referentiekader voor psychiatriediensten.....	11
2.1.5.5. Vernieuwde ziekenhuisinspectie en eisenkader.....	12
2.1.5.6. Colloquium over de afstemming van het aanbod aan artsen in Vlaanderen.....	16
2.1.6. MaNaMa.....	16
2.1.7. VBS-contacten met de Orde van Geneesheren.....	18
2.1.8. Contacten tussen het VBS, de BVAS en de afdelingen van de BVAS.....	18
2.1.9. VBS-contacten met een afvaardiging van de VASO.....	19
2.1.10. Confocus.....	19
2.2. Buitenlandse representatie.....	20
2.2.1. MS-7.....	20
2.2.2. UEMS.....	20
2.2.3. FEMS.....	22
2.2.4. CPME - WMA - EFMA.....	23
3. Hersamenstelling Erkenningscommissies en Hoge Raad van geneesheren- specialisten en huisartsen.....	24
4. Politiek.....	26
4.1. Inleiding.....	26
4.2. Gemeenteraadsverkiezingen, partijpolitiek en gevolgen voor de gezondheidszorg.....	27
4.3. Artsen en hun perceptie van de politiek.....	30
4.4. Het euthanasiedebat.....	32
4.5. De niet-conventionele praktijken.....	33
5. Akkoord artsen-ziekenfondsen 21.12.2011.....	35
5.1. Opvolging akkoord 21.12.2011.....	35
5.2. Afsluiting akkoord 2013-2014.....	37
5.2.1. Treiterende mutualiteiten sturen onze patiënten – hun leden – naar de arbeidsrechtbank.....	37
5.2.2. De medico-mut in pillenoorlog met minister Onkelinx.....	39
5.2.3. Wat we zelf besparen, besparen we beter.....	40
5.2.4. BVAS-conflict met de wetgever leidt tot blokkade van werking medico-mut.....	43
5.2.5. Beter laat dan nooit.....	45
5.3. De accreditering.....	46
6. Juridische procedures.....	49
6.1. Vorderingen die ingeleid werden in 2012.....	49

6.1.1. KB van 28.06.2011 tot wijziging van het KB van 21.04.1983 en het MB van 09.09.2011	49
6.1.2. Decreet meldingsplicht risicovolle medische praktijken.....	50
7. In vogelvlucht	53
7.1. Plastische chirurgie	53
7.2. Radiotherapie-oncologie.....	55
7.3. Nucleaire geneeskunde	55
7.4. En nog zoveel meer.....	55
8. Besluit	56

1. ACTIVITEITENVERSLAG

1.1. Interne vergaderingen en publicaties

Het uitvoerend bestuur is sinds de algemene vergadering van 04.02.2012 dertig maal in de lokalen aan de Kroonlaan 20 te 1050 Brussel bijeengekomen op maandagmiddag. Van elke vergadering werd een verslag opgemaakt.

Na 36 jaar actief te hebben deelgenomen aan de activiteiten van het VBS, achtereenvolgens als penningmeester van de beroepsvereniging van kinderartsen vanaf 1976, als voorzitter van het VBS van 1987 tot 2000, als effectief lid van het bestuurscomité en als lid van het uitvoerend bestuur van 2001 heeft Dr. Jacques MERCKEN zich om leeftijdsredenen niet opnieuw verkiesbaar gesteld op de algemene vergadering van februari 2012. Tijdens de vergadering van het bestuurscomité van 22 maart 2012 werd hij gehuldigd. Bij die gelegenheid heeft Prof. Jacques GRUWEZ met zijn bekende taalvirtuositeit een bondige schets gegeven van de carrière van Dr. Jacques MERCKEN¹.

Het bestuurscomité is sinds de algemene vergadering van 2012 zesmaal bijeengekomen met een wisselend aantal deelnemers.

In 2012 werden 5 traditionele nummers en 4 speciale nummers van ons tijdschrift "De Geneesheer-Specialist" op papier gepubliceerd. Tezelfdertijd heeft het VBS 69 nummers van zijn e-specialist verstuurd. Deze elektronische nieuwsflashes worden naargelang hun specifieke inhoud naar de leden van de desbetreffende beroepsverenigingen gemaild.

1.2. VBS-symposia

Sinds de viering van het 50-jarig bestaan van het VBS in 2004 wordt de jaarlijkse algemene vergadering gekoppeld aan een symposium. Het thema van de vergadering sluit altijd dicht aan bij een van de hete hangijzers van het moment. Het jaarlijkse symposium van 4 februari 2012, "*De autonomie van de specialist en haar limieten...*", werd ondanks de barslechte weersomstandigheden bijgewoond door 274 deelnemers. Toch was het nog even bibberen toen een van de sprekers 's morgens telefonisch verwittigde dat hij iets later zou arriveren, omdat zijn trein door de sneeuwval was afgelast.

Op 10 maart 2012 heeft het VBS voor het tweede jaar op rij een symposium georganiseerd dat specifiek op de kandidaat-specialisten gericht was, met als titel "Wegwijzer voor de kandidaat-specialist...". Het adagio "oefening baart kunst" werd bij deze bevestigd. Deze tweede editie kende ongetwijfeld meer succes dan het proefproject van 2011. In 2012 was het deelnemersveld jong en hoofdzakelijk samengesteld uit vierdejaars masterstudenten, assistent specialisten in opleiding (ASO's) en pas erkende arts-specialisten. In 2011 werd een afzonderlijke sessie

¹ De toespraak van Prof. Jacques Gruwez ter gelegenheid van de huldiging van Dr. Jacques Mercken werd gepubliceerd in De Geneesheer-Specialist nr. 3 van mei 2012.

georganiseerd voor de Nederlandstalige en Franstalige ASO's. In 2012 werd daar van afgezien.

Ook na de 6^{de} staatshervorming blijft het grootste deel van de specialistische gezondheidszorg nog federaal. Daarom besliste het bestuur de Nederlandstalige en Franstalige ASO's samen uit te nodigen. Een dergelijk symposium is een ideale gelegenheid om nader met elkaar kennis te maken. We organiseren ondertussen de volgende sessie voor ASO's van 9 maart 2013. De titel wordt "*Uit de startblokken als arts-specialist*". Zoals op 10 maart 2012 zal deze sessie opnieuw plaatsvinden in de zaal Jacques Brel van de Brussels 44 Center in de Passage 44.

Het VBS richt zijn aandacht niet alleen op de ASO's en beginnende specialisten, maar helpt uiteraard ook de specialisten die tijdens hun carrière lid zijn geweest van de beroepsvereniging met hun specifieke vragen en problemen. Allicht mede in het licht van de fiscale maatregelen die beslist werden door de regering DI RUPO, krijgt het VBS de laatste maanden steeds vaker vragen van collega's die het einde van hun professionele carrière in zicht hebben. Hoe kan de professionele vennootschap na het pensioen nog nuttig gebruikt worden? Hoe kan het opgebouwde patiëntenbestand geëvalueerd worden wanneer de praktijk overgelaten wordt aan een jongere collega? Wat doe ik met mijn archieven als ik mijn privépraktijk niet kan overlaten aan een jongere collega? In welke mate en op welke manier kan men nog professioneel actief zijn na zijn 65^{ste}? Het VBS bereidt daarom een symposium voor op 25 mei 2013 met als titel "In het zicht van de professionele eindmeet".

In 2011 en 2012 heeft het VBS zich opgeworpen als de organisator bij uitstek van symposia over het thema "radioprotectie". In samenwerking met het FANC² heeft het VBS hierover in 2011 en 2012 telkens twee vergaderingen georganiseerd. Samen genomen woonden meer dan 1.600 deelnemers deze vier vergaderingen bij. Voor de eerste drie sessies dienden de inschrijvingen voortijdig te worden stopgezet wegens het bereiken van de maximumcapaciteit van de zaal. De nood aan permanente vorming inzake radioprotectie bij de artsen-connexisten was immers immens groot. Heel wat collega's hadden ongeveer tien jaar geleden hun vergunning verkregen om ioniserende stralen te mogen gebruiken in hun praktijk.

Hoewel de wetgeving heel vaag is over het aantal uren en de inhoud van deze permanente vorming, moeten de artsen die ioniserende stralen gebruiken toch een permanente vorming van universitair niveau kunnen aantonen. Voor artsen voor wie het gebruik van ioniserende straling een intrinsiek onderdeel van hun specialisme uitmaakt stelde dat geen enkel probleem, maar wel voor artsen-connexisten. Zoals in 2011 heeft Dr. Bart DEHAES, lid van het bestuurscomité van het VBS, als vertegenwoordiger van de beroepsvereniging van nucleaire geneeskunde, ook in 2012 actief meegewerkt aan het samenstellen van het programma en de organisatie. De sessie van 13 oktober 2012 werd afgestemd op enkele nieuwe onderwerpen die door het FANC in 2012 onder de aandacht werden gebracht. Na de debriefing met het FANC op 13 november 2012 werd beslist, de eerstkomende jaren althans, geen bijkomende sessies meer van algemene aard over radioprotectie te organiseren.

Het overgrote deel van de collega's heeft ondertussen van het FANC bericht gekregen dat hun vergunning werd verlengd. Het is de bedoeling om in de toekomst

² Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle.

in samenwerking met het FANC en de beroepsverenigingen vooral vergaderingen te organiseren die specifiek georiënteerd zijn op bepaalde specialismen. Sinds 2011 werkt de Belgische beroepsvereniging van urologen in het kader van de BAU³ mee aan specifieke sessies over radioprotectie in de urologie. Het item radioprotectie wordt als basisonderwerp in een van de permanente werkgroepen behandeld. De beroepsvereniging van cardiologen overweegt om in 2013 een specifieke sessie te organiseren waarbij het accent zal gelegd worden op de te respecteren veiligheidsmaatregelen in het cathlab.

De huidige wettelijke bepalingen over de permanente vorming in de radioprotectie die moet aangetoond worden zijn heel vaag. In overleg met de verschillende beroepsgroepen werkt het FANC aan een nieuwe, meer concrete reglementering.

1.3. De VBS-website

De VBS-website is een belangrijke informatiebron voor specialisten, maar het bestuur stelde vast dat door de loop der jaren de website een kluwen was geworden dat niet meer beantwoordt aan de huidige standaarden. Het is niet altijd gemakkelijk om de gewenste informatie terug te vinden, omdat er door de chronologische opeenstapeling van elementen onvoldoende samenhang is. Dat wreekt zich op het gebruiksgemak. In overeenstemming met het contract met webmaster Geolens werd vóór 30 juni 2012 het contract opgezegd mits een opzegtermijn van 6 maanden. Het eenmansbedrijf Geolens, dat sinds vele jaren het beheer van de VBS-website heeft verzekerd, is technisch gezien niet mee geëvolueerd met de nieuwste standaarden. Dit bleek al vlug toen we in 2011 een proefproject toevertrouwden aan masterstudenten toegepaste informatica van de HUB⁴. Hoewel dit proefproject uiteindelijk niet kon worden geconcretiseerd, heeft het wel de aanzet gegeven tot een grondige invraagstelling van onze website en werden onze verwachtingen voor een nieuwe website in 2012 gedefinieerd.

In juni en juli 2012 werden een aantal webfirma's gecontacteerd, die hun project voorstelden. In september werd een contract getekend met de firma Trynisis⁵. Het was de bedoeling om ter gelegenheid van de algemene vergadering van vandaag, 2 februari 2013, de nieuwe website te kunnen voorstellen. Helaas bleek het opmaken van de inhoudsboom van de website door de equipe van het VBS een moeilijker en tijdrovender opdracht dan aanvankelijk werd ingeschat. Geolens heeft aanvaard om het beheer van de VBS-website nog gedurende enkele bijkomende maanden te verzekeren. In de nabije toekomst zullen de interne diensten van het VBS de mogelijkheid hebben om zelf elektronische berichten te versturen naar de leden zonder via de webmaster te moeten passeren. In de nieuwe website zullen de beroepsverenigingen elk een specifieke ruimte ter beschikking krijgen om te communiceren met hun leden.

³ BAU- Belgian Association of Urology,

⁴ Hogeschool-Universiteit Brussel

⁵ Trynisis, Louisalaan 137, 1000 Brussel

2. VBS-VERTEGENWOORDIGING

2.1. Binnenlandse representatie

2.1.1. MedicaNorm

In 2011 besteedde MedicaNorm verschillende vergaderingen van zijn stering committee aan het op punt stellen van de statuten van een vzw waarin zijn activiteiten zouden worden ondergebracht. MedicaNorm heeft tot doel opleiding te geven aan artsenbezoekers. In deze opleiding komen volgende aspecten aanbod: ziekenhuismanagement, farmacologie, farmacovigilantie, geneesmiddelen en sociale zekerheid in België, Evidence Based Medicine en Medical Environment.

Het was de bedoeling in januari 2012 de laatste hand te leggen aan de vzw-statuten. Begin januari 2012 heeft Pharma.be echter meegedeeld dat het niet langer wenste deel te nemen aan dit project. Op 14 februari 2012 heeft Prof. Dr. Leo NEELS, algemeen directeur van Pharma.be, in een onderhoud met Dr. Jean-Luc DEMEERE en Mevrouw Fanny VANDAMME in de lokalen van het VBS, deze beslissing nader toegelicht. Er werden hoofdzakelijk financiële redenen ingeroepen om niet verder mee te werken. Pharma.be besliste zelf een gelijkaardige opleiding te organiseren, aan betere financiële voorwaarden voor de deelnemers, onder meer door intensiever gebruik te maken van e-learning. Bepaalde onderdelen van de MedicaNorm-opleiding werden door Pharma.be als overbodig ervaren omdat de internationale moederverenootschappen de Belgische afdelingen al verplichten om de aspecten farmacovigilantie en farmacologie intern te organiseren. Deze twee onderdelen van de MedicaNorm-opleiding zijn dus eigenlijk dubbelop. Er werd afgesproken dat Pharma.be het VBS op de hoogte zou houden van eventuele verdere ontwikkelingen, maar er werd niet verder meer over gecommuniceerd. Gezien het afhaken van Pharma.be werd voorlopig afgezien van het oprichten van een onafhankelijke vzw-structuur voor MedicaNorm.

In de loop van 2012 heeft het stering committee de nodige aandacht besteed aan het opstellen van een code of conduct en werden er drie opleidingssessies gegeven, die werden bijgewoond door een 200-tal deelnemers. Eén van deze sessies stond open voor de verschillende farmaceutische firma's. De sessies van juni en augustus werden specifiek op maat georganiseerd van de firma's Lundbeck en Takeda. Dr. Jean-Luc DEMEERE doceert er namens het VBS het onderdeel ziekenhuismanagement.

2.1.2. Geneesmiddelen en chronische zorg

Prof. Francis HELLER blijft op het niveau van het VBS de expert op het vlak van de geneesmiddelen. We besteedden er in ons vorig jaarverslag uitvoerig aandacht aan⁶. In 2012 is hij actief gebleven binnen het *Bureau van toezicht op de geschreven*

⁶ "Eu: to live and let die" VBS Jaarverslag 2011, 04.02.2012, punt 2.2. "Geneesmiddelen"

communicatie onder de auspiciën van Pharma.be. Een 60-tal nieuwe dossiers werden onderzocht.

Collega HELLER nam ook trouw deel aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur van het IFEB⁷. Deze organisatie ondervindt enige moeite om nieuwe activiteiten te ontwikkelen. Een aantal traditionele klanten betoonden geen interesse meer voor de door IFEB ingezamelde gegevens over in publieke apotheken afgeleverde geneesmiddelen en haakten af.

Wegens professionele redenen zag Dr. Paul VAN DURME zich midden 2012 genoodzaakt om zijn functie als lid van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen bij het RIZIV ter beschikking te stellen. Nog vooraleer de kandidatuur van Prof. HELLER werd ingediend, heeft hij als ondervoorzitter actief deelgenomen aan de consensusvergadering van 10 mei 2012 over de *“Doelmatige medicamenteuze aanpak bij preventie en bij behandeling van cerebrovasculaire pathologieën in de eerstelijnsgezondheidszorg”*.

De CPME⁸ werd uitgenodigd om een commentaar te formuleren over een nota met als titel *“Use of Unlicensed and Off-label medicines”* die haar werd voorgelegd door de *“European Alliance for Acces to Safe Medicines”*⁹. In deze studie werd gevraagd naar een advies omtrent het verzamelen van informatie over de bijwerkingen van off-label voorgeschreven geneesmiddelen. De CPME consulteerde hieromtrent Prof. Francis HELLER en formuleerde diens commentaren. In dit kader benadrukte Prof. Francis HELLER onder meer dat de regelgevende instanties voor de terugbetaling van de geneesmiddelen uiteraard het definiëren van de doeltreffendheid en veiligheid van een geneesmiddel als opdracht hebben, maar dat ze zich niet mogen inlaten met het definiëren van de deskundigheid of de beroepstitel waarover artsen zouden moeten beschikken om dergelijk geneesmiddel voor te schrijven. Dit is een taak voor onafhankelijke professionele en wetenschappelijke adviseurs.

Jammer genoeg wordt binnen de Commissie voor tegemoetkoming van geneesmiddelen (CTG) deze werkwijze nogal eens misbruikt als hefboom om de voorschrijfvolumes te beperken. In 2012 ontstond heel wat heisa omtrent de voorwaarden waaronder Gilenya®, een geneesmiddel voor de behandeling van multiple sclerose, mag worden voorgeschreven. De terugbetalingsvoorwaarden werden zo geformuleerd dat alleen neurologen werkzaam in universitaire centra Gilenya® mogen voorschrijven. Op die manier overschrijdt het RIZIV zijn wettelijke competentie. De CTG begeeft zich immers op het bevoegdheidsdomein van de FOD Volksgezondheid, waar de Hoge Raad de erkenningscriteria van de verschillende specialismen vastlegt.

Binnen de CTG beschikken de artsen numeriek slechts over een minderheidspositie. Dat is de reden waarom Prof. Francis HELLER al in 2011 gepleit heeft voor een modernisering van de werking van de CTG. De mutualiteiten, en vooral de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten die er al jarenlang de plak zwaait, verzetten zich tegen de door de artsen gevraagde andere aanpak.

⁷ IFEB – Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België vzw, Archimedesstraat 11 te 1000 Brussel

⁸ Comité Permanent des Médecins Européens

⁹ Afgekort: EAASM

In het verlengde van haar Kankerplan heeft Laurette Onkelinx in september 2008 het programma "Prioriteit aan de chronische zieken" gelanceerd. In 2012 werd het bestaande "*Raadgevend comité voor chronische ziekten*" omgedoopt tot "*Observatorium voor chronische ziekten*". De voorzitter van dit observatorium is Prof. Dr. Jean-Pierre BAEYENS, secretaris van de Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de geriatrie. Hij heeft zijn visie over de nieuwe aanpak van de chronische ziekten toegelicht tijdens ons symposium van 02.02.2013, dat plaatsvond voorafgaand aan de statutaire algemene vergadering van het VBS.

Het wetenschappelijk comité van het Observatorium voor de chronische ziekten, waar Prof. Francis Heller deel van uitmaakt, is gevraagd om een advies uit te brengen over een nota van het KCE over de chronische ziekten¹⁰. In deze studie wijst het KCE op de steeds nijpender behoefte aan een systeem voor de globale aanpak van de chronische ziekten. Men gaat steeds meer de richting op van een behandeling waar niet zozeer in termen van ziekten wordt gedacht, maar waar naar de noden van de patiënt op diverse niveaus wordt gekeken: biologisch, psychologisch, sociaal, geestelijk en medisch. De filosofie is aangepast. Men behandelt geen ziekte meer; men behandelt een behoefte. Het accent wordt gelegd op teamwork tussen de zorgverstrekkers met de bedoeling de patiënt zelfstandiger en meer verantwoordelijk te maken. Het KCE heeft 20 aanbevelingen op papier gezet. Het wetenschappelijk comité van het Observatorium moet in zijn advies zeggen wat hiervan nuttig is. Het moet ook een volgorde van prioriteiten vastleggen.

Prof. Heller heeft specifiek de aandacht gevestigd op de vierde aanbeveling van het KCE, die luidt dat de patiënt in de toekomst zal moeten aanvaarden dat hij afziet van de vrije artskeuze. Deze vrije keuze maakt plaats voor een zorgteam. De patiënt treedt in contact met een team. De vraag rijst echter in welke mate deze aanbeveling verenigbaar is met artikel 5 van de rechten van de patiënt¹¹. In de kern van het systeem bevindt zich de huisarts, aan wie hoofdzakelijk een beheerderstaak is toegewezen. De arts-specialist komt slechts tussen in acute situaties. Het KCE-verslag beveelt aan dat een ziekenhuisopname van de patiënt in de mate van het mogelijke moet worden vermeden. Dient die aanbeveling de rechten van de patiënt of schuilt daar een onderliggende "Economy Based Medicine" achter?

In die ruime context vertegenwoordigde Prof. Francis HELLER het VBS op 26 oktober 2012 tijdens het colloquium "*10 jaar patiëntenrechtenwet - Stand van zaken en perspectieven*" dat de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu organiseerde in samenwerking met de federale Commissie "Rechten van de patiënt".

Met Prof. Francis HELLER en de dokters Johan BOCKAERT en ondergetekende, die als voorzitter van de accrediteringsstuurgroep in het discussiepanel zat, was het VBS-bestuur ook goed vertegenwoordigd op het symposium "*10 jaar NRKP: Bilan en Perspectief*", dat het RIZIV op 6 december 2012 organiseerde in het Auditorium Pacheco in Brussel.

¹⁰ KCE Reports 190A. "Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België". 10.12.2012.

¹¹ Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS van 26.09.2002)

2.1.3. Mdeon

Het jaar 2012 ging onder gunstige voortekenen van start. Dr. Bernard MAILLET en Prof. Francis HELLER namen als VBS-vertegenwoordigers op 14 februari 2012 deel aan de algemene vergadering van Mdeon. Beiden noteerden met genoegen een versoepeling van de houding van Mdeon in een aantal thema's die bij de oprichting aanleiding hadden gegeven tot felle discussies. Het gaat onder meer om een aantal dossiers i.v.m. de verlenging van het verblijf op eigen initiatief en de hulp die kan aangeboden worden door farmaceutische firma's bij de organisatie van het verblijf ter plaatse.

Op 17 juli 2012 werd ondergetekende uitgenodigd door Mdeon om het standpunt van het VBS en de BVAS nader toe te lichten met betrekking tot de uitbreiding van de leden van Mdeon. Op de algemene vergadering van 14 februari 2012 werd de Federatie van de Belgische Podologen - Fédération Belge des Podologues (FBP) unaniem onthaald als lid. De ziekenhuiskoepels maken tot nu toe geen deel uit van Mdeon. Richard VAN DEN BROECK, directeur van Unamec¹² en eerste ondervoorzitter van Mdeon, wenste ook de vertegenwoordigers van ziekenhuizen actief te betrekken bij Mdeon. Op die manier wou hij vermijden dat bedrijven nog langer onder druk zouden worden gezet (sommige Unamec-bedrijven spraken zelfs van chantage) om belangrijke kortingen toe te kennen of allerlei evenementen te moeten sponsoren binnen de ziekenhuizen of ziekenhuisgroeperingen. VBS en BVAS geloven niet in dergelijke strategie en zijn gekant tegen de opname van de ziekenhuiskoepels in Mdeon. De ziekenhuizen zijn trouwens zelf helemaal geen vragende partij om toe te treden tot Mdeon. Waarom zouden ze?

In september 2012 heeft Mdeon een perscampagne¹³ opgestart met een cartoon waarbij twee skiërs de piste afglijden. In de tekstballonnen zegt de ene: "Tof congres (Il est bien ce congrès)", waarop de andere vraagt: "Wat moeten we ook weer voorschrijven (On doit prescrire quoi encore)?" Daaronder staat de slogan: "Mdeon, do the right thing".

Met deze cartoon schildert Mdeon opnieuw het imago van artsen die slechts deelnemen aan een congres als daar een plezierreisje aan wordt gekoppeld, betaald door een farmaceutische firma, en dan als tegenprestatie om het even wat voorschrijven. Deze cartoon van Kroll is zes jaar oud en het is onbegrijpelijk dat Mdeon ook nu nog het imago naar voor schuift van de mercantiele, veel voorschrijvende en profiterende artsen. Het is ontgoochelend dat Mdeon zes jaar na het opstarten van dit zelfregulerende initiatief nog steeds zo'n negatieve perceptie heeft van de artsengemeenschap. Indien deze praktijken nog welig zouden tierden, dan kan men vragen stellen bij het nut van Mdeon.

Het is jammer dat de vertegenwoordigers van de artsenorganisaties en van de farmaceutische industrie binnen de raad van bestuur van Mdeon ingestemd hebben met deze campagne die van een ontoelaatbaar slechte smaak getuigt. Als artsen al afgeschilderd worden als profiteurs, dan is dat slechts mogelijk als farmaceutische firma's bereid zijn hun rijkdom met gulle hand uit te strooien.

¹² Unamec: the Belgian Association for producers and/or distributors of medical devices.

¹³ Een eerste artikel over de campagne die gelanceerd werd met een postkaart met de bewuste cartoon, verscheen in het tweemaandelijks blad "De Specialist", 12-9 van 07.11.2012.

Het VBS heeft zijn verontwaardiging over deze campagne meegedeeld aan Mdeon. Een kopie van dit schrijven werd ook overgemaakt aan de medische pers. Het antwoord van Mdeon is ontgoochelend. Volgens de voorzitter, Dr. Thomas ORBAN, en de directeur van Mdeon, Mevrouw Stephanie BRILLON, zou het VBS de boodschap achter de cartoon niet begrepen hebben. Bovendien hoeven volgens hun brief de twee skiërs niet noodzakelijk artsen te zijn. Het zou ook om tandartsen of dierenartsen kunnen gaan, want die beroepsgroepen schrijven ook geneesmiddelen voor. Alsof de modale Belg spontaan aan tandartsen en dierenartsen denkt als hem zou worden gevraagd wie er geneesmiddelen voorschrijft!

De verstrengde reglementering, de economische crisis en de steeds weerkerende en toenemende besparingsmaatregelen in de geneesmiddelensector hebben de sponsoring van wetenschappelijke vergaderingen door farmaceutische firma's flink doen slinken, wat een onmiddellijke invloed heeft op de omzet van Mdeon. Om die vermindering van zijn inkomsten te compenseren, probeert Mdeon dan ook zijn oog te laten vallen op de niet-visumplichtige manifestaties.

Op de volgende algemene vergadering van Mdeon zullen het VBS en de BVAS voorstellen om het budget voor artsonvriendelijke perscampagnes te weigeren. Ook vragen we onze vertegenwoordigers om, bij twijfel over een campagne, hun achterban te raadplegen vooraleer ze een beslissing nemen.

2.1.4. FAGG¹⁴ – Traceerbaarheid van implantaten

Op 3 december 2012 werd door het FAGG een Ronde Tafel georganiseerd met betrekking tot de traceerbaarheid van de implanteerbare medische hulpmiddelen. Het VBS werd er vertegenwoordigd door Prof. René VERDONK en Dr. Jacques THIERY voor de beroepsvereniging orthopedie, door Prof. Frank VERMASSEN en Dr. Koen DELOOSE voor de beroepsvereniging chirurgie en door Dr. Ludo GEERTS voor de beroepsvereniging oftalmologie. De VBS-vertegenwoordigers waren enigszins ontgoocheld over het verloop van de vergadering, omdat ze zich hoofdzakelijk beperkte tot een eenvoudige voorstelling van de organisatie voor de toekomst. Het FAGG heeft grootse plannen wat de ondersteuning via informatietechnologie betreft. Sinds meer dan 20 jaar hebben sommige beroepsverenigingen, waaronder de beroepsvereniging voor orthopedie, geijverd, voor een efficiënt systeem van traceerbaarheid van implantaten. Heel die periode werd dat opzet nogal stiefmoederlijk bekeken. De beroepsverenigingen hebben hun medewerking toegezegd aan Minister L. ONKELINX om zo snel mogelijk een plan inzake de traceerbaarheid uit te werken. Er werd echter nog geen datum vastgelegd voor een vervolgvergadering.

Naar aanleiding van het PIP¹⁵-schandaal, dat begin januari 2012¹⁶ in alle hevigheid losbarstte, had minister ONKELINX al in februari een ad-hoc werkgroep

¹⁴ FAGG: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

¹⁵ PIP: het Franse merk Poly Implant Prothèse, dat fraudeerde door industriële silicone in zijn borstprothesen te gebruiken met onder meer scheuren en lekkage tot gevolg.

¹⁶ "RTL-TV/ 'Reporters' aborde le scandale des prothèses PIP. Au nom de tous les seins". Le Soir, 03.02.2012.

samengeroepen. Toen quasi tezelfdertijd in het buitenland^{17, 18} en nadien in juli 2012¹⁹ ook in België, problemen met kunstheupen onder de aandacht van de media werden gebracht, werd het werkveld verruimd tot alle inplanteerbare medische materialen. Het is natuurlijk erg jammer dat, ondanks de herhaalde vraag van onder meer de orthopedisten om implantaten op lange termijn via een elektronische registratie te kunnen opvolgen, de overheid maar wakker schiet als het onheil is gebeurd.

2.1.5. Vlaamse Gemeenschap

2.1.5.1. Inleiding

Het luik staatshervorming van het Vlinderakkoord, afgesloten op 11 oktober 2011, voorziet in een accentverschuiving van de macht van het federale niveau naar de gemeenschappen. Dhr. Peter HANNES, kabinetsmedewerker van Staatssecretaris voor Staatshervorming en Regie der gebouwen, Servais VERHERSTRAETEN, heeft het luik van de gezondheidszorg toegelicht tijdens het symposium "Welke geneeskunde anno 2013?", dat de algemene vergadering van het VBS van 02.02.2013 voorafging.

2.1.5.2. Structureel overleg

De traditionele contacten met Minister Jo VANDEURZEN, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, in het kader van het structureel overleg met de artsenorganisaties, vonden plaats op 20 maart, 12 september en 20 december 2012. Sinds maart 2012 vinden deze vergaderingen plaats in het Ellipsgebouw, de nieuwe stek van Jo VANDEURZEN, in de Albert II-laan te Brussel, dicht bij de kabinetten van de andere Vlaamse excellenties.

Deze overlegvergaderingen werden afwisselend bijgewoond door Dr. Johan BOCKAERT, Prof. Jacques GRUWEZ, ondergetekende en Mevr. Fanny VANDAMME, of een combinatie van hen, al naargelang de agenda van eenieder. De voorbije jaren waren de behandelde agendapunten hoofdzakelijk gericht op de eerstelijnsproblematiek, waar de specialisten uitdrukkelijk van uitgesloten zijn²⁰, de preventieve geneeskunde en de bevolkingsonderzoeken. De voorbije maanden is echter een kentering merkbaar geworden en wordt er vooruitgekeken naar de nieuwe bevoegdheden die naar de Vlaamse Gemeenschap zullen worden overgeheveld.

Aanvankelijk werd in heel vage termen gesproken over deze dossiers. Niemand op het kabinet VANDEURZEN wist immers welke inhoud diende gegeven te worden aan deze nieuwe bevoegdheden. Naast de definiëring van het kwaliteitskader - de erkennende en toezichthoudende bevoegdheid die nu al bij de gemeenschappen

¹⁷ "Na PIP implantaten nu ook problemen met kunstheupen". Het Nieuwsblad, 31.01.2012.

¹⁸ De Amerikaanse firma DePuy haalde al in 2010 bepaalde kunstheupen van de markt wegens risico op kobalt- en chroomvergiftiging en ontsteking.

¹⁹ "Weer een slecht implantaat, weer weinig informatie". De Standaard, 05.07.2012 over het kunstheupenmerk Smith & Nephew.

²⁰ Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders; BS 20.04.2004

berusten - wordt in het kader van de zesde staats hervorming ook de normerende bevoegdheid overgeheveld naar de gemeenschappen. De programmering en de financierende bevoegdheid blijven echter federaal. Dit zal in de komende jaren ongetwijfeld nog aanleiding geven tot hoogoplopende discussies. Voor de Vlaamse ziekenhuisartsen is dit echter de voorbode voor een zeer donkere periode. Als men weet dat de federale gezondheidszorg functioneert in een gesloten budget krijgt men de indruk dat de artsen loslopend wild zijn geworden. De ziekenhuizen, die nu al af te rekenen hebben met een structurele onderfinanciering, zullen meer dan ooit hun pijlen richten op de honoraria van de geneesheren.

In Vlaanderen zal dit sneller en harder duidelijk worden dan in de Franstalige ziekenhuizen, want als voorproefje van dit financiële steekspel werd de deelnemers aan het overleg van 20 maart 2012 duidelijk gemaakt dat de Vlaamse Gemeenschap de intentie heeft om de accreditering van de ziekenhuizen uit te besteden aan private accrediteringsorganisaties, zoals het NIAZ²¹ of het Amerikaanse JCI²². Deze organisaties zouden belast worden met de doorlichting van de functionele organisatie van de ziekenhuizen. Prof. J. GRUWEZ merkte daarbij op dat dit heel wat geld zal kosten aan de ziekenhuizen, die nu al te kampen hebben met een structureel financieringstekort.

2.1.5.3. Themaverzamelingen

Naast deze traditionele overlegmomenten heeft het VBS deelgenomen aan een aantal specifieke themaverzamelingen.

Dr. Hilde VAN HAUTHEM, kinderarts, heeft namens het VBS deelgenomen aan de vergadering van 8 februari 2012, waarbij de concepttekst over de **organisatie van de preventieve gezinsondersteuning** ter discussie lag. Het is de bedoeling om alle preventieve hulpverlening rond gezinnen met kinderen efficiënter te organiseren, te centraliseren en beter op elkaar af te stemmen. Zowel de huisartsen als de kinderartsen zullen betrokken worden bij dit project. De huisartsen die moeten voldoen aan strenge criteria qua opleiding zullen worden aangeduid door de huisartsenkringen. Het is nog niet duidelijk hoe de kinderartsen zullen worden geselecteerd. Aan deze vergadering werd spijtig genoeg geen vervolg gebreed.

Op 10.02.2012 nam Prof. Jacques GRUWEZ deel aan de overlegvergadering over de **Vlaamse Hospitalisatieverzekering**. De Vlaamse overheid heeft de bedoeling om de financiële toegankelijkheid van de zorg te garanderen, zoals ingeschreven in het Vlaamse regeerakkoord 2009-2014. Om de kosten onder controle te houden, wenst de Vlaamse overheid de nodige afspraken te maken met de gezondheidsactoren op het terrein. Deze Vlaamse hospitalisatieverzekering moet een antwoord bieden op de noden van gehospitaliseerde patiënten, waarbij wordt uitgegaan van een hospitalisatie in tweepersoonskamers of pas ontslagen patiënten. Met dit punt van het Vlaamse regeerakkoord in het achterhoofd hebben de Vlaamse politieke partijen ongetwijfeld met veel enthousiasme hun steun betuigd aan Laurette

²¹ NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

²² JCI Joint Commission International

Onkelinx en haar wet van 27 december 2012²³ over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Op donderdag 17 januari 2013 organiseerde de Vlaamse overheid een eerste algemene overlegvergadering met de bedoeling “een geïntegreerde beleidsimpactanalyse over de implementatie van de bevoegdheidsoverdrachten ten gevolge van de zesde staatshervorming” op te stellen. “Dit zal de vorm aannemen van een groenboek waarin een aantal mogelijke scenario’s zullen worden uitgewerkt over de integratie en het beheer van deze nieuwe Vlaamse bevoegdheden.”²⁴ De Vlaamse regering heeft de intentie haar nieuwe bevoegdheden maximaal te benutten. De normerende bevoegdheid zal gemaximaliseerd worden, terwijl de financiële implicaties van deze normerende bevoegdheid zullen geminimaliseerd worden (als ze al niet gewoonweg ontkend worden). De bewijslast dat de nieuwe normering niet financieel neutraal is legt de Vlaamse overheid bij de federale overheid, onder het paraplu-excuus dat de financierende bevoegdheid vooralsnog een federale materie blijft.

Op 21 januari 2013 heeft Dr. Michel VANDENBROUCKE, voorzitter van de beroepsvereniging geriatrie, deelgenomen aan de overlegvergadering rond het thema **ouderenbeleid**

Mevrouw F. Vandamme heeft zich alvast opgegeven om deel te nemen aan de werkgroep **erkenning van artsen**. Ter gelegenheid van de vergadering van 17 januari 2013 deelde Dr. Dirk DEWOLF, adjunct-kabinetschef van Minister Jo VANDEURZEN, over deze volledig nieuwe bevoegdheid voor de gemeenschappen terloops mee dat ze zich in deze materie hebben laten voorlichten door een expert ter zake, Prof. Wilfried DE BACKER van de Universiteit Antwerpen.

Indien de Vlaamse gemeenschap haar inspiratie exclusief gaat halen bij universiteitsprofessoren, valt het ergste te vrezen voor de vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen en voor de toekomstige ASO’s. Gezien het antagonisme tussen de universiteiten en het beroep omtrent de opleiding, is het perfect voorspelbaar dat in deze materie een eenzijdig universitaire visie wordt gepromoot. Prof. Wilfried DE BACKER is van mening dat specialisatie identiek is met een theoretische master na master en dat de beroepsopleiding tot specialist een louter universitaire studie is en thuishoort bij Pascal SMET (SP.A), Vlaams minister van Jeugd, Onderwijs, Gelijke Kansen en Brussel in de Vlaamse Regering-Peeters II.

2.1.5.4. Referentiekader voor psychiatriediensten

Ter gelegenheid van de overlegvergadering van 20 maart 2012 werd minister Jo VANDEURZEN geïnterpelleerd over het gebruik van het begrip “psychiatrietijd” naar aanleiding van een audit van een psychiatrisch ziekenhuis door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Op 28 juni 2012 werd naar aanleiding van deze interpellatie een eerste overlegvergadering georganiseerd met het werkveld, waaronder het VBS, de

²³ Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. 31.12.2012.

²⁴ Uit de uitnodiging van minister Jo Vandeurzen tot de overlegvergadering van 17 december 2012.

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, vertegenwoordigd door Dr. Marc HERMANS, het VAS²⁵, de VVP²⁶, vertegenwoordigd door Prof. Dr. Geert DOM, en de VVAPZ²⁷. Het VBS en het VAS werden respectievelijk vergezeld door de Drs. André VEREECKEN en Luc RENIER. Het door de Zorginspectie gehanteerde referentiekader bij de audit is volstrekt onbekend voor de zorgverstrekkers in het werkveld. Nochtans werden hierover al in 2009 een aantal contactmomenten georganiseerd.

Voor de gecontroleerde ziekenhuizen waren de gevolgen van deze audit niet min. Zij dreigden hun erkenning te verliezen indien de vastgestelde "non-conformiteit" inzake de "psychiatrietijd" per patiënt niet werd verholpen binnen de toegekende termijn. De aanvankelijke houding van de Vlaamse Gemeenschap was ronduit cynisch. Op basis van het door de Vlaamse overheid gecreëerde eisenkader stelt zij zware bijkomende eisen aan de psychiatrische ziekenhuizen, waarvoor geen enkele financiering is voorzien. En dus argumenteert de Vlaamse administratie dat zij, via dit Vlaamse eisenkader, de psychiaters en hun ziekenhuizen een instrument in handen geeft om bij de federale overheid bijkomende financiering af te dwingen. Is dat een usurperende bevoegdheid²⁸, of is het gewoon de factuur doorschuiven van de Vlaamse naar de federale overheid? Maar dat is eigenlijk een pleonasme.

Gezien de economische situatie is het een utopie te verwachten dat de federale overheid hiervoor bijkomende middelen zou vrijmaken. De vastgestelde non-conformiteit, die gestoeld is noch op een Vlaamse, noch op een federaal gepubliceerde norm, wordt onder invloed van VBS en VAS voorlopig geherkwalificeerd als een tekortkoming.

Op 15 januari 2013 vond een tweede overlegvergadering plaats. Er werd overeengekomen dat het werkveld een globaal kwaliteitskader zal schetsen, waarbij niet alleen aandacht wordt geschonken aan het takenpakket van de psychiater, maar ook van de andere gezondheidswerkers. Een volgende ontmoeting is gepland op 17 september 2013. In deze overgangperiode zullen de federaal vastgelegde criteria gehanteerd worden als de minimale kwaliteitscriteria. Het is immers niet realistisch om zo'n kwaliteitskader uit te werken waarvoor op het terrein de financiële middelen ontbreken.

2.1.5.5. Vernieuwde ziekenhuisinspectie en eisenkader

De Vlaamse ziekenhuisinspectie controleert de erkennings- en werkingsnormen. Deze normen zijn gebaseerd op federale wetteksten, zoals het KB van 23 oktober

²⁵ VAS: Vlaams Artsensyndicaat

²⁶ VVP: Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

²⁷ VVAPZ: Vereniging van de Vertegenwoordigers van Artsen verbonden aan de Psychiatrische Ziekenhuizen.

²⁸ Sinds februari 2012 door de Vlaamse media meestal "fantoombefoegdheden" genoemd. In het kader van de staatshervorming zijn bevoegdheden overgeheveld van het federale niveau naar de gewesten en de gemeenschappen, maar de financiering gebeurt vaak nog op federaal niveau. Zou de federale regering die financiering om besparingsredenen schrappen, dan zou ze daarmee de deelregeringen (de Vlaamse, de Waalse, de Brusselse, de Franse gemeenschapsregering en of de Duitstalige gemeenschapsregering) voor een bestuurlijk dilemma plaatsen, tenzij ze financieel gecompenseerd worden, maar dan vindt er geen bezuiniging plaats.

1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, en de ziekenhuiswet (KB van 10 juli 2008, Hoofdstuk III), maar ook op de normen die de erkenningen voor specifieke praktijken definiëren, zoals vb. hartchirurgie en pediatrie chirurgie. Oorspronkelijk had de ziekenhuisinspectie niet als opdracht de kwaliteit van de ziekenhuisgeneeskunde te controleren, maar alleen toe te zien op de naleving van de wettelijke voorschriften.

Sinds 2003 bestaat in Vlaanderen een kwaliteitsdecreet²⁹. De Vlaamse regering organiseert het toezicht op de naleving van de bepalingen van dit decreet en van zijn uitvoeringsbesluiten. Een aantal kwaliteitsprocessen kunnen tot op heden worden opgestart op basis van nader te omschrijven vrijwillige projecten.

Onder impuls van Jo VANDEURZEN, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, spoort het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (VAZG) de Vlaamse ziekenhuizen actief aan om zich te laten accrediteren, hetzij door het Amerikaanse JCI (Joint Commission International), hetzij door het NIAZ (het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Het VAZG van de Vlaamse Overheid heeft in 2012 het initiatief genomen om de totaliteit van wetteksten en reglementen binnen een functioneel kader te coördineren en te structureren. Het VAZG zal vanaf 2013 overgaan tot een nieuw inspectiemodel voor de Vlaamse ziekenhuizen. De visitaties worden vervangen door een “nalevingstoezicht” en een “systeemtoezicht”.

Vanaf 1 maart 2013 zullen er onaangekondigde nalevingstoezichten worden georganiseerd op basis van vooraf opgestelde criteria op structuur-, proces- en resultatenniveau.

Het VAZG zal in 2013 starten met het zorgtraject van de chirurgische patiënt. Later zullen er nog een reeks andere zorgtrajecten aan bod komen: moeder en kind (met indicatoren rond keizersnede, borstvoeding en aanpak van kindermishandeling); orthopedie (met indicatoren rond o.a. transfusiegraad en tijdigheid van de zorg); cardiologie (met indicatoren rond o.a. secundaire preventie en mortaliteit); oncologie (met indicatoren rond o.a. borstkanker) alsook ziekenhuisbrede indicatoren in verband met het aantal heropnames, patiëntervaringen, handhygiëne, enz.

Vanaf 2014 zal er ook gestart worden met systeemtoezicht. Dat zal aangekondigd zijn en de ziekenhuisbrede implementatie nagaan van kwaliteitsborgende maatregelen (strategie, beleid, veiligheidsmanagement, structuren, processen, interne controles,...). Een ziekenhuis wordt vrijgesteld van dit systeemtoezicht indien het bezig is met zijn accreditatieproces of wanneer het geaccrediteerd is.

In principe is het al dan niet deelnemen aan een proces van accreditering een vrije keuze, maar het is duidelijk dat als een Vlaams ziekenhuis niet op de accrediteringsboot zou springen, het zichzelf uit de markt prijst. Het Vlaamse enthousiasme is enigszins verbazingwekkend, want een studie van het KCE toonde in 2008 aan dat er geen duidelijke betere outcome is voor de patiënten³⁰.

²⁹ Decreet van 17.10.2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (B.S. 10.11.2003; Ed. 1)

³⁰ Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa, KCE reports 70A, 2008.

De dienst “Zorg en Inspectie” (Z.I.) zal de ziekenhuizen en medische praktijken op basis van objectieve criteria en in volledige transparantie inspecteren.

Om dit eisenkader te schrijven, heeft het VAZG een beroep gedaan op zijn juristen en zijn administratie, en op deskundigen van de KUL en de UG. Het opgestelde document werd nadien voorgelegd aan een stuurgroep die bestond uit ziekenhuisdirecteurs, vertegenwoordigers van de beroepssector van artsen (VBS) en verpleegkundigen (VVOV³¹), universiteitsprofessoren en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen. Het comité heeft vervolgens de definitieve tekst geredigeerd. Deze tekst is een tabel met 5 kolommen, achtereenvolgens getiteld *Norm*, **verduidelijkte norm*, *Nuancering norm*, *Bijkomende eis*, *Streefwaarde/nulmeting*, *Bronvermelding*. We lezen *nuancering norm*: deze normen zijn de functionele toepassing van de normen. Zo schrijft de norm bijvoorbeeld voor dat elke patiënt een dossier heeft en dat de bevoegde zorgverlener dit moet kunnen raadplegen. De functionele toepassing luidt dat het dossier beschikbaar moet zijn in de ziekenhuisdienst waar de patiënt verblijft.

Naast deze normen heeft de stuurgroep specifieke criteria goedgekeurd, bijvoorbeeld voor hygiëne en voor zorg. Hierbij vinden we ook guidelines van het beroep, zoals de Safety First van de anesthesisten en praktische aanbevelingen. Deze *bijkomende eisen* vloeien voort uit de toepassing van het kwaliteitsdecreet uit 2003. De *streefwaarde* is het cijfer dat zou moeten worden gehaald in het kader van dit kwaliteitsdecreet. We kunnen spreken van compliance. Voor de onderstreepte normen moet de compliance 100 % zijn en is de tolerantie nul, aangezien deze normen wettelijke vereisten zijn.

Zorg & Inspectie zal onaangekondigde controles uitvoeren om de opvolging van het eisenkader na te gaan. Nadien zal van elke controle een verslag worden gemaakt, dat door het ziekenhuis binnen een bepaalde termijn kan worden aangevochten. Vervolgens zal een definitief verslag worden opgesteld. Het model van het verslag en de items zijn gestandaardiseerd, wat een garantie is voor transparantie en een zekere mate van objectiviteit. Bij een tweede inspectie zal gekeken worden of de corrigerende maatregelen wel genomen werden. Als dat niet het geval is, volgt een derde inspectie en kunnen er sancties komen. De nagestreefde transparantie is ook nieuw. De verslagen zullen online verschijnen en dus openbaar zijn. In het eisenkader Operatiekwartier heeft het agentschap de *bijkomende eisen* inzake de Safe Surgery Check List (SSCL) opgenomen.

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid heeft van zijn kant in 2012 een SSCL-platform om SSCL in de Belgische ziekenhuizen ingang te doen vinden. De FOD stelt voor een contract af te sluiten met de ziekenhuizen (Contract 2013 Safe Surgery: “Zelfevaluatie van het Thema Safe Surgery”). Dit project past in het kader van het contract kwaliteit en patiëntveiligheid 2013, met een meerjarenplan van 2013 tot 2017. Net zoals de stuurgroepen is het SSCL-platform samengesteld uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijke en professionele organisaties van

³¹ VVOV: Vereniging van Vlaamse Operatie Verpleegkundigen

artsen (VBS) en van verpleegkundigen (VVOV en AFISO³²). Het platform wordt geleid door Dhr. Christiaan DECOSTER³³,

Basisprincipe is een kwaliteitsproces (niet het decreet), dat ofwel door middel van een accreditering van het ziekenhuis wordt gevalideerd, ofwel via het door de FOD Volksgezondheid voorgestelde model, dat berust op het Europese model EFQM³⁴ of enig ander model. Binnen dit kwaliteitsproces zal elk ziekenhuis worden uitgenodigd om een zelfevaluatie uit te voeren op basis van een vragenlijst. *“Door deze zelfevaluatie zal men zich een beeld kunnen vormen van de gerealiseerde verbeteringen en op zoek gaan naar knelpunten”* (verslag september 2012). Het model EFQM van het thema Safe Surgery bestaat uit domeinen, die op hun beurt in items zijn ingedeeld. De gekozen domeinen zijn: het strategisch belang van het thema; interne en externe partijen die betrokken zijn bij het thema; kennis, vaardigheden en professionele expertise m.b.t. het thema; impact van het thema op de managementstructuur en het managementsysteem van het ziekenhuis en op de kwaliteit van de zorg; doelmatig beheer van de middelen; implementering; meten van de doelmatigheid. Deze vragenlijst voor zelfevaluatie moet de knelpunten blootleggen, zodat er corrigerende maatregelen kunnen worden genomen. Na de zelfevaluatie zijn minstens drie corrigerende maatregelen te verwachten. Het strategische doel is een optimalisatie van de SSCL tegen 2017.

Op die manier zijn het eisenkader enerzijds en het (gefinancierde) kwaliteitscontract van de FOD anderzijds actief op hetzelfde terrein. Men kan zich terecht de vraag stellen op welke manier dat allemaal moet geharmoniseerd worden, maar het is wel zo dat het Vlinderakkoord van 11.10.2011 in een regionalisering of communautarisering van de bevoegdheden voorziet. De eisenkaders vormen een synthese van de teksten, een objectieve omschrijving van de normen, een methodische controle, bieden totale transparantie en zijn een kwaliteitsinitiatief waarmee de tekortkomingen kunnen worden gecorrigeerd. Ze bestaan al voor het zorgtraject van de chirurgische patiënt, maar ze zijn ook in de maak voor de psychiatrie en voor de moeder-kindtrajecten. De FOD Volksgezondheid werkt aan een meerjarenplan, dat een uitnodiging is om zich ertoe te verbinden om in ieder ziekenhuis met het kwaliteitsproject van start te gaan.

Dit model is toepasbaar in de twee gemeenschappen. We merken dus een cultuurverschil tussen Noord en Zuid, maar ook verschillen in de procedure, de structuren, de strategie en het resultaat. Zal de geneeskunde van vóór het Vlinderakkoord en zonder overheveling van bevoegdheden nog sterker verschillen na de bevoegdheidsoverdrachten? De vraag dringt zich op.

Gezien de gewaardeerde inbreng van het VBS in het kader van het nieuwe inspectiemodel als het eisenkader voor de chirurgische patiënt werd het VBS nu eveneens uitgenodigd voor het zorgtraject dat zal uitgewerkt worden voor de internistische patiënt en de kritieke diensten. Dit traject omvat de volgende onderdelen: verblijfsafdeling voor interne geneeskunde en niet-chirurgisch

³² AFISO: Association francophone des infirmières de salle d'opération de Belgique

³³ Christiaan Decoster is directeur-generaal van het Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

³⁴ EFQM: European Foundation for Quality Management

dagziekenhuis, spoed en MUG, intensieve zorg, sterilisatie van endoscopisch instrumentarium en de ziekenhuisapothek. De eerste overlegvergadering is gepland op 6 februari 2013.

2.1.5.6. Colloquium over de afstemming van het aanbod aan artsen in Vlaanderen

Op 29 november 2012 organiseerde Minister Jo VANDEURZEN een symposium i.v.m. de problematiek van de afstemming van het aanbod aan artsen in Vlaanderen. De KU Leuven-professoren Rob VAN DEN OEVER, Bernard HIMPE en Jan De LEPELEIRE voerden het woord. Er werden geen spectaculaire stellingen verkondigd.

Dr. Luc DECLERCQ, secretaris van de Belgische reumatologenvereniging bij het VBS en sinds 25 september 2012 voorzitter van de VAS-afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant, en Mevr. Fanny VANDAMME namen deel aan de werkgroep internationale mobiliteit. Ook minister Jo VANDEURZEN was aanwezig in die werkgroep, die geleid werd door Prof. em. Dr. Walter MICHIELSEN van de Universiteit Gent, ondervoorzitter van de Nationale raad van de Orde van Geneesheren, en tevens actief lid van de VLIR³⁵. Hij is er voorzitter van de interuniversitaire commissie "Gelijkwaardigheid diploma arts". Het stoort de VLIR buitenmatig dat er bij de beoordeling van de gelijkwaardigheid van het diploma van arts geen taalexamen Nederlands kan worden afgenomen van EU-onderdanen.

Minister Jo VANDEURZEN stond ervan versted dat de toegang tot de studie geneeskunde in Vlaanderen gebaseerd is op het principe van een examen in plaats van op een "wedstrijd", waarbij alleen de best geklasseerde deelnemers de studies van arts mogen aanvragen. Alles is nochtans beter dan de anarchie die heerst in de Franse Gemeenschap, waar een onbeperkte toegang tot de studies geneeskunde bestaat. Het gevolg is meer studenten het diploma van arts behalen in verhouding tot het aantal RIZIV-nummers dat in het kader van de numerus clausus beschikbaar is.

Minister Jo VANDEURZEN was onwetend over het feit dat Vlaamse (en Belgische) studenten de toegang tot het beroep van arts moet geweigerd worden omwille van de wettelijke quota, terwijl deze quota niet gelden voor artsen uit de EU die naar België immigreren, er specialiseren en er zich naderhand vestigen. Binnen de Vlaamse Gemeenschap zal gezocht worden naar een mogelijkheid om deze immigratie enigszins te beperken. In het kader van het kwaliteitsdecreet zal de Vlaamse Gemeenschap onderzoeken of het mogelijk is taalvereisten op te leggen aan artsen die in Vlaanderen praktijk willen voeren. Om op kwalitatieve wijze de geneeskunde te kunnen beoefenen lijkt het de Vlaamse overheid niet meer dan normaal dat de arts het Nederlands machtig is.

2.1.6. MaNaMa ³⁶

In de vergadering van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen van 29.03.2012 stelde de voorzitter, Dr. Dirk CUYPERS, met instemming van de

³⁵ VLIR: Vlaamse Inter Universitaire Raad.

³⁶ Master Na Master

vergadering, een beperkte paritaire werkgroep samen om na jaren uit het MaNaMa-moeras te geraken. De werkgroep bestond uit drie universitaire vertegenwoordigers en drie vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen, volgens eigen inzicht intern te verdelen over de taalrollen.

De vergaderingen vonden op drie avonden in mei plaats: 2, 14 en 30 mei 2012, onder voorzitterschap van Dr. Dirk CUYPERS, in de lokalen van de FOD Volksgezondheid. Aan universitaire kant namen Prof. Georges RORIVE (Université de Liège), Prof. Patrick DE COSTER (algemeen directeur CHU UCL Mont-Godinne – Dinant) en Prof. Wilfried DE BACKER (UZ Antwerpen) (op 14.05.2012 vervangen door Prof. Brigitte VELKENIERS, VUB) deel. Aan de kant van de beroepsverenigingen namen voor de BVAS Prof. Francis HELLER (op 30.05.2012 vervangen door Dr. Guy BERGIERS) en ondergetekende deel en voor het ASGB Dr. Luc DIRIX.

Drie luiken werden uitgewerkt: de definitie, de praktijk en de evaluatie van de opleiding. Het eindverslag werd op 05.07.2012 voorgelegd aan de Hoge Raad en mits een kleine technische opmerking goedgekeurd, min één tegenstem.

Aan Vlaamse kant horen we dat de MaNaMa vooralsnog geen succesverhaal is geworden. Ten gevolge van een (voorlopig) onvoldoende quotering op de visitatie door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) van de MaNaMa specialistische geneeskunde aan de Gentse Universiteit, gaf Dr. Martine DE VOS, professor gastro-enterologie, op 21.12.2012 haar ontslag als voorzitter van de opleidingscommissie van de masteropleiding specialistische geneeskunde. Zoals ook bleek uit onze contacten in 2009³⁷ over de MaNaMa op de VLIR³⁸ en in 2010-2011 met de RUZB³⁹ was Prof. Martine DE VOS één van de “believers” van het eerste uur. Het draagvlak voor dergelijk systeem blijkt echter nog onvoldoende groot. Vlamingen zijn bovendien geen Nederlanders. Vlaamse artsen (en onderwijzensen, want hetzelfde virus woedt ook daar zeer hardnekkig) verkiezen nog steeds hun tijd in zorg en degelijk onderwijs te stoppen, liever dan in eindeloze controlesystemen en herhalingen van pseudokennis die weinig met het “vak” maken hebben.

De “Can-Meds”, die sinds begin 1990 vanuit het Canadese Royal College hun opgang maakten en in Europa tot inspiratie dienden, hebben na een kwarteeuw al flink wat van hun glans verloren. Allicht heeft men ingezien dat de perfecte arts/specialist - huisarts in opleiding niet bestaat en ook niet maakbaar is. Perfectie nastreven is een ideaal, maar onbereikbaar. Binnen ± 5 jaar zal de Vlaamse minister VANDEURZEN en zijn inspectieploegen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid vaststellen dat de huidige rage van ziekenhuisaccreditering ook geen perfecte ziekenhuizen kan opleveren. Het zal ondertussen alleen ongelooflijk veel tijd, moeite en (door de artsen zelf te betalen) geld hebben gekost hebben. Wat niet belet dat we ervan overtuigd blijven dat alle mogelijke realistische manieren van ondersteuning van de kwaliteit moeten aangewend worden. Maar of dat door accreditering kan, blijft vooralsnog een open vraag (cf. punt 2.1.5.5.).

³⁷ Cf. onder meer Punt 5.2.2. MaNaMa in "De kwadratuur van de cirkel". VBS jaarverslag 2009, 06.02.2010.

³⁸ VLIR: Vlaamse Interuniversitaire Raad

³⁹ RUZB: Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België

2.1.7. VBS-contacten met de Orde van Geneesheren

Het voorbije jaar heeft het VBS meermaals de Orde van Geneesheren om advies gevraagd over deontologische aangelegenheden.

Het "Second-O" was een initiatief van de Landsbond van Christelijke Mutualiteiten, dat het organiseert samen met de KU Leuven⁴⁰. Aan patiënten met een CM-hospitalisatieverzekering wordt als extra dienst aangeboden dat ze een tweede advies kunnen aanvragen bij een expert van de Katholieke Universiteit Leuven. Behalve een beperkt bedrag aan administratie worden de kosten van het tweede advies ten laste genomen door de CM-hospitalisatieverzekering. Met dit initiatief schuift de CM, in se een verzekeringsmaatschappij zoals een andere, een bepaald ziekenhuis welbewust naar voren als zijnde een center of excellence, dat, met alle respect voor de universitaire collega's, alle medische wijsheid in pacht heeft. Dit is discriminerend ten opzichte van de andere ziekenhuizen. Dat was ook de teneur van het antwoord van de Orde van Geneesheren.⁴¹

Het VBS heeft de Orde eveneens gecontacteerd i.v.m. de opvordering van artsen in het kader van alcoholcontroles. Ook over de transferaanvragen tussen erkende spoedgevallendiensten bevroegen we de Orde, maar daaromtrent ontvingen we nog geen reactie.

2.1.8. Contacten tussen het VBS, de BVAS en de afdelingen van de BVAS

De samenwerking tussen het VBS en de BVAS wordt naar de buitenwereld het meest gepersonifieerd door ondergetekende. Ik ben immers voor een derde statutaire ambtstermijn van drie jaar voorzitter van de BVAS (van 29.03.1998 tot 10.03.2001, van 28.03.2004 tot 08.05.2010 en tenslotte van 08.05.2010 tot 04.05.2013) en sinds 03.02.1990 ononderbroken ook secretaris-generaal van het VBS. Naast mij zijn nog vele andere artsen actief in beide organisaties. Minder in het oog springend maar daarom niet minder belangrijk is de functie van "liaison officier" van Dr. Eddy MAES, oftalmoloog en ondervoorzitter van het VBS. Hij neemt actief deel aan de vergaderingen van het BVAS directiecomité. Dr. Jean-Pol LEONARD, lid van de Raad van Bestuur van de Brusselse afdeling van de BVAS en lid van de Beroepsvereniging van geneesheren–specialisten in de kerngeneeskunde, is "liaison officier" van de BVAS in het uitvoerend bestuur van het VBS.

Sinds verschillende jaren onderhouden de Nederlandstalige juristen van het VBS, Fanny VANDAMME, en van de VAS-afdelingen Oost- en West-Vlaanderen, Mevr. Martine BOGAERT en van de afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant, Mevr. Ingrid DREEZEN, goede contacten. Ter gelegenheid van informele contacten worden dossiers besproken en standpunten geformuleerd. Er werden eveneens contacten gelegd met de "Chambre Syndicale de Bruxelles". Zo werd onze VBS-directeur, Mevr. Fanny VANDAMME, uitgenodigd om deel te nemen aan het informatieve gedeelte van de Algemene Vergadering op 19 april 2012 omtrent de gevolgen van de zesde staatshervorming op de gezondheidszorg in Brussel. Op 20 november 2012 heeft Mevr. Fanny VANDAMME ook deelgenomen aan het door de

⁴⁰ CM verdedigt tweede-opinie-samenwerking met UZ Leuven". Artsenkrant 17.01.2012

⁴¹ Nationale Raad van de orde van Geneesheren – Tijdschrift 138 van 07.04.2012 (Doc: a138004).

Brusselse Kamer georganiseerde en bijzonder interessante symposium over “Le médecin et la TVA”.

2.1.9. VBS-contacten met een afvaardiging van de VASO⁴²

Op 13 maart 2012 hebben Dr. Jean-Luc DEMEERE, Prof. Jacques GRUWEZ, Dr. Yo BAETEN en Mevr. Fanny VANDAMME een ontmoeting gehad met een delegatie van de Vereniging voor artsen-specialisten in opleiding. Deze vereniging werd opgericht naar aanleiding van de vergadering georganiseerd door de voorzitter van de Hoge Raad, Dr. Dirk CUYPERS, omtrent de actualisering van de erkenningscriteria. Een aantal artsen-specialisten in opleiding werd uitgenodigd op deze vergadering. Deze deelnemers hebben het initiatief genomen om een vereniging op te richten die alle artsen-specialisten in opleiding van alle Belgische universiteiten vertegenwoordigt. Het VASO streeft naar het bevorderen van een goede opleiding, waarbij het respecteren van de wet op de arbeidsduur als een belangrijk onderdeel wordt beschouwd.

Uit het taalgebruik van de gasten enerzijds en de gastvrouwen en -heren anderzijds bleek een duidelijke generatiekloof. Sommige assistenten staan positiever tegenover de Master Na Master dan wat uit klachten en jeremiades die bij het VBS aankomen zou blijken. De vraag is of deze assistenten zich wel ten volle rekenschap (kunnen) geven van de gevolgen van een volledige academisering van de opleiding. Het VBS dient er hun aandacht op te vestigen dat de opleiding onmogelijk exclusief in universitair milieu kan worden gerealiseerd en dat het risico van de MaNaMa reëel is dat de theorie het onterecht zou halen op de praktijk (cf. punt 2.1.6.). Het VBS hoopt in de toekomst een blijvende reflectiegroep te kunnen opstarten om samen met de artsen-specialisten in opleiding en de recent erkende artsen-specialisten beter te kunnen aansluiten bij hun verwachtingen wat betreft een efficiënte beroepsverdediging op hun maat.

2.1.10. Confocus

Ondergetekende, in zijn hoedanigheid van lid van de Raad van Bestuur van het Vlaams Artsensyndicaat, afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant, en Dr. Jean-Luc DEMEERE, als voorzitter van het VBS, hebben als sprekers deelgenomen aan een symposium, dat op 24 april 2012 plaatsvond in Berchem voor de Nederlandstaligen en op 24 mei 2012 in Louvain-la-Neuve voor de Franstaligen. Het centrale thema van het debat was medische aansprakelijkheid. Het patiëntendossier en het beroepsgeheim werden behandeld door juristen. De informatisering van het patiëntendossier, de doorgifte van gegevens en het respect voor de privacy werden uitgebreid belicht.

Een ander onderwerp dat werd aangesneden tijdens dit symposium was de wet op de patiëntenrechten en het informed consent. De informatie aan de patiënt werd gestandaardiseerd in de urologie onder het impuls van de BAU⁴³ en Dr. Lieven GOEMAN. Dr. Jean-Luc DEMEERE heeft zijn “vrijheid van de geneesheer in de

⁴² VASO -Vereniging voor artsen specialisten in opleiding vzw

⁴³ BAU - Belgian Association of Urology vzw

zorgverstrekking in het ziekenhuis” gepresenteerd. Op die vrijheid wordt sterk toegezien door de beheerder, de patiënt en de betalers. Administratie en financieel beheer spelen een steeds sterkere rol bij therapeutische beslissingen.

2.2. Buitenlandse representatie

2.2.1. MS-7

Sinds 2004 werd jaarlijks een internationale Franstalige ontmoeting over de specialistische geneeskunde georganiseerd door artsenvertegenwoordigers uit de Canadese deelstaat Québec, Frankrijk, België, Nederland, Italië, Zwitserland en Roemenië (Médecine Spécialisée 7). Tijdens deze jaarlijkse ontmoeting werden ideeën uitgewisseld over de verschillende gezondheidszorgsystemen die er van toepassing zijn en werden de deelnemers op de hoogte gebracht van de meest markante evoluties van het voorbije jaar. In 2006 en in 2010, jaar waarin België het voorzitterschap van de Europese Unie waarnam, nam het VBS de organisatie op zich. In 2010 heeft het VBS deze internationale ontmoeting gekoppeld aan een symposium “*Het implementeren, evalueren, meten, bekostigen en controleren van de kwaliteitsprocessen in de specialistische geneeskunde*”.

De ontmoeting van 2011 werd georganiseerd door de Franse collega's van de UMESPE⁴⁴. Ter gelegenheid van deze vergadering heeft Dr. Jean-Luc DEMEERE namens het VBS uitdrukkelijk vragen gesteld bij het praktisch nut van deze vergadering. De Roemeense vertegenwoordiger, die de vergadering in 2012 zou organiseren heeft moeten afhaken als gevolg van een onverwacht resultaat van de lokale artsenverkiezingen met nieuwe machtsverhoudingen tot gevolg. Als gevolg van de tanende economische situatie en van de opgelegde besparingsmaatregelen door de overheid heeft de deelnemende Zwitserse artsenorganisatie moeten afzien van haar deelname. Het valt te vrezen dat de vergadering van 18 tot 20 november 2011 in Parijs de zwanenzang zal geweest zijn van dit initiatief.

2.2.2. UEMS

De Management Council van de UEMS is twee keer samengekomen in 2012. Naar aloude traditie werd de lentevergadering in Brussel gehouden. De herfstvergadering, op uitnodiging van de Grieks-Cypriotische lidorganisatie van de UEMS, vond plaats in Larnaca, op 18 en 19 oktober 2012. Met teleurstelling diende men vast te stellen dat de secties op deze vergadering schitterden door hun afwezigheid. Nochtans maakten de secties al lang hun beklag dat ze weinig contact hadden met de Management Council en dat ze dus slechts een bescheiden rol mogen spelen in de organisatie en bij de besluitvorming.

Op 29 november 2012 vond de jaarlijkse vergadering van de Belgische vertegenwoordigers in de Sectie en Divisies van de UEMS plaats. De UEMS moedigt de nationale lidorganisaties aan om jaarlijks de vertegenwoordigers binnen de

⁴⁴ Union Nationale des médecins spécialistes confédérés, 79 Rue de Tocqueville, 75017 Paris

secties op de hoogte te brengen van de activiteiten die door de UEMS werden ontwikkeld. Prof. Jacques GRUWEZ, hoofd van de Belgische delegatie bij de UEMS, betreurt dat onze vertegenwoordigers in de Secties niet méér belangstelling aan de dag leggen voor deze activiteit. Er namen slechts acht collegae deel aan de vergadering.

In 2011 werd in de Nijverheidsstraat in Brussel een gebouw aangekocht met de bedoeling er een Domus Medica Europea in onder te brengen. Verschillende Europese organisaties hebben al hun belangstelling laten blijken. Stedenbouwkundige besloemingen zorgen ervoor dat het begin van de geplande werkzaamheden nog niet in zicht is. De stedenbouwkundige vereiste van een gemengde bestemming – kantoren en woongelegenheden – lijkt men te hebben laten vallen. Deze eis is inderdaad onrealistisch in de Europese wijk, die hoofdzakelijk uit kantoren bestaat. Het is te verwachten dat de UEMS ook in 2013 nog enige tijd haar lokalen in het VBS-gebouw zal blijven betrekken.

De activiteiten van EACCME⁴⁵ en in het bijzonder het nieuwe LEE-systeem⁴⁶ vormde het belangrijkste discussie-item van 2012. De Belgische delegatie heeft haar reserves kenbaar gemaakt over de omslachtigheid van de nieuwe procedure, maar werd niet gevolgd. De complexiteit zou te verklaren zijn door de wens om zich te conformeren aan de Amerikaanse procedures.

De activiteiten die ontplooid worden binnen de EACCME dragen in belangrijke mate bij aan de financiering van het aangekochte pand. De vraag dient echter gesteld of deze activiteit in de toekomst niet aan belang zal inboeten. De nieuwe administratieve verplichtingen voor het verwerven van accreditering worden steeds omslachtiger. De sponsoring van internationale wetenschappelijke activiteiten door farmaceutische firma's is aan strenge regels onderworpen en neemt bovendien af als gevolg van de mondiale economische crisis. Het VBS heeft verschillende nota's bezorgd aan de UEMS waarbij in niet mis te verstane bewoordingen kritiek werd geformuleerd over de nieuwe criteria. Er moet aan een dertigtal criteria worden voldaan. Prof. Jacques GRUWEZ vreest dat slechts weinig deelnemers de moed hebben gehad om deze omvangrijke stukken aandachtig te lezen en kritiek te formuleren. Daarbij komt nog dat men telkens de discussie moet aangaan in een andere taal dan zijn moedertaal. Het is niet iedereen gegeven om in het Engels de degens te kruisen met Dr. Edwin BORMAN, secretaris-generaal van de UEMS en als Brit vanzelfsprekend zeer bedreven in zijn eigen taal. In de UEMS is het Frans volledig in onbruik geraakt. Prof. Jacques GRUWEZ betreurt dat, samen met het veralgemeend gebruik van het Engels als voertaal, ook de Angelsaksische cultuur en reglementering in de UEMS zijn binnengeslopen.

Op 1 december 2012, hield de Advisory Council on Continuing Medical Education zijn jaarlijkse vergadering. Het VBS werd vertegenwoordigd door Dr. Bernard MAILLET. Het nieuwe LEE-systeem voert zeer strikte en complexe regels in, die in de praktijk niet haalbaar zijn. Nu stelt de UEMS voor een pragmatische oplossing uit te werken. Het is echter absurd om eerst heel strenge regels uit te vaardigen, om ze vervolgens niet toe te passen. Over zes maanden wordt een evaluatie gemaakt van de nieuwe regels.

⁴⁵ European Accreditation Council for Continuing Medical Education

⁴⁶ LEE - Live Educational Events

Het valt te betwijfelen of de UEMS, door zich quasi uitsluitend te focussen op de accreditering, de goede weg op gaat. De laatste jaren investeert de UEMS te weinig in lobbywerk om de positie van de specialist te verdedigen.

De UEMS moet er zich voor hoeden dat op Europees niveau een grotere bevoegdheid wordt toegekend aan niet-artsen in zuiver medische domeinen. Op initiatief van de Oostenrijkse beroepsvereniging van plastische chirurgie heeft het CEN⁴⁷ het op zich genomen om een ontwerp van standaarden voor de esthetische chirurgie te publiceren. Het is onaanvaardbaar dat een niet-medische organisatie standaarden zou bepalen voor medische disciplines. Als dit wordt toegelaten voor de esthetische chirurgie, zullen binnen de kortste keren gelijkaardige initiatieven genomen worden in andere onderdelen van de geneeskunde. De UEMS heeft heftig geprotesteerd bij het CEN tegen de ongeoorloofde verwijzing naar UEMS-documenten, waarbij het CEN als het ware laat uitschijnen dat de UEMS dit initiatief zou steunen. Het VBS-bestuur heeft beslist de open brief van de UEMS tegen dit initiatief van de CEN te steunen.

Aan de management council van de UEMS werd een position paper voorgelegd in verband met de vernieuwing van de richtlijn houdende de erkenning van de verschillende specialismen. Prof. Jacques GRUWEZ heeft zijn ongenoegen uitgedrukt, omdat de Management Council quasi verplicht werd om zijn bemerkingen ter zitting te formuleren. Prof. Gruwez heeft gesuggereerd in de position paper de woorden diploma en universiteit te schrappen.

Er werd een pleidooi gehouden om de mogelijkheid te voorzien dat de kandidaat-specialisten een deel van hun opleiding in het buitenland zouden doorlopen en dat daartoe de nodige fondsen zouden ter beschikking gesteld worden. Prof. Jacques GRUWEZ heeft erop gewezen dat in België de kandidaat-specialisten al sinds 50 jaar een opleidingsjaar in het buitenland kunnen inlassen. De kandidaat-specialist wordt betaald door zijn buitenlandse stagemeester. Het is dus onnodig om voor een dergelijk initiatief bijkomende fondsen te zoeken.

2.2.3. FEMS

Het VBS wordt binnen de FEMS⁴⁸ vertegenwoordigd door Dr. Eddy MAES, ondervoorzitter van het VBS.

Voor het eerst in hun geschiedenis hebben de FEMS en de AEMH⁴⁹ hun krachten gebundeld en hebben ze, op het zuiver administratieve gedeelte na, gezamenlijk hun semestriële algemene vergadering georganiseerd op 18 en 19 mei 2012 in Varna (Bulgarije). Dit was geen evidente opdracht, omdat de organisaties een verschillende ledenstructuur hebben. Deze samenwerking beantwoordt echter aan een actuele tendens om de inspanningen te optimaliseren. Beide organisaties bespreken vaak dezelfde dossiers. Deze werden behandeld in werkgroepen die samengesteld waren

⁴⁷ Comité européen de normalisation

⁴⁸ FEMS: Fédération européenne des médecins salariés

⁴⁹ AEMH: Association européenne des médecins des hôpitaux

uit leden van zowel de FEMS als de AEMH. Gemeenschappelijke discussies vermijden onnodig tijdsverlies.

Dr. Eddy MAES nam deel aan de werkgroep die zich buigt over de beroepskwalificaties. Dit dossier ligt momenteel op de tafel van de Europese Commissie. Het dossier over de duur van de studies tot arts gaf aanleiding tot heftige discussies. Aanvankelijk werd voorgesteld dat het iedere lidstaat vrij zou staan om zelf de duur van de studies tot arts te bepalen. Dr. Eddy MAES heeft zich tegen dit voorstel verzet, want het gaat in tegen de inspanningen die sinds vele jaren geleverd worden om de nationale wetgevingen op Europees vlak te harmoniseren.

Voorafgaand aan de algemene vergadering van de FEMS heeft Dr. Eddy MAES op 17 mei 2012 ook deelgenomen aan een symposium over de arbeidsvoorwaarden in de ziekenhuizen.

De tweede semestriële algemene vergadering van 12 en 13 oktober 2012 vond plaats in Straatsburg (Frankrijk) in aanwezigheid van vertegenwoordigers van de UEMS, de AEMH en de CPME⁵⁰ in het kader van een betere samenwerking tussen de diverse Europese medische organisaties. De belangrijkste punten op de agenda waren: de Richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties (EG 2005/36), de Europese werktijdenrichtlijn, het studieproject voor de vergelijking van de verloning van de Europese artsen, de inventaris van de gezondheidswerkers in de brede zin van het woord in het licht van een toename van de zorgvraag ten gevolge van een stijgend aantal bejaarde personen en tegelijkertijd een steeds meer gediversifieerde specialisatie en een daling van het zorgaanbod in tal van landen of regio's. Ten slotte werden er verkiezingen georganiseerd om een nieuw bestuur samen te stellen voor de periode 2012-2015, waarbij Dr. Enrico REGINATO (Italië) als voorzitter uit de bus kwam.

2.2.4. CPME - WMA⁵¹ - EFMA⁵²

Gedurende vele jaren heeft Dr. Roland LEMYE met passie en overtuiging de BVAS vertegenwoordigd binnen de CPME, de WMA en de EFMA. Bij deze organisaties is de BVAS de nationale Belgische lidvereniging. Begin 2012 heeft Dr. LEMYE zijn actieve beroeps carrière als huisarts stopgezet en wenste hij niet langer de vertegenwoordiging in deze internationale organisaties op zich nemen. Binnen de CPME vervulde Dr. LEMYE de functie van ondervoorzitter. Jarenlang ontmoetten de Drs. Roland LEMYE en Bernard MAILLET, die gedurende negen jaar secretaris-generaal van de UEMS was, elkaar op regelmatige tijdstippen in allerlei Europese vergaderingen. Door samen over heel wat dossiers van gedachten te hebben gewisseld hebben beiden elkaar over de jaren heen leren appreciëren. Ter gelegenheid van de algemene vergadering van de CPME van 4 en 5 mei 2012 diende een nieuwe voorzitter te worden verkozen. Na onderling overleg tussen BVAS en VBS werd Dr. Bernard MAILLET namens de BVAS voorgedragen als kandidaat-voorzitter. Uiteindelijk heeft hij nipt het loodje moeten leggen tegen een IJslandse

⁵⁰ CPME: Comité permanent des médecins européens

⁵¹ WMA: World Medical Association

⁵² EFMA: European Forum of Medical Associations

kandidaat, die al enkele jaren een officiële functie had als penningmeester van de CPME.

Naar aanleiding van deze voordracht werd een akkoord gesloten waarbij het VBS voor 10 % van de lidbijdragen aan deze buitenlandse organisaties tussenkomt. Als tegenprestatie krijgt het VBS inzicht in alle documentatie en zal Dr. Bernard MAILLET, die ook VBS- penningmeester is, het VBS uit eerste hand over het reilen en zeilen kunnen op de hoogte houden van de internationale evoluties.

3. HERSAMENSTELLING ERKENNINGSCOMMISSIES EN HOGE RAAD VAN GENEESHEREN-SPECIALISTEN EN HUISARTSEN

In 2012 was de zesjarige oefening opnieuw aangebroken. De benoemingsbesluiten van de in functie zijnde erkenningscommissies werden voor het merendeel gepubliceerd in september 2006. Met het oog op vernieuwing van de erkenningscommissies werden in de maanden maart en april 2012 de artsorganisaties uitgenodigd om op dubbele lijsten kandidaten voor te leggen aan mevrouw de Minister, waarbij de nodige aandacht diende te worden besteed aan een evenwicht tussen mannen en vrouwen. De regel zegt dat nooit meer dan tweederden van de leden van hetzelfde geslacht mogen zijn. Indien de verhouding 2/3 - 1/3 niet haalbaar bleek, diende dit verantwoord te worden.

Sedert midden de jaren '90 dienen voor de geneesheren-specialisten, na onderling overleg, het VBS en de BVAS gezamenlijk deze kandidatenlijsten in. De voordrachtbrieven worden getekend door de voorzitters van beide organisaties.

De administratie van de FOD Volksgezondheid had het VBS en de BVAS voor het indienen van de kandidaatslijsten voor elk van de specialismen gemiddeld één à twee maanden tijd toegekend. Dit is een totaal irrealistische termijn indien men kandidaten probeert voor te dragen die effectief geïnteresseerd zijn om deze functie op een actieve manier op zich te nemen. In een eerste fase werden de voorzitters en secretarissen van de beroepsverenigingen hieromtrent gecontacteerd, alsook de leden die in de desbetreffende erkenningscommissie zetelen namens het VBS en de BVAS met de vraag of ze hun mandaat in de erkenningscommissie wensten verder te zetten. Sommige collegae zagen een verlenging van hun mandaat niet langer zitten om leeftijdsredenen of omdat het tijdstip waarop de vergaderingen van de erkenningscommissies plaatsvinden niet altijd even gemakkelijk combineerbaar was met een actieve praktijk. In het ideale scenario kreeg het centrale secretariaat van het VBS van de bij het Verbond aangesloten beroepsvereniging binnen de vastgestelde termijn een lijst op een schoteltje aangeboden met het gevraagde aantal kandidaten, in dubbele lijsten, met een evenwicht tussen mannelijke en vrouwelijke kandidaten, en dat zowel voor de Nederlandstalige als de Franstalige Kamer. Dit ideale scenario was jammer genoeg eerder de uitzondering dan de regel.

De voorbije maanden werden vele van de door hun beroepsvereniging voorgedragen kandidaten persoonlijk gecontacteerd door Mevr. Fanny VANDAMME om te polsen naar hun bereidheid om actief een mandaat op te nemen in de erkenningscommissies. De kandidaten die voorgedragen werden op een eerste lijst hadden expliciet allen hun interesse voor deze functie meegedeeld. Vele van de

kandidaten op de tweede lijst (die verplicht is, want de bevoegde minister moet kunnen kiezen) waren weliswaar bereid om hun naam “te lenen” voor een voordracht voor hun erkenningscommissie, maar door onverenigbaarheid van een effectief mandaat met hun beroepsactiviteiten of wegens hun gevorderde leeftijd wilden ze liever niet benoemd worden. Vaak gaat het hier om artsen met een aanzienlijke staat van dienst in de vorige samenstelling van hun erkenningscommissies of binnen de VBS beroepsvereniging en/of binnen de BVAS, die op deze manier hun steun wilden verlenen bij het samenstellen van de lijst.

Op 21 september 2012 kregen VBS en BVAS een schrijven met een overzicht van de door de FOD Volksgezondheid ontvangen kandidatenlijsten. Een aantal van de ingediende erkenningslijsten werden om onbegrijpelijke redenen onontvankelijk verklaard. Teneinde een aantal problemen op te klaren had Mevr. Fanny VANDAMME op 5 oktober 2012 een constructieve vergadering met Dhr. Thijs LAMMERTYN van de FOD Volksgezondheid en een van zijn medewerkers. Deze vergadering is zeer nuttig gebleken. Enkele misverstanden werden onmiddellijk verholpen, zoals vb. in verband met de lijsten met de kandidaten voor de erkenningscommissie nucleaire geneeskunde. Die werden onontvankelijk verklaard, omdat onder de voorgestelde kandidaten geen artsen houders van de bijzondere beroepsbekwaamheid “en in de nucleaire in vitro geneeskunde” werden voorgedragen. Deze bijzondere beroepsbekwaamheid kan echter enkel worden verworven door de geneesheren-specialisten in de klinische biologie. Op de ingediende lijsten voor de erkenningscommissie klinische biologie werd daar wel rekening mee gehouden. Probleem opgelost.

Gezien het grote personeelsverloop binnen de FOD Volksgezondheid doet het personeel onvoldoende ervaring op, zodat het niet steeds op de hoogte is van de vele subtiliteiten in de toepasselijke wettelijke bepalingen.

Naast de erkenningscommissie diende ook de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten hernieuwd te worden. Nog vooraleer gezocht werd naar kandidaten om te zetelen in de Hoge Raad werd een heel intense discussie gevoerd tussen ondergetekende en de voorzitter van de Hoge Raad, Dr. Dirk CUYPERS. Gedurende vele jaren stond de onverenigbaarheid van een mandaat als lid van de erkenningscommissie en van de Hoge Raad als een paal boven water. Maar ook hier sloeg FOD-jurist Xavier VAN CAUTER toe. Hij verdedigt het standpunt dat er geen enkele juridisch argument is om deze onverenigbaarheid te behouden op voorwaarde dat, wanneer een lid van zowel een erkenningscommissie (eerste beoordeling) als van de Hoge Raad zetelend in beroep eenzelfde dossier van een kandidaat-specialist zou moeten behandelen, het lid van de Hoge Raad zich bij de behandeling van dit dossier in beroep terugtrekt bij de bespreking van dit dossier. Hij voerde onmiddellijk de daad bij het woord en gaf een positief advies voor de voordracht van Prof. Edith COLLARD, lid van de erkenningscommissie anesthesie als lid van de Hoge Raad⁵³. Noch het VBS, noch de BVAS vinden dit een gezonde situatie. Men kan geen rechter en partij zijn in eenzelfde dossier. Uit eigen beweging hadden collegae die zowel interesse hadden voor een zitje in hun eigen erkenningscommissie als voor een mandaat in de Hoge Raad, hun kandidatuur voor de Hoge Raad niet ingediend. Het VBS was aangenaam verrast toen het op 1

⁵³ Benoeming gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 21.10.2009

oktober 2012 onder meer vernam dat, ondanks zijn voordien ingenomen standpunt, de FOD Volksgezondheid blijkbaar uit eigen beweging het VBS en de BVAS bijtrad inzake die onverenigbaarheid. Op die datum ontving het VBS immers een brief, getekend door Michel VAN HOEGAERDEN, directeur-generaal van het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer (DG2) van de FOD Volksgezondheid, met een reeks bemerkingen omtrent de ingediende kandidatenlijst voor de Hoge Raad, met de in cursief gedrukte vermelding: *“Ik vestig uitdrukkelijk uw aandacht op het feit dat een mandaat van een lid van een erkenningscommissie onverenigbaar is met het mandaat van een lid van de Hoge Raad voor Geneesheren-specialisten en Huisartsen”*.

Maar eerst werd het VBS aangemaand om zijn kandidaten-*huisartsen* voor de Hoge Raad mee te delen. Aangezien het VBS statutair enkel geneesheren-specialisten mag vertegenwoordigen, hebben we braafjes meegedeeld dat we niet konden ingaan op die vraag.

Verder werd het VBS gevraagd te rechtvaardigen waarom er geen dames werden voorgedragen als kandidaat-leden voor de Hoge Raad op de bank van de geneesheren-specialisten. Indien de voorgedragen vrouwelijke kandidaten de voornamen van Claude of Dominique hadden gedragen, dan zou de verwarring nog te begrijpen zijn. De voorgedragen kandidaten heetten echter Yolande BAETEN, Hilde VAN HAUTHEM en Line HEYLEN. Het geheel werd ondertekend boven de afgedrukte naam Michel VAN HOEGAERDEN. Dr. Marc MOONS vindt het schrijfsel niet bepaald een voorbeeld van goed administreren.

4. POLITIEK

4.1. Inleiding

Er valt weer een record te melden. Ditmaal geen absoluut Belgisch wereldrecord regeringsvormen, dat nog altijd standhoudt, maar een record in aantal gepubliceerde pagina's in het Belgisch Staatsblad: 89.084 om precies te zijn. Het pseudorecord van 2004, met 87.430 pagina's, wordt gewoon verpulverd. Eigenlijk werden er toen “slechts”± 67.500 echte pagina's gedrukt, want als gevolg van een fout in de ratificatie van de Europese regelgeving dienden ongeveer 20.000 pagina's extra te worden gepubliceerd⁵⁴.

Misschien is dat een onvermoede oorzaak van de toenemende obesitas bij onze populatie, want iedere Belg wordt geacht 365 dagen lang elke dag opnieuw gemiddeld 244 pagina's Belgisch Staatsblad te lezen, en dat is lastig al fietsend of joggend. Vooral op de vooravond van de eindejaarsfeesten is dat een ongezond surplus: 554 bladzijden staatsbelangrijke literatuur moeten lezen en verteren op 31.12.2012 kan niet gezond zijn⁵⁵. Voor de meeste artsen was het nieuws tussen al

⁵⁴ "Belgisch Staatsblad dikker dan ooit". De Standaard, 26.12.2012.

⁵⁵ Het Belgisch staatsblad van 31.12.2012 bevat twee edities. Editie 1 telt 326 bladzijden, met onder meer de wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de

die saaie lectuur trouwens onverteerbaar: de (gelukkig uitgestelde invoering van de) verplichting van de regeling sociale derdebetalende en beperking van de supplementenregeling (cf. punt 4.2.).

Aantal pagina's van het Belgisch Staatsblad

Jaargang	Aantal pagina's	Groei t.o.v. vorig jaar (%)	cumulatieve stijging 1989 = 100
1989	21.634	-	100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.196	+ 29,3	273,6
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+ 32,4	353,5
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+ 4,63	320,6
2009	83.000	+19,7	383,7
2010	83.678	+ 0,8	386,8
2011	81.964	-2,05	378,9
2012	89.084	+8,7	411,8

Bron: Belgisch Staatsblad, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Tabel 1

4.2. Gemeenteraadsverkiezingen, partijpolitiek en gevolgen voor de gezondheidszorg

Begin 2012 maakte federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette ONKELINX, het land duidelijk wie ze was: "*Elio is de premier, ik ben de PS*"⁵⁶, als daar al twijfel mocht over bestaan. Zij houdt er dan ook het grootste kabinet van alle Belgische ministers op na: 78 medewerkers, wat ruim meer is dan het gemiddelde van 43,5 medewerkers voor de in totaal 19 ministers en staatssecretarissen⁵⁷. In Vlaanderen werd zij zowel in 2007 door Trends⁵⁸ als in 2008⁵⁹ en 2009⁶⁰ door Knack tot machtigste vrouw van Vlaanderen uitgeroepen. Sindsdien durft de Vlaamse uitgeverij Roularta blijkbaar geen dergelijke pop-polls

gezondheidszorg; editie 2 telt 228 bladzijden, met onder meer de Programmawet van 27.12.2012 die de tarieven 2012 van de artsen verlengt naar begin 2013.

⁵⁶ "Laurette Onkelinx, de Grande Dame van de Franstalige socialisten". De Standaard, 18.02.2012.

⁵⁷ " 827 collaborateurs pour nos ministres. Laurette a le plus grand cabinet". La Capitale, 10.01.2012.

⁵⁸ "Onkelinx en Milquet machtigste vrouwen in Vlaanderen" Trends 07.11.2007.

⁵⁹ "Onkelinx en Milquet machtigste vrouwen in Vlaanderen". Knack 05.11.2008.

⁶⁰ "Laurette Onkelinx blijft machtigste vrouw in Vlaanderen". Knack 05.11.2009.

meer te organiseren. Roularta publiceert alleen nog de Forbes⁶¹ verkiezing van de machtigste vrouw ter wereld, en dat is voor de vijfde keer op zes jaar tijd de Duitse bondskanselier Angela MERKEL⁶².

In België deed het verkiezingsresultaat van Laurette ONKELINX in Schaarbeek haar even tegen de grenzen van haar ambitie botsen: niet zij, maar aftredend burgemeester Bernard CLERFAYT (FDF) won de burgemeesterssjerp op 04.10.2012⁶³. Het populistische "gratis pil"-verhaal voor jonge vrouwen tot en met de leeftijd van 20 jaar, met een kostprijs van € 9,313 miljoen voor het RIZIV, terwijl er na vijf jaar (nog) geen enkele impact op het aantal vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen bij die jeugdige groep vrouwen kon worden vastgesteld, heeft die groep, noch hun moeders lokaal op de PS doen stemmen. Maar vanaf mei 2013 mag Laurette ONKELINX voorzitter worden van de Brusselse PS-afdeling. In 2013 op de cover van Forbes?

De bevoegdheidsoverdrachten, die in het Vlinderakkoord d.d. 11.10.2011 over de zesde Belgische staatshervorming beschreven staan, veroorzaken veel vertwijfeling onder ambtenaren, ministers en politici. De taak is zo allesomvattend dat niemand goed weet waar te beginnen en evenmin hoe ze af te lijnen. In Vlaanderen maakte vooral de CD&V zich zorgen over de snelheid, of liever de traagheid waarmee deze staatshervorming zal worden gerealiseerd⁶⁴. In Franstalig België bestaan er ook twijfel, aarzeling en onderlinge disputen, zoals bijvoorbeeld over de geregionaliseerde aanpak van de rust- en verzorgingstehuizen⁶⁵ tegen 01.01.2015, waar er onderlinge verschillen zijn tussen de werkwijze en de financiering voor Brusselaars en Walen. Aan de Vlaamse afsplitsing qua ouderenzorg worden nog nauwelijks woorden vuilgemaakt. Maar als het over de gezondheidssector in zijn geheel gaat, stijgt bij de Franstaligen de adrenaline.

Waals minister van Gezondheid, Sociale Actie en Gelijke Kansen, Eliane TILLIEUX (PS) wil om redenen van coherentie en fiscale autonomie de gezondheidszorg regionaliseren⁶⁶. In het voorjaar 2012 poneerde CDH-voorzitter, Benoît LUTGEN, een totaal andere visie, herhaald door Brussels CDH-minister Benoît CEREXHE, die het PS-standpunt categoriek van de kaart veegt. De CDH wil vermijden dat Brusselaars en Walen een verschillend systeem van gezondheidszorg zouden kennen⁶⁷. Bij de mutualiteiten ging Jean-Pascal LABILLE, Franstalig algemeen secretaris van de Nationale Unie van Socialistische Mutualiteiten, op 16.11.2012 in de clinch met andere topmannen van mutualiteiten, omdat hij qua regionalisering veel verder wil gaan dan zij. Als Luikenaar en ondervoorzitter van de raad van bestuur van het Centre Hospitalier Universitaire de Liège bleek hij, in verband met de ziekenhuispolitiek, veel diepgaander te willen regionaliseren dan Jean HERMESSE, secretaris-generaal van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, voorzitter van CEPESS, het Centre d'Etudes politiques, économiques et sociales van de CDH, maar vooral ook bestuurder van het Universitair Ziekenhuis Saint Luc van de UCL,

⁶¹ Forbes is een tweewekelijks Amerikaans zakenmagazine over financiën, industrie, investeringen, marktstrategieën en aanverwante onderwerpen, met hoofdkwartier in New York City.

⁶² "Angela Merkel is opnieuw de machtigste vrouw". Knack, 22.08.2012.

⁶³ "Milquet, Onkelinx, Payfa et Draps écartés". La Libre Belgique, 15.10.2012.

⁶⁴ "Politici dreigen verstrikt te raken in de staatshervorming". De Morgen, 16.08.2012.

⁶⁵ "Cacophonie sur les transferts". Le Soir, 17.11.2012.

⁶⁶ "Eliane Tillieux veut régionaliser les soins de santé". Le Soir, 12.12.2012.

⁶⁷ "Le CDH dit 'non' à Eliane Tillieux". Le Soir, 12.12.2012.

en dan Xavier BRENEZ, directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen⁶⁸. Ook artsen van de Franstalige universitaire ziekenhuizen van de UCL, Saint Luc in Woluwe en CHU Mont-Godinne, spraken zich tegen uit tegen de door de PS voorgestelde regionalisering⁶⁹.

Jean-Pascal LABILLE nam op 18.01.2013 onverwacht verlof bij de socialistische mutualiteiten om Paul MAGNETTE in de federale regering te kunnen vervangen als minister van Overheidsbedrijven en Ontwikkelingssamenwerking. Gelukkig dus geen toestanden meer zoals destijds met wijlen Edmond LEBURTON, die voorzitter werd van de Socialistische Mutualiteiten in 1959 en deze functie ongegeneerd cumuleerde met het ministerschap van Sociale Voorzorg vanaf 1961. Als gevolg van de gemeenteraadsverkiezingen van 14.10.2012 werd Paul MAGNETTE immers burgemeester van Charleroi. Een regionalist als Jean-Pascal LABILLE benoemen tot federaal minister is enigszins merkwaardig, maar premier Elio DI RUPO omschreef LABILLE als: *“een van de meest competenten van zijn generatie, die veel heeft gewerkt, die cijfers kent en die bij belangrijke instellingen heeft gewerkt”*⁷⁰.

Jean-Pascal LABILLE werd bij koninklijk besluit⁷¹ vanaf 01.01.2010 bij het RIZIV zowel tot lid van de Algemene Raad als van het Verzekeringcomité benoemd, ter vervanging van zijn voorganger Bernard DE BACKER. Bij KB van 13.06.2010⁷² werd hij benoemd tot ondervoorzitter van het Verzekeringcomité. Zijn talenkennis ten opzichte van die van ex-minister MAGNETTE heb ik alvast nog niet kunnen evalueren, want van de 62 vergaderingen van het Verzekeringcomité sinds zijn benoeming door de koning – waarvan 54 als ondervoorzitter – was hij slechts 2 keer aanwezig (maar 1 keer tezelfdertijd ook als verontschuldigd genotuleerd), 6 keer afwezig en 54 keer verontschuldigd. De Algemene Raad van het RIZIV kreeg meer aandacht: 9 aanwezigheden op 24 vergaderingen, 8 verontschuldigungen en 7 afwezigheden. Gebrek aan interesse in federale materies of te veel mandaten?

Begin van de zomer 2012 maakte de Algemene Raad van het RIZIV zijn rapport bekend over het medisch verbruik vanuit geografisch perspectief⁷³. Het verwekte in de media niet veel meer dan een rimpeling op een vlakke vijver^{74, 75}, terwijl de regionale verschillen – en hier gaat het dan over Vlaanderen tegenover het Franstalig landsgedeelte – in medisch verbruik tot voor een paar jaar aanleiding gaven tot verhitte politieke Noord-Zuid-discussies. In 2012 komt de toenemende armoede meer op de voorgrond, gekaderd in het verslechterend algemeen economisch klimaat, dramatisch geïllustreerd door de drastische afbouw van Ford Genk en Arcelor Mittal in Luik. KU Leuven-professor Sociaal Beleid Frank VANDENBROUCKE, oud SP.A-minister van Sociale Zaken, en zijn collega Prof.

⁶⁸ "Régionalisation. Et si on modernisait le système ?" Le journal du Médecin, 23.11.2012.

⁶⁹ "La médecine universitaire redoute le carcan sous-régionaliste". Le Soir, 12.12.2012.

⁷⁰ "Jean-Pascal Labille neemt verlof uit 3 mandaten en neemt ontslag uit alle andere". De Standaard, 18.01.2013.

⁷¹ KB van 10 november 2009, BS 26.11.2009, Ed. 1

⁷² KB van 13.06.2010, BS 28.06.2010

⁷³ RIZIV, Nota ARGV 2012/061, d.d. 11.07.2012: "Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief – Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België- Rapport over de gegevens 2009 en longitudinaal rapport 2006-2010.

⁷⁴ "De Waalse patiënt is nu goedkoper dan de snel vergrijzende Vlaamse patiënt". De Morgen, 11.09.2012.

⁷⁵ "Le patient flamand dépense davantage". Le Soir, 08.09.2012.

Bea CANTILLON, Universiteit Antwerpen, zijn van mening dat de sociale uitgaven niet genoeg gebruikt zijn voor de armste mensen⁷⁶.

Samen met de politieke onrust die de gemeenteraads- en provinciale verkiezingen van 14.10.2012 meebrachten, lag toch vooral de ongunstige economische situatie aan de basis van het laattijdig opstellen van de globale Belgische begroting, zodat de deelbegroting gezondheidszorg pas door de ministerraad van 30.11.2012 kon worden bekendgemaakt. Met als gevolg dat de Algemene Raad van het RIZIV, voor de tweede keer op rij, wettelijk niet meer bevoegd was om zelf de begroting vast te stellen. De G.V.U.-wet stelt immers dat de Algemene Raad dit moet doen *“uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar”*⁷⁷.

Een opmerking van één van de stemgerechtigde leden tijdens de vergadering van de Algemene Raad van 03.12.2012 over die herhaalde laattijdigheid, kreeg als weinig geruststellend antwoord van de Heer Bernard LANGE, regeringscommissaris van minister ONKELINX, dat het toch al een week vroeger was dan in 2011. Geen reden tot klagen dus: in 2011 werd de begroting door de regering inderdaad pas vastgesteld op sinterklaasdag, 06.12.2011, als gevolg van de extreem moeilijke regeringsvorming.

Allicht om zich boven het gekrakeel van partij- en taalpolitiek te plaatsen, merken we dat hoe langer hoe meer ons landje met zijn 11,08 miljoen inwoners en drie wettelijk erkende landstalen (naast de zoveel andere gebruikte talen), niet alleen in wetenschappelijke verenigingen, maar zelfs in door federaal overheidsgeld betoelaagde instellingen, het Engels oprukt. Een illustratie daarvan is het bijzonder leerrijke rapport over de kankeroverleving van de Stichting Kankerregister: “Cancer survival in Belgium” met vijfjaarsoverlevingscijfers bij kanker over België, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest tussen 2004 en 2008 en tienjaarsoverlevingscijfers tussen 1999 en 2008 voor het Vlaams Gewest⁷⁸.

4.3. Artsen en hun perceptie van de politiek

Qua nieuwjaarsrecepties moet ik mij, door het jaarlijks weerkerend tijdsgebrek in die periode, begin 2013 nog extra versterkt door de onmogelijkheid om eind december 2012 een akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2013-2014 te kunnen afsluiten, steeds opnieuw strikt tot twee beperken: de receptie in het eigen ziekenhuis (12.01.2013) en die van het RIZIV (25.01.2013). De eerste is belangrijk om de pols te voelen van de lokale collegae-huisartsen en -specialisten. Ik probeer die informatie over te enten op het federale niveau naar mijn niet-ziekenhuis gebonden contacten en functies als BVAS-voorzitter en als VBS-secretaris-generaal.

De tweede receptie is altijd boeiend om de eloquentie, door sommigen met literatuur en kunst gestoffeerd, van topmensen van het RIZIV te beluisteren. Een van die sprekers, Jo DE COCK, werd unaniem door zijn collegae geprezen, onder meer omdat hij er op de dag van zijn 58^{ste} verjaardag, 23.01.2013, erin geslaagd was een

⁷⁶ Knack, 07.11.2012.

⁷⁷ Artikel 40 §1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994.

⁷⁸ "Cancer survival in Belgium". Belgian Cancer Registry, december 2012: eentalig Engels.

akkoord artsen-ziekenfondsen te realiseren. Collega Yolande AVONTROODT, voorzitter van het algemeen beheerscomité en ex-voelksvertegenwoordiger voor Open VLD, noemde Jo DE COCK "un homme d'Etat". Ze ontleende die woorden aan een tussenkomst diezelfde middag van Jean HERMESSE, secretaris-generaal van de CM, tijdens de vergadering van het Algemeen beheerscomité. De inspiratie werd door Eduard DESCAMPS, voorzitter van de Algemene Raad van het RIZIV, gedocumenteerd door een artikel in La Libre Belgique⁷⁹. Ook Gabriel PERL, voorzitter van het Verzekeringscomité en voorganger van Jo DE COCK in diens functie van voorzitter van de "Medico-Mut", sprak zijn waardering uit voor het werk van de RIZIV-administrateur-generaal. In april ondervraagd over zijn samenwerking met zijn voorganger, Laurette ONKELINX, antwoordde DE COCK dat die relatie goed is en dat zijn administratie altijd haar inbreng heeft kunnen doen⁸⁰

Wat ik meebreng van de eerste receptie is dat eventuele bestaande na-ijver tussen sommige huisartsen en sommige specialisten afneemt. Door de zich heroriënterende organisatie van de huisartsgeneeskunde duiken voor de huisartsen analoge problemen op van financiering en samenwerking die al langer bestaan in het ziekenhuismilieu. Maar hoog daarboven torent de telkens weer gehoorde klacht dat artsen door politici als "quantité négligeable" worden behandeld. De voorbije maanden hebben onze medewerkers en ikzelf op vele deuren in de Wetstraat en omgeving geklopt, vooral in verband met de financiering van de gezondheidszorg, de door quasi geen enkele arts gewenste veralgemening van de regeling derde betalende in de ambulante sector en, wat de ziekenhuissector betreft, de inbreng van de specialisten in het ziekenhuisbestuur en het pure ideologische verbod op ereloon-supplementen in twee- en meerpersoonkamers.

De reacties gingen van beleefd maar onontvankelijk voor onze vragen tot kribbig en afwijzend. Welkom voelden we ons bij de Mouvement Réformateur en bij de N-VA. Het meest constructieve en deskundige gesprek dat me is bijgebleven in de aanloop van de wetten die het afsluiten van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2013-2014 bezwaarden, is het persoonlijke onderhoud d.d. 06.11.2012 met ex-huisarts Maggie DE BLOCK (Open VLD), Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de Minister van Justitie. Een non-sense aanpak: de realiteit, ook al is ze onaangenaam. Haar verkiezing d.d. 08.12.2012 tot ondervoorzitter van Open VLD met 10.366 stemmen, of 1.100 meer dan uittredend voorzitter Alexander DE CROO en bijna 2.000 meer dan minister van Justitie Annemie TURTELBOOM, was voor ondergetekende dan ook geen verrassing.

Ik leer er, zoals verwacht, dat de herhaalde inlevering van een deel van de index, zelfs al is het arts zijn in oorsprong een zelfstandig en vrij beroep, aangevoeld wordt als een moeilijk te aanvaarden discriminatie ten opzichte van alle andere bevolkingsgroepen. Als klap op de sociale vuurpijl blijkt nu dat de jeugdige Open VLD-ministers van Pensioenen - eerst Vincent VAN QUICKENBORNE en, na diens vijandige overname op 15.10.2012 van de Kortrijkse burgemeesterssjerp van CD&V-er Stefaan DE CLERCK, sinds 22.10.2012 Alexander DE CROO - de zelfstandig werkende artsen in de herziening van de pensioenregeling vergeten zijn. Het was al

⁷⁹ "La personnalité. Jo De Cock. Patron de l'Inami et président de la 'médico-mut' ". La Libre Belgique, 24.01.2013.

⁸⁰ "Riziv-topman Jo De Cock: 'Ik ben niet de waakhond van Onkelinx' ". Trends, 06.04.2012.

altijd zo dat het voor artsen quasi onmogelijk was om een volledige aanlooptijd van 42 jaar te halen om een volwaardig pensioen te kunnen opbouwen. Nu er wordt voorzien dat mensen na hun 65^{ste} onbeperkt mogen bijverdienen zonder inlevering op of verlies van hun pensioen, geldt dit niet voor artsen. De voorwaarde is immers dat men minstens een professionele loopbaan van 42 jaar moet kunnen voorleggen. De "afgekochte" jaren van opleiding tot specialist of huisarts tellen daar niet voor mee. Roger BLANPAIN, Prof. em. Arbeidsrecht aan de KU Leuven, noemt deze misser ronduit een ongrondwettelijke discriminatie⁸¹.

Geen pensioen en geen index zoals voor andere burgers! Wekt het dan verwondering dat artsen misnoegd zijn? De pesterijen aan het adres van artsen moeten stoppen, meent ook collega Catherine FONCK, volksvertegenwoordiger en ondervoorzitter van de CDH, die we op 08.11.2012 opzochten⁸², maar er in hetzelfde interview, in de lijn van Jean HERMESSE, voorzitter van de CDH-studiedienst, meteen aan toevoegt dat de supplementen op de privé ziekenhuiskamers moeten beperkt worden, zonder dat ze bijkomende geldmiddelen voorziet, noch voor de ziekenhuizen, noch voor de artsenhonoraria. "La grogne" leeft ook in Vlaanderen! Een passus over burn-out in het akkoord artsen-ziekenfondsen van 23.01.2013⁸³ zal niet volstaan om dat buikgevoel weg te werken. De artsen willen dat politici hun specifieke problemen niet-discriminerend en realistisch aanpakken.

In maart 2012 zei (toenmalig) minister van pensioenen, Vincent Van Quickenborne: *"In 2010 gingen Europeanen gemiddeld op 59,1 jaar met pensioen, terwijl dat in 1973 op 64 jaar gebeurde . Door de hervormingen zullen we op 61 of 62 jaar met pensioen gaan. Ook na 2014 zal de uitdaging erin bestaan om de kloof tussen 61 en 65 jaar te verkleinen. Daarbij moet vooral het aantal loopbaanjaren doorwegen en niet zozeer de wettelijke pensioenleeftijd."*⁸⁴. De meeste artsen werken nu al tot hun 65^{ste}. Velen nog langer. Ze worden nu nog extra gestraft als ze na hun 65^{ste} meer zouden willen doen. Een belangrijk politiek aandachtspunt voor 2013.

4.4. Het euthanasiedebat

Staat er eerstdaags een Belgische, Vlaamse, Waalse, Duitstalige, Brusselse ... minister op die de oproep van Taro ASO, de Japanse minister van Financiën overneemt? Volgens deze Japanse minister kosten het kwart van de 128 miljoen Japanners dat ouder is dan 60 te veel⁸⁵. Een euthanasiewet hebben ze daar nog niet. In een lezersbrief van 24.11.1988 van oud-De Standaard-journalist en schrijver Hugo DE RIDDER aan zijn vroegere krant deelde DE RIDDER mee dat het hem tot nadenken stemde dat euthanasie ter sprake werd gebracht in het kader van een Rondetafelconferentie over de sanering van de ziekteverzekering, die werd

⁸¹ "Prof. Roger Blanpain over pensioenhervorming: 'Dit is ongrondwettelijke discriminatie'". Artsenkrant 25.01.2013.

⁸² "Fonck": 'Onkelinx doit cesser de taper sur les médecins'. Journal du Médecin, 14.12.2012.

⁸³ Punt 5.9. Burn-out: De NCGZ zal voorstellen ontwikkelen i.v.m. de aanbevelingen die werden geformuleerd in het rapport van het KCE 165A i.v.m. burn-out bij huisartsen. Een werkgroep zal voor eind 2013 onderzoeken in welke mate een tussenkomst kan worden voorzien voor alle artsen.

⁸⁴ "De moed om te durven". Interview met (toenmalig) minister van pensioenen Vincent Van Quickenborne in De Zelfstandige, 12.03.2012.

⁸⁵ "Japanse minister choqueert. 'Oudjes haasten zich maar beter om te sterven'". De Standaard 23.01.2013.

georganiseerd door de toenmalige PS-minister van Sociale Zaken, Philippe BUSQUIN. Ik moest onwillekeurig aan Hugo DE RIDDER denken bij de lezing van bovenstaand krantenbericht over Japan. Noch de wet op de euthanasie⁸⁶, noch die op de palliatieve zorgen⁸⁷, noch de patiëntenrechtenwet⁸⁸ bestonden al toen zijn brief werd afgedrukt. Zijn de geesten na een kwarteeuw “gerijpt”? Of is de combinatie van al die moeilijke wetten dermate ingewikkeld dat men, 10 jaar na het in voege treden ervan, er gewoon tabula rasa wil van maken? De PS, jarenlang terughoudend, wil tot ieders verrassing plots euthanasie voor minderjarigen mogelijk maken⁸⁹. Aan Vlaamse kant zou in verband met een uitbreiding van euthanasie naar wilsonbekwamen alleen de CD&V nog tegenstribbelen. Aan Franstalige kant is CDH duidelijk tegen en binnen de MR zijn er twee strekkingen: voorzitter Charles MICHEL is eerder tegen, terwijl senator Christine DEFRAIGNE al in 2010 een wetsontwerp indiende om het recht op euthanasie, weliswaar onder strikte voorwaarden, uit te breiden tot minderjarigen vanaf vijftien jaar⁹⁰.

Voor velen is het verschil met hulp bij zelfdoding niet zo groot meer wanneer eind december 2012 twee dove, eeneiige tweelingbroers tezelfdertijd en strikt volgens de wet worden geëuthanaseerd, omdat ze ook blind aan het worden waren. De broers van 45, die suïcide overwogen, waren niet terminaal en hun ouders waren gekant tegen hun beslissing. Professor Wim DISTELMANS, die in december 2011 de eerste “levenseindekliniek” in België introduceerde en aan de VUB professor palliatieve geneeskunde is, begeleidde hun behandelend huisarts bij de procedure⁹¹.

Dat het debat noch de wetgeving zelf omtrent het levenseinde verre van af is in België, bewees Meester Evelien DELBEKE⁹² met haar doctoraal proefschrift van bijna 1.250 bladzijden over de “Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde”⁹³ waarvoor ze op 07.06.2012 de tweejaarlijkse André PRIMIS-prijs 2010-2011 van de Vlaamse Vereniging voor het Gezondheidsrecht won. Aan het publieke debat over het onderwerp dat bij die gelegenheid in het Parlement werd gehouden met de senatoren Rik TORFS (CD&V), Marleen TEMMERMAN (SP.A), Elke SLEURS (N-VA) en Bart TOMMELEIN (Open VLD) nam ook ondergetekende deel vanuit de zaal. Mevrouw VANDAMME was aanwezig voor het VBS.

4.5. De niet-conventionele praktijken

Als jong secretaris-generaal van het VBS verzette ik me al tegen wat toen nog “alternatieve geneeswijzen” heetten. Toen Test-Aankoop in zijn septembernummer 1991 platte propaganda maakte voor homeopathie, doopte ik mijn pen in de vitriool en schreef een kritisch stuk⁹⁴. Een beetje overgedoseerd, want het kostte me een

⁸⁶ Wet van 28.05.2002 betreffende de euthanasie (BS 22.06.2002)

⁸⁷ Wet van 14.06.2002 betreffende de palliatieve zorg (BS 26.10.2002)

⁸⁸ Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26.09.2002)

⁸⁹ "Le PS ouvre l'euthanasie aux mineurs". Le Soir, 18.12.2012.

⁹⁰ "Als huisarts ben je hier nooit helemaal op voorbereid". Artsenkrant, 18.01.2013.

⁹¹ "Euthanasie de jumeaux sourds. Un cas sans précédent" Le journal du médecin, 18.01.2013.

⁹² Faculteit Rechten van de Universiteit Antwerpen en advocatenkantoor Monard-D'Hulst.

⁹³ "Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde". Intersentia, 2012, ISBN 978-94-000-0288-3.

⁹⁴ "Geen illegale geneeskunde, graag alternatieve verbuikersunie". De Geneesheer-Specialist, Nr. 8, oktober 1991.

recht op antwoord. Mijn enige tot op heden. Nu, 21 jaar na mijn editoriaal en 217 jaar na het homeopathisch dogma van Samuel HAHNEMANN uit 1796, geloof ik nog steeds dat homeopathie een placebo-effect *kan* hebben, maar ook niet meer dan dat. Ondertussen slaagde toenmalig minister Marcel COLLA erin de wet betreffende de niet-conventionele praktijken⁹⁵ gepubliceerd te krijgen.

Gezien het letterlijk nonsensicale karakter van deze wet kwamen maar zeer moeizaam uitvoeringsbesluiten tot stand. Door de grote aversie van quasi alle artsen in 1999 werd in de wet van 19.04.1999 ingeschreven dat het parlement alle uitvoeringsbesluiten binnen de zes maanden na publicatie moest ratificeren, op straffe van ongeldigheid. Minister ONKELINX stoorde zich daar bij herhaling niet aan, maar de KB's bleven toch gelden. Op 30.01.2013 zette het parlement zichzelf buitenspel, want ONKELINX vroeg deze lastige (maar wel zeer democratische) passus uit te wet te schrappen, onder het mom van "vereenvoudiging". Dus nog minder parlementaire controle op homeopathie, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie⁹⁶.

De Franstalige liberalen, onder leiding van MR-fractie leider, Dr. Daniel BACQUELAINE, distantieerden zich – terecht - nadrukkelijk van ONKELINX' plan.

De op vraag van de minister geschreven KCE-rapporten waren zeer negatief over de niet-conventionele praktijken^{97, 98, 99}. Die analyses worden straal genegeerd. De bevolking wil bedrogen worden, dat levert stemmen op en dus worden waardeloze en soms gevaarlijke handelingen in een wet gegoten. Dat het Parlement maar uit zijn doppen kijkt of die ganse zwik wordt net vóór de moeder aller verkiezingen in 2014 door het RIZIV terugbetaald, desnoods door nog onredelijker besparingen op te leggen in de sector van de echte medicijnen.

De studenten geneeskunde lieten al van zich horen¹⁰⁰, en ook de decanen van de faculteiten geneeskunde uitten publiek hun bezorgdheid over de veiligheid van de patiënt en over het correct gebruik van de publieke financiële middelen¹⁰¹. Ze voegden er bovendien aan toe dat ze onder geen beding onderwijs wensen aan te bieden over praktijken waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk bewezen is. De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) vraagt de politici de wet-COLLA voorgoed naar de prullenmand te verwijzen. "*Het is hoog tijd om de onwettige uitoefening van de geneeskunde een halt toe te roepen*"¹⁰². Het gedogen en aanmoedigen van pseudogeneeswijzen heeft in België alleen maar geleid tot de groei en bloei van gevaarlijke en sektarische praktijken.

⁹⁵ Wet van 29.04.1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen (BS 24.06.1999).

⁹⁶ "Parlement zichzelf buitenspel", MediQuality, 30/01/2013

⁹⁷ "Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België". KCE Reports 148A, 31.03.2011.

⁹⁸ "Acupunctuur: situatie in België". KCE Reports 153A, 27.04.2011.

⁹⁹ "Stand van zaken van de homeopathie in België". KCE Reports 154A, 24.05.2011."

¹⁰⁰ "Erkenning osteopathie. Kaakslag voor studenten geneeskunde". Artsenkrant, 21.12.2012.

¹⁰¹ "Decanen faculteiten geneeskunde unaniem over niet-conventionele praktijken". MediQuality 25.01.2013.

¹⁰² "Stop eindelijk de onwettige uitoefening van de geneeskunde". Persbericht BVAS, 29.01.2013.

Dokter Louis IDE, N-VA-senator, heeft er een bijzonder lezenswaardig en zeer volledig rapport over gepubliceerd¹⁰³. Ik ontdekte dat de N-VA wetgevend werk wil doen om de wet-COLLA af te schaffen. Collega Louis IDE heeft gelijk als hij dit dossier op het web zet, toegankelijk voor elkeen, want patiënten hebben recht op degelijke zorg en degelijke informatie^{104, 105}.

5. AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN 21.12.2011

5.1. Opgvolging akkoord 21.12.2011

Het akkoord voor het jaar 2012, afgesloten op 21.12.2011, werd, alle disciplines door elkaar genomen, aanvaard door 82,9 % van de artsen, wat iets minder is dan het akkoord van 13.12.2010 voor het jaar 2011 namelijk 83,1 %. (cf. tabel 2, volgende pagina).

¹⁰³ "Alternatieve geneeswijzen, gewikt en gewogen". Louis Ide, namens de Palfijngroep, 01.11.2012

¹⁰⁴ "Patiënten hebben recht op de best mogelijke zorg". N-VA senator Louis Ide heeft een uitvoerig dossier klaar over de alternatieve geneeswijzen". De Standaard, 10.01.2013.

¹⁰⁵ <http://www.vlaamsegezondheidszorg.com/alternatievegeneeswijzen>.

Evolutie deconventiepercentages 1993-2011 per discipline

		21.12.2011	13.12.2010	17.12.2008	20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Gemiddelde
1	Gen. Specialist in opleiding (GSO)	0,26	0,39	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,45
2	Acute en urgentiegeneeskunde	2,53	2,74											2,64
3	Geriatric	2,75	2,56											2,66
4	Klinische biologie	2,87	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,25
5	Medische oncologie	4,48	3,11											3,80
6	Radiotherapie	5,56	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,54
7	Inwendige geneesk. + endocrino diabet.	5,64	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	7,76
8	Nucleaire geneeskunde	6,46	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,80
9	Pathologische anatomie	6,82	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,51
10	Pneumologie	7,65	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,53
11	Andere specialismen	9,80	7,89											8,85
12	Pediatrie + ped. neurologie	11,00	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,53
13	Psychiatrie	11,78	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,76
14	Algemeen geneeskundigen	12,11	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,20
15	Anesthesiologie	12,41	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,32
16	Neurologie	12,82	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	6,36
17	Neuropsychiatrie	13,93	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,47
18	Gastro-enterologie	16,74	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,76
19	Cardiologie	20,82	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,64
20	Chirurgie	22,02	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	18,38
21	Reumatologie	26,05	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	20,56
22	Neurochirurgie	26,37	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	23,21
23	Fysische gen. en Fysiotherapie	26,28	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	21,33
24	O.R.L.	32,40	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	28,50
25	Urologie	33,01	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	27,40
26	Radiologie	34,73	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	23,74
27	Orthopedie	38,31	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	27,43
28	Stomatologie	40,73	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,36
29	Gynaecologie-verloskunde	51,73	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	44,63
30	Oftalmologie	56,95	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,92
31	Plastische chirurgie	61,60	61,20	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,56
32	Dermatologie-venerologie	68,87	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	63,00
	Totaal specialisten + GSO	20,25	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,40
	ALGEMEEN TOTAAL	17,10	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,64

In vergelijking met het gemiddelde deconventiepercentage van de voorbije twaalf akkoorden artsen-ziekenfondsen tussen 1993 en 2010 werd het akkoord voor 2012 vooral voor meer dan het gemiddelde percentage geweigerd door de radiologen (+ 10,99 % t.o.v. het gemiddelde), de orthopedisch chirurgen (+ 10,88 %), de gynaecologen (+ 7,10 %), de neurologen (+ 6,46 %), de dermatologen (+ 5,87 %), de urologen (+ 5,61 %), de reumatologen (+ 5,49%) en de specialisten in fysische geneeskunde en revalidatie (+ 4,95) (cf. tabel 3).

Specialismen met een deconventiepercentage in 2012 hoger dan het gemiddelde van de periode 1994-2012

Specialisme	21.12.2011	gemiddelde	Δ
Radiologie	34,73	23,74	10,99
Orthopedie	38,31	27,43	10,88
Gynaecologie-Verloskunde	51,73	44,63	7,10
Neurologie	12,82	6,36	6,46
Dermato-venerologie	68,87	63,00	5,87
Urologie	33,01	27,40	5,61
Reumatologie	26,05	20,56	5,49
Fysische geneeskunde en Fysiotherapie	26,28	21,33	4,95
Oftalmologie	56,95	52,92	4,03
ORL	32,40	28,50	3,90
Chirurgie	22,02	18,38	3,64
Stomatologie	40,73	37,36	3,37
Neurochirurgie	26,37	23,21	3,16
Gastro-enterologie	16,74	14,76	1,98
Nucleaire geneeskunde	6,46	4,80	1,66
Pathologische anatomie	6,82	5,51	1,31
Cardiologie	20,82	19,64	1,18
Pneumologie	7,65	6,53	1,12
Radiotherapie	5,56	4,54	1,02
Klinische biologie	2,87	2,25	0,62
Plastische chirurgie	61,60	61,56	0,04

Tabel 3

Waar mogelijk werd bij de onderhandelingen van het nieuwe (nog in het Belgisch Staatsblad) te publiceren akkoord van 23.01.2013 rekening gehouden met deze tendensen. Wanneer alsmear minder artsen van een bepaald specialisme toetreden tot het akkoord, dan betekent dit dat de voorwaarden voor de uitoefening van het specifieke beroep ondermaats zijn geworden. De mutualiteiten willen daar altijd opnieuw aan remediëren door het sociaal statuut te verhogen, betaald vanuit de RIZIV-administratiekosten, of door attractiviteitspremies te creëren die ze afnemen van de honorariummassa. Een akkoord artsen-ziekenfondsen is voor artsen pas echt aanvaardbaar als de collegae het gevoel hebben dat hun honoraria overeenstemmen met de intellectuele, fysieke en sociale inspanningen die ze er moeten voor leveren.

5.2. Afsluiting akkoord 2013-2014

5.2.1. Treiterende mutualiteiten sturen onze patiënten – hun leden – naar de arbeidsrechtbank

De pesterijen vanwege de mutualiteiten tegenover de artsen, dikwijls via het tussen hamer en aambeeld leggen van hun patiënten, hielden niet op in 2012. Om zelf geen

bijkomende 20 miljoen euro te moeten besparen op hun administratiekosten, beslisten de mutualiteiten tijdens de vergadering van het RIZIV Verzekeringscomité van 17.01.2012 die besparing op de rug van hun patiënten te realiseren. Door de voorschrijvende artsen te terroriseren, slaagden ze erin om, met buitenissige administratieve en fantaisistische eisen en weigeringen van voorschriften, vele patiënten hun noodzakelijke medicatie gedurende weken te ontzeggen of definitief te ontnemen, wat zoals door de mutualiteiten gewenst, minder uitgaven in de RIZIV rubriek medicijnen in 2012 meebracht.

Onder de indruk van de vele verontwaardigde verhalen, startte ondergetekende eind augustus 2012 op een indirecte manier, via getuigenissen van artsen die de patiëntendrama's van zeer nabij meemaakten, een campagne in Artsenkrant¹⁰⁶. De woede onder de artsen was zo groot en hun spontane reacties zo talrijk, dat de redactie besliste er een reeks van te maken¹⁰⁷. De malaise werd na enige dagen ook in de algemene pers overgenomen¹⁰⁸, ¹⁰⁹. Een adviserend geneesheer, die ondergetekende zeer regelmatig ontmoet in allerlei RIZIV-cenakels, verklaarde de werkwijze van zijn mutualiteit, die hoge toppen scheert in het verwijzen naar de Arbeidsrechtbank van demente, reuma-, pijn- of andere ernstig zieke patiënten, door de toepassing van wet op de rechten van de patiënt. Die wet verplicht de verzekeringsinstellingen immers hun leden die informatie mee te delen. Hoe ver kan een collega afdwalen van de essentie van het artsenberoep? Deze zwarte bladzijde van platte commercie vanwege sommige ziekenfondsen is het meest storende element sinds vele jaren "medico-mut"¹¹⁰.

Om de aandacht van het eigen scabreus gedrag af te wenden, spitsten de mutualiteiten zich voor de rest van het jaar toe op de supplementen. Plastisch chirurgen zouden onterecht hun eigen honorarium vaststellen¹¹¹, ¹¹². Ziekenhuizen zouden systematisch te veel aan rekenen¹¹³ en fouten maken¹¹⁴. Het haantjesgedrag van een van de DEHAENE-boys¹¹⁵ in de ziekteverzekering, CM-voorzitter Marc JUSTAERT, werd dermate irritant dat onderhandelen over een akkoord artsen - ziekenfondsen quasi onmogelijk werd. Of ligt de reden voor zijn gedrag in het dalend ledenaantal¹¹⁶, in het ongelijk krijgen in sommige juridische procedures voor rechtbanken¹¹⁷, of in het – al lang geleden aangekondigde – debacle in de Dexia-ACV-CM-aandelenzaak¹¹⁸?

¹⁰⁶ "Ziekenfonds stuurt dementen naar Arbeidsrechtbank". Artsenkrant blz.1, 07.09.2012.

¹⁰⁷ "De Bf oorlog: wat is uw verhaal?" en "Totaal gebrek aan Hippocratische ethiek". Artsenkrant, 07.09.2012.

¹⁰⁸ "Artsen laken pestgedrag van de ziekenfondsen". De Standaard, 10.09.2012.

¹⁰⁹ "Ziekenfondsen treffen patiënten met besparingen". De Morgen, 18.10.2012.

¹¹⁰ "Het verraad van de (christelijke) ziekenfondsen"/ De Specialist, 09.01.2013.

¹¹¹ "Verwerpelijke artsentruc". De Standaard, 09.08.2012.

¹¹² "La MC dénonce 'des suppléments d'honoraire injustifiés'". Le Journal du Médecin, 10.08.2012.

¹¹³ "CM: meer dan 8.000 foute ziekenhuis-facturen". De Morgen, 15.01.2013.

¹¹⁴ "Patients hospitalisés: 8.000 erreurs de factures en 2012". La Dernière Heure, 14.01.2013.

¹¹⁵ Jean-Luc Dehaene was Minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen van 1981 tot 1988 en nadien premier van 1992 tot 1999. In de eerste periode werkten onder meer de huidige RIZIV-topman Jo De Cock en CM-voorzitter Marc Justaert op zijn kabinet, naast andere "Dehaene boys" die het ver geschopt hebben.

¹¹⁶ "The 2012 final CM countdown". Editoriaal Dr. Marc Moens, De Specialist, 21.11.2012.

¹¹⁷ "Hasseltse rechtbank vindt klacht ongegrond. Ziekenfondsen lopen blauwtje op". De Specialist, 21.11.2012.

¹¹⁸ "Pauli's Pen: Als Dexia zinkt, gaat het ACW mee ten onder". De Morgen, 08.10.2008

Ongetwijfeld liggen de besparingen die de mutualiteiten op hun administraties in 2012 moesten doorvoeren¹¹⁹ de mutualisten nog op de maag. Dat argument kan echter minstens zoveel ook voor de artsen-onderhandelaars tellen, maar objectief niet voor het jaar 2012 (cf. tabel 4). De patiëntendossiers qua ziekteverzekering van het groeiend aantal inwoners in België informaticagewijs bijhouden is hoe dan ook minder kostengenererend dan die 11,08 miljoen mensen effectief adequate gezondheidszorg aanbieden.

Uitgaven administratiekosten alle mutualiteiten versus RIZIV-uitgaven artsenhonoraria (in miljoen €) (in nominale waarde)

Jaar	Administratiekosten V.I.*		RIZIV-uitgaven artsenhonoraria**	
	Bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar	Bedrag	Toename t.o.v. vorig jaar
1986	445,628	0,00	2.426,7	0,00
1987	460,958	+ 1,17	2.644,4	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,0	- 0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,2	+ 6,63
1990	494,002	+ 3,79	2.944,6	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,1	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,0	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,3	- 2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,5	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.362,2	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,1	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,8	- 5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,0	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,4	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,8	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	744,678	+ 6,86	4.291,5	- 1,21
2003	779,678	+ 4,70	4.623,6	+ 7,74
2004	816,479	+ 4,72	5.062,6	+ 9,49
2005	846,688	+ 3,70	5.292,3	+ 4,54
2006	878,015	+ 3,70	5.274,9	- 0,33
2007	910,940	+ 3,75	5.608,1	+ 6,32
2008	945,155	+ 3,76	6.135,9	+ 9,41
2009	989,236	+ 4,66	6.637,6	+ 8,18
2010	1.029,425	+ 4,06	6.658,3	+ 0,31
2011	1.052,421	+ 2,23	6.955,9	+ 4,47
2012	1.047,527	- 0,47	°7.304,0	+ 5,00

* BS 17.02.2012

** RIZIV-jaarverslagen

° Doelstelling

Gemiddelde jaarlijkse stijging: V.I.'s: + 5,19 %; artsen: + 7,73 %

Over de periode van 26 jaar: V.I.'s: + 135,1 %; artsen: + 201,0 %

Tabel 4

5.2.2. De medico-mut in pillenoorlog met minister ONKELINX

Sinds begin 2012 en vandaag kwam de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen achtmaal geldig plenair bijeen, waren er twee werkgroep

¹¹⁹ Artikel 8 van de wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid (BS 17.02.2012)

vergaderingen, werd de vergadering eenmaal afgelast (10.12.2012) en kwam ze eenmaal samen zonder het vereiste quorum (17.12.2012).

Op 11.01.2012 werden lopende zaken behandeld, maar op 30.01.2012 was de spanning te snijden. De regering had beslist dat de medico-mut uiterlijk tegen 31.01.2012 maatregelen diende uit te werken om een besparing van € 21,7 miljoen te realiseren via volumebeperkingen voor antibiotica en antimaagzweermiddelen. Indien de medico-mut daar niet in slaagde zou de verplichte substitutie bij wet worden opgelegd voor antibiotica en antimycotica in de ambulante zorg, en zou er een vorm van automatische VOS (voorschrift op stofnaam) met het goedkoopste medicijn worden ingevoerd. De deadline werd gehaald tijdens de vergadering van 30.01.2012 en de nota lag tijdig op het bureau van minister ONKELINX op 31.01.2012.

Desalniettemin publiceerde de minister haar wet¹²⁰ zonder de nota van de medico-mut een blik waardig te gunnen, zodat het artikel 11 van het KB NR. 78, dat substitutie van medicijnen expliciet verbod, vanaf nu wel substitutie onder bepaalde omstandigheden toelaat¹²¹. De nieuwe wet veroorzaakte tal van praktische problemen bij de voorschrijvende artsen en de afleverende apothekers die voor de patiënten zeer nadelig waren, zowel kwalitatief als financieel. De apothekers kwamen in een heksenketel terecht¹²², met steeds wijzigende medicijnnamen voor dezelfde molecule en prijsverschillen die maandelijks wijzigden. Na groot protest mocht de arts de apotheker verbod tot substitutie opleggen als de therapie dat vereist. Dit therapeutische objectief moet dan wel controleerbaar in het medisch dossier van de patiënt vermeld staan¹²³. De materie werd zo complex dat het RIZIV zich genoodzaakt zag er een brochure aan te wijden¹²⁴. De druk om alsmaar meer goedkopere en meer generieke medicijnen voor te schrijven bleef het hele jaar prominent aanwezig.

5.2.3. Wat we zelf besparen, besparen we beter

De regering besliste eind 2011 ook dat er € 152 miljoen op jaarbasis diende bespaard te worden op de artsenhonoraria. Ze had zelf voor € 80 miljoen inleveringen bedacht op een reeks verstrekkingen en verder wou ze de index van 2,99 % deels aanslaan. We berichtten daar in detail over in ons vorig jaarverslag¹²⁵.

Aan de verschillende VBS-beroepsverenigingen werd gevraagd na te kijken of in hun nomenclatuur geen mogelijkheden aanwezig waren tot besparen zonder aan de kwaliteit van de zorg te raken, met dien verstande dat zeer uitdrukkelijk werd gevraagd dat elke groep zich tot de eigen discipline zou beperken. Het gras is

¹²⁰ Artikel 10 van de wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid (BS 17.02.2012)

¹²¹ Wijziging van artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen door artikel 10 van de wet van 17.02.2012.

¹²² "Apotheker moet vanaf nu goedkoopste antibioticum voorschrijven". Het Laatste Nieuws, 04.02.2012.

¹²³ "Une objection thérapeutique pour édulcorer la substitution". Le Généraliste, 09.02.2012.

¹²⁴ Brochure voor de arts, tandarts en apotheker. Afleveren van het goedkoopste geneesmiddel bij voorschrijven op stofnaam en (voorschrijven van) antibiotica en antimycotica (RIZIV, april 2012).

¹²⁵ "EU: to live and let die". Dr. Marc Moens. VBS jaarverslag 2011, 04.02.2012 punten 4.3 en 4.4.

immers altijd groener op andermans weide. De meeste beroepsverenigingen leverden concrete voorstellen in, die werden verzameld en via de BVAS onder vorm van een gestructureerde nota van 25 bladzijden bij het RIZIV terechtkwamen. De verschillende mutualiteiten en het Kartel maakten elk apart dezelfde oefening, en na triage (o.m. op realiteit en haalbaarheid) door de deskundigen van de Dienst geneeskundige verzorging leverde dit een lijst met 52 geanonimiseerde voorstellen op.

Tijdens de vergaderingen van 7 mei, 21 mei en 25 juni 2012 werd uiteindelijk een selectie gemaakt die tot 25 fiches leidde. Vermits het niet zeker was dat het volledige bedrag van de door de regering geëiste besparing zou kunnen worden bereikt via nomenclatuuringrepen, was in het akkoord van 21.12.2011 voorzien dat niet de volledige index van 2,99 % zou worden toegekend en dat alleen de “intellectuele verstrekkingen” uiterlijk op 01.12.2012 tot hun normale indexniveau van 2,99 % zouden stijgen. Die “teruggave van de index” ging uiteindelijk door op 01.08.2012. Door de indexinlevering en door de selectieve besparingen op een reeks individuele prestaties werd er uiteindelijk ± € 12,3 miljoen meer bespaard dan stricto sensu nodig. Dat bedrag werd, op voorstel van een werkdocument van de BVAS d.d. 02.07.2012, toegewezen aan specialisten die het meeste nood hadden aan een financiële injectie. We citeren de nota die op 09.07.2012 door de medico-mut werd goedgekeurd:

10 juli 2012 – Corr.

BESLISSINGEN NCGZ I.V.M. DE BESPARINGEN BEGROTING 2012

3c. Beslissing met betrekking tot de selectieve herwaarderingen

Bij de keuze voor de selectieve herwaarderingen heeft de NCGZ bijzondere aandacht besteed aan de herwaardering van de intellectuele verstrekkingen voor specialisten met een aanzienlijke ziekenhuisspecialiteit of/met beperkte honoraria inkomsten (cf. KCE report 178)

Zie tabel 5 op de volgende pagina.

Groep	Nomnr.	Coëfficiënten	Huidig honorarium	Na index op 01/8/2012	Vanaf 01/12/2012	Financiële impact 000 EUR
Kinder- en jeugdpsychiatrie (*) (**) + 270 d euro in maatregelen doelstelling voor crisisopvang kinderen						1.230 (**)
Neurologie		N	Q	9,0 %		
3108	102174	20		41,88	42,49	46,31
3108	102675	20	0	44,80	45,47	49,55
Reumatologie						1.668
Reumatologie		N	Q	9,0 %		
3104	102152	16		42,52	43,15	47,03
3104	102653	16	30	45,92	46,60	50,78
1.624						
Dermatologie		N	Q	3,5 %		
a) herwaardering 102734 en 102756						
3111	102734	10,1		26,39	26,78	27,71
3111	102756	10,1	30	27,49	27,90	28,88
b) Opsporen melanomen						1.493
Psychiatrie en neuropsychiatrie		N	Q	2,0 %		
3108	102196	20		40,27	40,86	41,67
3108	102211	20		40,27	40,86	41,67
3108	102690	20	30	43,12	43,76	44,63
3108	102712	20	30	43,12	43,76	44,63
3142	109513	30		66,06	67,03	68,37
3142	109535	20		44,56	45,25	46,15
3142	109550	10		23,49	23,84	24,32
3142	109572	10		23,49	23,84	24,32
3142	109631	30	90	69,30	70,33	71,73
3142	109653	20	45	46,29	46,97	47,91
1.700						
Algemene inwendige geneeskunde		N	Q	9,0 %		
3107	102034	16		32,21	32,68	35,63
3107	102550	16	30	35,01	35,53	38,72
3107	102955	40		78,19	79,33	86,47
3107	102970	40	30	81,28	82,46	89,89
1.411						
Toezicht pediatrie en NIC		C	Q	3,8 %		
A) pediatrie						
7724	598220	25	30	75,22	76,33	79,23
7724	598802	25		71,58	71,58	75,39
B) NIC						888
B) NIC				13,0 %		
7724	596326	51	30	139,53	141,59	159,99
7724	596341	44	30	120,51	122,29	138,18
7724	596363	21,5	30	59,37	60,24	68,07
796						
				kostprijs herwaardering		12.295
				beschikbare massa		12.295
				verschil		0

Tabel 5

P.S. van het RIZIV bij tabel 5: *“Wat de maatregelen inzake kinder- en jeugdpsychiatrie betreft, koos de medico-mut voor een van nomenclatuurwijziging en niet voor een aanpassing van de waarde van de sleutelletter. worden voorgelegd. Bij gebreke daaraan zullen de honoraria van bepaalde raadplegingen vanaf 1 december worden aangepast.”*

Sommige besparingen die via een aanpassing van de sleutelletter gerealiseerd konden worden traden in voege op 01.08.2012. Met andere woorden samen met het herstel van de volledige index voor de “intellectuele” verstrekkingen. De opwaarderingen via sleutelletter gingen in op 01.12.2012. De noodzakelijke Koninklijke besluiten voor sommige besparingen die via nomenclatuur verlopen zijn nog vandaag nog niet gepubliceerd (vb. de cervixkankerscreening nog maar eens per drie jaar i.p.v. eens per twee jaar). Hetzelfde geldt voor de opwaardering van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Op te merken valt dat de nota verwijst naar het geruchtmakende rapport 178 van het KCE van 31.05.2012 over onder meer de artseninkomens¹²⁶. Ofschoon de studie in een van zijn besluiten zegt dat het aantal deelnemende ziekenhuizen te klein was om er met zekerheid conclusies uit te trekken¹²⁷, wordt er binnen de maand na publicatie al wel degelijk naar verwezen.

Op te merken valt ook dat met deze werkwijze een impliciete vorm van herijking wordt toegepast dat inspirerend kan en zal werken voor volgende akkoorden.

5.2.4. BVAS-conflict met de wetgever leidt tot blokkade van werking medico-mut

Bij het hernemen na de zomer van de activiteiten van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen op 22.10.2012 was de stemming op de BVAS bank onder het vriespunt gezakt. Hun delegatie was aanwezig om de inmiddels in ontwerp van Koninklijke besluiten gegoten positieve maatregelen van 9 juli te kunnen goedkeuren.

Maar er was een zeer diep ongenoegen over het ontwerp van wet inzake de toegankelijkheid tot gezondheidszorg en meer in het bijzonder wat de verplichting van de sociale regeling derde betalende betreft en het verbod op het vragen van supplementen op twee- en meerpersoonskamers door niet verbonden artsen. Vanuit die onvrede besliste de Raad van bestuur van de BVAS op 07.11.2012 zijn bestuurders geen mandaat meer te geven om te onderhandelen over een nieuw akkoord artsen- ziekenfondsen voor de jaren 2013-2014. De redenen voor die negatieve beslissing werden schriftelijk aan de voorzitter Jo DE COCK van de Nationale commissie geneesheren – ziekenfondsen meegedeeld.

De BVAS liet voorzitter DE COCK weten dat de verplichte regeling sociale derde betalende voor administratieve overlast voor artsen dreigt te zorgen, want de artsen

¹²⁶ "Handleiding voor op Kosten gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies". KCE Report 178, 31.05.2012, in het bijzonder Appedix 18 "Physician income" (blz. 102) en tabel 11 "Average GHIMD per half day, per speciality (blz. 34) .

¹²⁷ Manual for cost based pricing of hospital interventions. Page 35, 2.5. Conclusions: *"The figures presented in the table above obviously do not reflect the reality of each physician in each speciality. The variability in the data is large and the number of observations is small. More accurate data would require the participation of more hospitals in an updated study."*

het werk van de verzekeringsinstellingen gratis moeten uitvoeren. Bovendien meent de BVAS dat die nieuwe regeling niet nodig is voor alle patiënten van de veel te ruim omschreven doelgroep en dat ze voor belangrijke meeruitgaven zal zorgen op een ogenblik dat een rigide budgettaire striktheid wordt opgelegd aan de zorgverleners.

De Raad van bestuur van de BVAS tilde ook erg zwaar aan het verbod om als zelfstandig zorgverstrekker vrije honoraria te kunnen bepalen, ook voor patiënten verblijvend op twee- en meerpersoonskamers. Omdat de wet al in allerlei maatregelen voorziet was de BVAS van oordeel dat het ontwerp geen daadwerkelijke bijdrage zou leveren om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren.

De BVAS liet voorzitter DE COCK en minister ONKELINX weten dat er niet meer onderhandeld werd in de medico-mut tenzij er amendementen ten gunste van de artsen werden aangebracht in het ontwerp. Op die beslissing werd niet meer teruggekomen, ook niet nadat minister ONKELINX een verzoeningspoging voorzat op haar kabinet in de vooravond van maandag 10.12.2012. De geplande vergadering van de medico-mut diezelfde avond om 20 uur werd 's namiddags per e-mail afgelast. Op dinsdagmorgen 11.12.2012 kwamen de partners van de medico-mut – met uitzondering van de BVAS, want die wou eerst het verloop van de debatten en de stemming in het parlement over het wetsontwerp kennen – weer samen bij minister ONKELINX. De minister overhandigde hen haar "document", dat ze dus al klaar had in geval het niet tot een akkoord zou komen, zodat ze het aan alle individuele geneesheren zou kunnen voorleggen. Een gevaarlijke gok voor minister ONKELINX, want een van haar voorgangers, Philippe MOUREAUX, had begin 1993 dezelfde gok verloren¹²⁸.

De Commissie Volksgezondheid van de Kamer keurde het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op woensdag 12.12.2012 goed met enkele amendementen van de meerderheid die in de richting gingen van hetgeen de BVAS al maandenlang vroeg. Enkele uren na de stemming in de Kamercommissie en net voor de vergadering van het bestuurscomité van de BVAS, ontvingen de BVAS-bestuurders een brief van voorzitter Jo DE COCK met toelichting omtrent de nieuwe situatie. In die brief schreef de voorzitter onder meer: *"Ik zou dit debat wensen verder te zetten en te concretiseren in de NCGZ met open vizier en met het belang van de patiënt als uitgangspunt. Ik zou het betreuren dat artsen en ziekenfondsen niet langer bij machte zouden zijn om tot een open en vruchtbare dialoog te komen. Dit vergt wederzijds vertrouwen en een inspanning van elkeen waarbij het eigen belang kan worden overschreden."*

Om onaangename verrassingen uit te sluiten besliste het BVAS-bestuur de publicatie van de wet af te wachten en zijn voorzitter, ondergetekende, een verklaring te laten afleggen op de vergadering van de medico-mut die voorzitter DE COCK op 17.12.2012 had bijeengeroepen met de vraag de onderhandelingen enige tijd op te schorten zodat de BVAS zijn basis zou kunnen raadplegen. De volgende BVAS-raad

¹²⁸ In zijn vergadering van 03.02.1993 stelde de Nationale commissie geneesheren – ziekenfondsen vast dat het "Document van 18 december 1992" geweigerd werd door 51,5 % van alle artsen, 37,8 % van de huisartsen en 63,73 % van de specialisten, zodat het "Document Moureaux" niet in voege kon treden (uit de notulen 1993/1 van de vergadering van 03.02.1993). Minister Moureaux was zo wijs geen tarieven op te leggen voor het jaar 1993.

van bestuur d.d. 09.01.2013 zou dan uitiem beslissen over verdere participatie aan het overleg.

5.2.5. Beter laat dan nooit

Op 09.01.2013 zette de raad van bestuur van de BVAS het licht op groen om opnieuw aan de onderhandelingstafel te gaan zitten op donderdag 10.01.2013, op het moment van het VBS-bestuurscomité, waar ik dus ten uitzonderlijken titel forfait moest geven als secretaris-generaal. Als er € 105 miljoen moet worden bespaard, waarvan € 82,3 miljoen als terugbetaling van de overschrijding van de begrotingsdoelstelling en (nog maar eens) € 20 miljoen ten gevolge een geraamde volumevermindering inzake medische beeldvorming, dan kan het geen akkoord worden om mee uit te pakken. Op 14 en 16 januari waren er twee technische vergaderingen om – net zoals voor het akkoord van 21.12.2011 – het bedrag dat te veel werd afgeroomd van de index, selectief toe te wijzen. De BVAS diende daartoe een becijferd voorstel in dat in grote lijnen werd gevolgd (cf. tabel 6).

Synthese	000 EUR
I. Raadplegingen en toezicht	8.537
a) herwaardering neurologen, kinderneurologen, pneumologen, reumatologen en geriateren (+ 5 %) en dermatologen via accreditering	6.108
b) consultatie aan bed (+ 25 %)	2.404
c) gelijkschakeling toezichtshonoraria kinderneurologen	25
II. Technische verstrekkingen	5.052
a) Echografie gynaecologie + 15 %	953
b) ORL en plastische heekunde: herwaardering otoplastie (terugkeer + indexering vroeger honorarium)	516
c) Chirurgie	1.028
d) Reconstructieve borstchirurgie na operatie (flap) (na overleg)	882
e) Fysio	1.673
Totaal	13.589

Tabel 6

Op 23.01.2013 werden de laatste hoeken afgevijld. De “attractiviteitspremie” die de mutualiteiten absoluut op € 434 wilden houden, terwijl de BVAS die liefst van al wilde gebruiken voor een ganse reeks andere nuttige bestemmingen en de weigering vanwege de mutualiteiten om het sociaal statuut voor de gedeeltelijk geconventioneerden te indexeren. Uiteindelijk stelde voorzitter DE COCK een compromis voor: het sociaal statuut voor de gedeeltelijk geconventioneerden werd met 2,0 % geïndexeerd, zoals de “intellectuele verstrekkingen”, terwijl het sociaal statuut voor de volledig geconventioneerden de volle 2,76 % krijgt, wat eigenlijk de normale index is. Inzake het evenwicht met de “attractiviteitspremie” van de mutualiteiten, verkreeg de BVAS een gedeeltelijke recuperatie van index van de maand januari, die normaliter verloren zou zijn gegaan omdat de nieuwe, geïndexeerde tarieven pas in voege zullen treden op 01.02.2013.

Het akkoord moet nu in het Belgisch Staatsblad worden gepubliceerd, waarna de artsen die niet wensen toe te treden dertig dagen de tijd hebben om hun weigering bij

het RIZIV per aangetekende brief bekend te maken. Ten laatste 45 dagen na de publicatie van het akkoord in het Belgisch Staatsblad treedt het dan officieel in voege. Ondertussen kunnen vanaf 01.02.2013 de nieuwe tarieven worden toegepast. Het akkoord werd afgesloten in afwezigheid van de verontschuldigde Jean-Pascal LABILLE, die inmiddels minister werd¹²⁹. Niet dat het veel verschil maakte, want sinds zijn aanstelling als lid van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op 08.02.2010, werd hij alleen opgemerkt in de vergaderingen van 08.02.2010, 08.03.2010 en 13.12.2010, met andere woorden 3 keer op 31 plenaire en 6 werkgroep vergaderingen.

5.3. De accreditering

In mijn vorig jaarverslag toonde ik al aan dat de opwaardering met € 434,20 voor de artsen die niet alleen geaccrediteerd, maar bovendien ook volledig geconventioneerd waren geen invloed had op het aantal geaccrediteerde artsen¹³⁰. Integendeel. Begin 2011 was 55,68 % van alle bij het RIZIV gekende artsen geaccrediteerd¹³¹. Begin 2012 was dat percentage gezakt tot 54,07 %. Nog een jaartje later, na een volledig jaar implementatie van die discriminatoire opwaardering (want de niet-geconventioneerde en gedeeltelijk geconventioneerde artsen konden er geen aanspraak op maken) met € 434,20 is het percentage 54,51 % (cf. tabel 7).

¹²⁹ Op 17 januari 2013 werd Labille benoemd tot minister van Overheidsbedrijven, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid. Binnen de regering Di Rupo werd hij de opvolger van Paul Magnette die op diezelfde dag burgemeester werd van Charleroi.

¹³⁰ "EU: to live and let die". VBS Jaarverslag 2011. Dr. Marc Moens, 04.02.2012.

¹³¹ Daarin zijn ook de specialisten en de huisartsen in opleiding inbegrepen die per definitie niet accreditteerbaar zijn.

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2012 - 01.02.2013

2 0 1 3		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden		% verschil 2012-2013
		01.02.2013	01.02.2012	01.02.2013	01.02.2012	01.02.2013	01.02.2012	
	Artsen 000 & 009	1.478	726	0	0	0,00	0,00	0
	Huisartsen 001-002	1.630	2.393	0	0	0,00	0,00	0
	Huisartsen 003-004-007-008	14.296	14.233	9.970	9.797	69,74	68,88	+ 0,86
	Huisartsen in opleiding 005-006	782	714	0	0	0,00	0,00	0
	TOTAAL	18.186	18.066	9.970	9.797	54,82	54,23	0,59
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	4.166	3.843	2	0	0,05	0,00	+0,05
1	Medische oncologie	221	200	182	169	82,35	84,50	- 2,15
2	Geriatricie	277	328	225	238	81,23	72,56	+ 8,67
3	Pneumologie	518	491	413	389	79,73	79,23	- 0,50
4	Oftalmologie	1.115	1.100	882	854	79,10	77,64	+ 1,46
5	Gastro-enterologie	672	652	527	513	78,42	78,68	- 0,26
6	Neurologie	497	475	380	354	76,46	74,53	+ 1,93
7	Dermato-venerologie	753	740	560	553	74,37	74,73	- 0,36
8	Reumatologie	243	238	179	178	73,66	74,79	- 1,13
9	Fysische geneesk. en fysiotherapie	518	505	376	361	72,59	71,49	+ 1,1
10	Radiologie	1.668	1.651	1.204	1.171	72,18	70,93	+ 1,25
11	Pathologische anatomie	340	338	242	233	71,18	68,93	+ 2,25
12	O.R.L.	685	684	481	464	70,22	67,84	+ 2,38
13	Urologie	422	410	287	278	68,01	67,80	+ 0,21
14	Cardiologie	1.114	1.089	755	722	67,77	66,30	+ 1,47
15	Radiotherapie	212	216	143	144	67,45	66,67	+ 0,78
16	Psychiatrie	1.906	1.841	1.246	1.201	65,37	65,24	+ 0,13
17	Nucleaire geneeskunde	332	327	210	196	63,25	59,94	+ 3,31
18	Gynaecologie-verloskunde	1.528	1.510	964	945	63,09	62,58	+ 0,51
19	Pediatrie + kinderneurologie	1.678	1.658	1.055	1.021	62,87	61,58	+ 1,29
20	Klinische biologie	657	665	390	385	59,36	57,89	+ 1,47
21	Anesthesie	2.046	2.011	1.213	1.179	59,29	58,63	+ 0,66
22	Acute geneeskunde en urgentiegen.	811	788	480	457	59,19	57,99	+ 1,20
23	Apothekers-biologen	636	621	373	367	58,65	59,10	- 0,45
24	Orthopedie	1.043	1.038	600	588	57,53	56,65	+ 0,88
25	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.550	1.513	841	833	54,26	55,06	- 0,80
26	Neurochirurgie	207	202	100	94	48,31	46,53	+ 1,78
27	Chirurgie	1.534	1.519	712	690	46,41	45,42	+ 0,99
28	Stomatologie	338	329	138	139	40,83	42,25	- 1,42
29	Plastische chirurgie	269	265	83	89	30,86	33,58	- 2,72
30	Neuropsychiatrie	264	286	71	89	26,89	31,12	- 4,23
31	Andere specialismen	97	106	18	20	18,56	18,87	- 0,31
	TOTAAL SPECIALISTEN	24.151	23.796	15.329	14.914	63,48	62,67	+ 0,81
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	28.316	27.639	15.331	14.914	54,14	53,96	+ 0,18
	ALGEMEEN TOTAAL	46.502	45.705	25.302	24.711	54,41	54,07	+ 0,34

Bron: RIZIV Accrediteringsstuurgroep 16.01.2013 en VBS-jaarverslag 04.02.2012 Dr. M. MOENS

Tabel 7

Het hoogste percentage geaccrediteerde artsen dat ik sinds het bestaan van de accreditering in mijn jaarverslagen mocht optekenen was begin 1999 en bedroeg 58,48 %¹³². Het laagste percentage bedroeg 54,01 % bij het begin van het jaar 2003¹³³. Het gemiddelde over de 17 in mijn jaarverslagen geregistreerde percentages bedraagt 55,21 % met slechts beperkte schommelingen (cf. tabel 8).

¹³² "Budgettaire Yin en reglementaire Yang". VBS jaarverslag 1998. Dr. Marc Moens, 06.02.1999.

¹³³ "De gezondheidszorg, een paarse slijtzwam met groene stippels". VBS jaarverslag 2002. Dr. Marc Moens, 08.02.2003.

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

Jaar	%
1997	55,60
1998	54,60
1999	58,48
2000	55,15
2001	55,67
2002	55,92
2003	54,01
2004	54,19
2005	55,31

Jaar	%
2006	54,08
2007	54,94
2008	55,89
2009	55,01
2010	55,51
2011	55,68
2012	54,07
2013	54,41
Gemiddelde	55,21

Tabel 8

Het uitblijven van de financiering van de LOK's zette kwaad bloed bij een aantal leden van de accrediteringsstuurgroep, die ondergetekende voorziet. Uiteindelijk, na lang aandringen door de secretaris van de accrediteringsstuurgroep, Dr. Juris Bart DE VOS, bezorgde de algemene administratie van de fiscaliteit bij de FOD Financiën een antwoord over hoe de betaling van de financiële LOK-ondersteuning door het RIZIV aan de LOK-verantwoordelijke fiscaal moet worden behandeld. Dat zette het administratief licht op groen, zodat het ontwerp van KB, dat bijna twee volle jaren voordien was voorbereid, op 27 december 2012 in het Belgisch Staatsblad kon worden gepubliceerd¹³⁴. De financiering lag vervat in het punt 6.2. van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 13.12.2010 voor het jaar 2011¹³⁵.

De toepassing van de regeling van het KB van 12.12.2012 lokte veel protest uit, want slechts 808 van de 1726 LOK's, of 47 %, voldeden aan de gestelde voorwaarden¹³⁶, voornamelijk omdat de LOK-verantwoordelijken niet tijdig hun aangifte hadden gedaan¹³⁷.

Na een uitvoerig debat in de vergadering van de accrediteringsstuurgroep van 16.01.2013 werd beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen te vragen om die strikte regeling voor de jaren 2011 en 2012 niet toe te passen. Op voorstel van NCGZ-voorzitter, Jo De COCK, ging de medico-mut daar unaniem mee akkoord op 23.01.2013. Een tactisch zeer diplomatische zet van de voorzitter, want het enige volgende punt op de agenda van die bewuste donderdagavond was het afsluiten van een akkoord artsen-ziekenfondsen 2013-2014. Hij was immers gebriefd dat de niet-uitbetaling van de LOK-financiering velen erg hoog zat. In welke mate deze tegemoetkoming aan de artsen LOK-verantwoordelijken heeft bijgedragen is onmogelijk in te schatten, maar vier uur later was er een akkoord (cf. punt 5.2.5.).

¹³⁴ KB van 12.12. 2012 tot instelling van een financiering voor de lokale kwaliteitsgroepen (BS 27.12.2012)

¹³⁵ Akkoord artsen-ziekenfondsen van 13.12.2010 punt 6.2.: *“Teneinde de financiering van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) door de farmaceutische industrie te vermijden, beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen om een bedrag van 1.360 duizend euro toe te wijzen aan de overheidsfinanciering van de lokale kwaliteitsgroepen. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal de aandacht trekken van de geneesmiddelenindustrie, via haar vertegenwoordigers, op het ongewenst karakter van het najagen van een financiering van hun zijde.”*

¹³⁶ DOC. NCGZ 2013/5: brief Dr. Marc Moens, voorzitter accrediteringsstuurgroep, aan de Heer Jo De Cock, voorzitter van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen d.d. 18.01.2013.

¹³⁷ Cf. De Geneesheer-Specialist, Nr. 1, januari 2013 pagina's 4 tot en met 7.

6. JURIDISCHE PROCEDURES

6.1. Vorderingen die ingeleid werden in 2012

6.1.1. KB van 28.06.2011 tot wijziging van het KB van 21.04.1983¹³⁸ en het MB van 09.09.2011¹³⁹

Het KB van 28 juni 2011 tot wijziging van het KB van 21 april 1983 brengt een fundamentele verandering aan in de samenstelling en het functioneren van de erkenningscommissies.

Sedert jaar en dag brengt de erkenningscommissie van een basisspecialisme een advies uit aan de minister in verband met de toekenning van de bijzondere beroepsbekwaamheden gerelateerd aan het basisspecialisme. Zo bracht de erkenningscommissie inwendige geneeskunde advies uit met betrekking tot de toekenning van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de nefrologie of endocrinologie. Indien in de erkenningscommissie niet de nodige expertise aanwezig was, deed de erkenningscommissie een beroep op een aantal experts om haar bij te staan bij de beoordeling van de haar voorgelegde dossiers.

De heer Xavier VAN CAUTER, jurist bij de FOD Volksgezondheid maar ondertussen overgestapt naar het kabinet van Minister Laurette ONKELINX als juridisch stafmedewerker, zag geen heil in dit naar ieders voldoening goed functionerende systeem. Xavier VAN CAUTER is de auteur van dit KB van 28 juni 2011. Het door hem uitgewerkte systeem is nutteloos ingewikkeld en het schiet bovendien zijn oorspronkelijk beoogde doel voorbij, namelijk dat in de erkenningscommissie de nodige expertise aanwezig is op het moment dat een dossier over een bijkomende beroepsbekwaamheid moet worden beoordeeld.

Een voorbeeld ter illustratie. De erkenningscommissie pediatrie is tevens bevoegd om advies te verlenen omtrent het toekennen van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de kinderneurologie, de neonatologie en de pediatrie hemato-oncologie. De erkenningscommissie pediatrie, die minstens 6 leden telt (3 zetelend op de bank van de universiteiten en 3 zetelend op de bank van de beroepsverenigingen), dient in casu aangevuld te worden met 6 erkende kinderneurologen, 6 erkende neonatologen en 6 erkende pediatrie hemato-oncologen. Om geldig te kunnen beraadslagen, moet minstens de helft van de leden aanwezig zijn. In dit voorbeeld moeten dus 12 van de 24 leden aanwezig zijn. Indien

¹³⁸ Koninklijk besluit van 28 juni 2011 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen tot oprichting van erkenningscommissies voor de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de houders van een master in de geneeskunde of van de academische graad van arts die reeds houder zijn van een bijzondere beroepstitel, blz. 8144 (BS 02.02.2012)

¹³⁹ Ministerieel besluit van 9 september 2011 tot toekenning van de erkenningsopdrachten, voor de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de houders van een master in de geneeskunde of van de academische graad van arts die reeds houder zijn van een bijzondere beroepstitel, aan de erkenningscommissies voor een bijzondere beroepstitel overeenkomstig artikel 4bis eerste lid van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 08.03.2012)

het vereiste quorum niet wordt bereikt, moet een tweede vergadering worden bijeengeroepen met dezelfde dagorde. Deze tweede vergadering kan geldig beraadslagen ongeacht het aantal aanwezige leden.

Het nieuwe systeem kan tot absurde situaties leiden. Er kan in de eerste vergadering van de erkenningscommissie een positief advies worden verleend m.b.t. het toekennen van een bijzondere beroepsbekwaamheid zonder dat er ook maar één specialist houder van deze beroepsbekwaamheid aanwezig is. Het volstaat immers dat er voldoende andere leden aanwezig zijn. Er kan dan een positief advies worden uitgebracht over bijvoorbeeld de erkenning van een pediatriesch hemato-oncoloog in aanwezigheid van 6 algemene kinderartsen, samen met 6 neonatologen en 6 kinderneurologen en in afwezigheid van pediatrische hematolo-oncologen. De erkenningscommissie is dan in aantal om te beraadslagen, want er zijn 18 van de 24 leden aanwezig. Dit scenario geldt voor een beslissing genomen bij een eerste vergadering over deze dagorde. Als het aanwezigheidsquorum niet bereikt werd, kan tijdens een tweede vergadering een geldig advies worden uitgebracht ongeacht het aantal aanwezige leden, hypothetisch zelfs als alleen de voorzitter zou aanwezig zijn.

In de memorie van antwoord repliceerde de advocaat van de Overheid dat de verzoekende partij – het VBS dus – er niets van begrepen had, maar dat, om alle verwarring te vermijden, binnen de kortste tijd een interpretatieve bepaling zou gepubliceerd worden. We wachten nog altijd.

Bovendien beantwoordt dit besluit noch aan de traditionele interpretatie van het begrip van lopende zaak, noch aan het begrip dringende zaak. Indien het besluit al genomen werd op 18 juni 2011 is de publicatie in het Belgisch Staatsblad slechts gebeurd ruim 7 maanden later, op 2 februari 2012. Dat had te maken met de 541 dagen durende regeringsvorming tussen de verkiezingen van 13.06.2010 en de eedaflegging van Elio DI RUPO als premier op 06.12.2011.

Bijkomend vermelden we dat we over de jarenlang uitblijvende erkenning van de beroepstitel van pediater hemato-oncoloog en van de bijkomende bekwaming “en in de oncologie”, en in samenhang met dit absurd KB van 28 juni 2011 (BS 02.02.2012) een onderhoud hadden op het kabinet ONKELINX op 27.06.2012. Naast Prof. Dr. Koenraad VANDEWOUDE, adviseur van de minister, en de auteur van het KB, de Heer Xavier VAN CAUTER, was een afvaardiging aanwezig van de al jarenlang vragende partijen, de “orgaanspecialisten”, voor de toekenning van de bijkomende bekwaming in de oncologie en de pediaters hemato-oncologen. Een vriendelijke ontvangst, maar met nul resultaat.

6.1.2. Decreet meldingsplicht risicovolle medische praktijken¹⁴⁰

Het dossier van de meldingsplicht van risicovolle medische praktijken kwam voor het eerst ter sprake begin 2011¹⁴¹. Sindsdien werd het verschillende malen geagendeerd op de structurele overlegvergaderingen met de artsorganisaties georganiseerd door Jo VANDEURZEN, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

¹⁴⁰ Decreet van 22 juni 2012 houdende verplichte melding van risicovolle medische praktijken (BS 20 juli 2012) -

¹⁴¹ VBS-jaarverslag 2011 Dr. M. MOENS – EU: to live and let die – punt 2.13.2. – Gemeenschappen.

Het decreet houdende verplichte melding van risicovolle medische praktijken is een typisch voorbeeld van het aanvoeren van de patiëntveiligheid als voorwendsel om reglementerend in te grijpen, maar zonder de minste garantie dat het zijn doel ooit kan bereiken. De ingrepen uitgevoerd onder lokale anesthesie vallen niet onder het toepassingsgebied van dit decreet, terwijl het nochtans precies dergelijke ingrepen (liposuctie) waren die aanleiding hebben gegeven tot enkele sterfgevallen en tot het ontstaan van dit decreet. Het decreet staat vol met onvolkomenheden. Het begrip risicovolle medische praktijken is niet duidelijk gedefinieerd. Waar ligt vb. de limiet tussen diepe en niet diepe sedatie? Hoe wordt de sedatie gemeten? Wie evalueert of een praktijk al dan niet risicovol is, en hoe?

Ter gelegenheid van de hoorzitting in de Commissie Sociale Zaken van het Vlaamse parlement op 22.05.2012 heeft Meester Stefaan CALLENS het decreet artikelsgewijs met de grond gelijk gemaakt. De Raad van State had dat trouwens al voor hem gedaan. Met een PowerPointpresentatie heeft ondergetekende namens het VAS en het VBS een reeks fundamentele medische deficiënties en inconsequenties in het ontwerp van decreet aangetoond. Niettegenstaande al deze zowel juridisch als medisch gefundeerde bemerkingen werd, binnen de vijf minuten na het beëindigen van de hoorzitting, het ontwerp door de Commissie goedgekeurd zonder er een jota aan te wijzigen en onmiddellijk overgemaakt aan het Vlaamse Parlement. Het decreet werd op 20 juni 2012 gestemd. Dr. Dirk DE WOLF, adjunct-kabinetschef van Minister Jo VAN DEURZEN, heeft bij het buitengaan van de vergaderzaal na de hoorzitting met veel aplomb aan ondergetekende meegedeeld dat het niet de gewoonte is van de Vlaamse Gemeenschap om veel rekening te houden met adviezen van de Raad van State als het gaat om bevoegdheidsoverschrijdingen. Als de Vlaamse Gemeenschap dat zou doen, wordt er nooit iets Vlaams gerealiseerd.

Prof. Dr. Koenraad VANDEWOUDE, kabinetsadviseur bij minister ONKELINX, heeft in een gesprek met ondergetekende laten verstaan dat op federaal vlak gewerkt wordt aan een alternatief om eenzelfde doel te bereiken.

Het VBS en de BVAS hebben samen beslist een vordering tot nietigverklaring in te leiden tegen dit Vlaams decreet bij het Grondwettelijk Hof. Gezien zijn kennis van het dossier werd toevertrouwd aan Meester Stefaan CALLENS.

In het begin januari 2013 ingediende verzoekschrift werden volgende middelen ingeroepen.

In het eerste middel wordt een bevoegdheidsoverschrijding ingeroepen. Verschillende artikelen van het decreet hebben te maken met de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zoals geregeld in het KB nr. 78¹⁴². Dit is een federale materie. De gemeenschappen zijn niet bevoegd om in te grijpen in de medische activiteit van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

In het tweede middel wordt de onwettige uitoefening van de geneeskunde ingeroepen. Het decreet legt de meldingsplicht van risicovolle praktijken bij de verantwoordelijke van de instelling. Dit veronderstelt het stellen van een medische handeling zoals een diagnose. De verantwoordelijke van de instelling is echter niet

¹⁴² Koninklijk besluit nr. 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

noodzakelijk een zorgverstreker. Het stellen van een diagnose is voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde. Het komt de Vlaamse Gemeenschap niet toe om de medische activiteit zelf te regelen.

De schending van het beroepsgeheim wordt ingeroepen in het derde middel. Door de verantwoordelijke van de inrichting, die niet noodzakelijkerwijze zelf een zorgverstreker is, te verplichten om zich toegang te verschaffen tot het patiëntendossier en vervolgens gegevens uit dit dossier te verstrekken aan derden, zonder dat er sprake is van preventie, regelt dit decreet een federale materie. Bovendien is deze derde verantwoordelijke niet-arts niet gebonden door het beroepsgeheim.

Het vierde middel roept de schending in van de wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Doordat het decreet de toegang tot en de verstrekking van persoonsgegevens vereist zonder dat de doeleinden daarvoor zijn vastgelegd en zonder dat er een wettelijke basis is voor de toegang tot en de verwerking van de persoonsgegevens, terwijl de persoonsgegevens alleen voor welbepaalde doeleinden kunnen worden verwerkt, schendt het decreet de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

In het vijfde middel wordt de schending van het algemene rechtsbeginsel van de rechtszekerheid ingeroepen doordat het decreet geen concrete criteria bevat voor het bepalen van de risicovolle medische praktijken, terwijl een verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen vereist dat het verschil op een objectief criterium berust en het onderscheid redelijk verantwoord is.

Ter gelegenheid van de structurele overlegvergadering met artsenorganisaties van 20.12.2012 deelde het kabinet VANDEURZEN ons mee dat d.d. 18 december 2012 er 2 meldingen waren en 6 in opbouw in de registratietool. De verantwoordelijken van private praktijken of privéklinieken hadden nog tot 15 januari 2013 de tijd om hun aangifte te doen. De administratie wacht deze datum af om verdere actie te ondernemen. Aanvankelijk werd voorzien dat vóór de inwerkingtreding van dit decreet een soort testfase zou opgestart worden. Wegens tijdsgebrek werd deze testfase echter op het nippertje afgeblazen. Het kabinet is er zich onderwijl van bewust dat het praktisch onmogelijk is, en bovendien een zeer dure aangelegenheid wordt om alle meldingsplichtige verantwoordelijken te contacteren. De Vlaamse overheid wil alles elektronisch doen, maar ze beschikt niet over de nodige e-mailadressen. Het aanschrijven van alle artsen per gewone post is in tijden van bezuinigen geenszins kosteneffectief. Het Agentschap Zorg en Gezondheid heeft gecommuniceerd via de Orde van Geneesheren, het Brusselse Huis voor gezondheid, Vaccinnet en Artsenkrant. Ook artsenorganisaties en huisartsenkringen kregen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een specifieke vraag om hun leden over het nieuwe decreet te informeren. Het VBS heeft alvast die vraag nooit ontvangen, terwijl het systematisch aanwezig is op de overlegvergaderingen bij minister VANDEURZEN.

Het kadaster van de risicovolle praktijken wordt gebouwd door het federale eHealth-platform. Op een vraag dienaangaande van Mevrouw Vera VAN DER BORGHT

(Open VLD) ¹⁴³ antwoordde Minister Jo VANDEURZEN: “*Dit project situeert zich op confederaal niveau met medewerking van en in samenwerking met alle Gemeenschappen en de federale overheid. Deze constructie heeft het voordeel dat voorzieningen of individuele zorgverstrekkers via één centraal systeem digitaal met elkaar kunnen communiceren*”. Of alle Vlaamse ministers, inclusief de N-VA-excellenties, op dezelfde golfengte zitten bij het gebruik van de term “confederaal” in dit antwoord, is zeer de vraag.

7. IN VOGELVLUCHT

7.1. Plastische chirurgie

2012 zal voor de plastisch chirurgen als een niet licht te vergeten jaar blijven hangen. De eerste dagen van januari barstte het “PIP”-schandaal los (cf. punt 2.1.4.). Borstimplantaten die frauduleus geproduceerd werden met industrieel silicone bleken gemakkelijk te scheuren of te lekken en gaven aanleiding tot irritatie en ontstekingen. Minister Laurette ONKELINX (PS) raadde de vrouwen maar aan systematisch hun PIP-implantaten te laten vervangen. Het zou op kosten van de gemeenschap gebeuren¹⁴⁴. Ook N-VA-senator en gynaecologe, Dr. Elke SLEURS, pleitte voor een terugbetaling door het RIZIV van de verwijdering van alle omstreden PIP-borstimplantaten¹⁴⁵. Alleen het RIZIV was minder gelukkig, want dergelijke meeruitgave was uiteraard niet gebudgetteerd. De origine was een esthetische, niet door het RIZIV terugbetaalbare act. De verwijdering van een probleemporthese is wel een terugbetaalbare act. Een positief neveneffect van deze bijzonder onaangename zaak is dat de FAGG volop werkt aan een sluitend registratiesysteem voor alle mogelijke implantaten.

In de zomer startten de Christelijke Mutualiteiten een campagne tegen de plastische en esthetische chirurgen, omdat zij het veel te lage honorarium voor de borstreconstructie met eigen weefsel zouden aanvullen met een “esthetisch supplement”. De media vonden geen woorden te grof om midden de komkommertijd lezers te lijmen over seksueel getinte informatie¹⁴⁶, terwijl het meestal om dramatische situaties ging van jonge vrouwen die een borstamputatie ondergingen wegens maligniteit. Onze “vrienden” van de CM logen er maar wat op los en het grote publiek smulde ervan¹⁴⁷. De betere terugbetaling van deze prestatie staat expliciet in het akkoord artsen-ziekenfondsen van 23.01.2013 ingeschreven onder de positieve correctiemaatregelen, mits overleg¹⁴⁸. Zowel de BVAS als het VBS merken

¹⁴³ Uit het antwoord van Minister J. Vandeurzen op de vraag nr. 75 van 21 november 2012 van Vera Van Der Borgh.

¹⁴⁴ “Prothèses PIP: le retrait sera gratuit. La Capitale, 10.01.2012.

¹⁴⁵ “N-VA pleit voor terugbetaling van alle verwijderingen PIP-implantaten”. Het Laatste Nieuws, 02.02.2012.

¹⁴⁶ “CM ziet aantal klachten over onrechtmatige operatiekosten toenemen. Je geld of je borsten”. De Standaard, 08.08.2012.

¹⁴⁷ “Artsen laten patiënten twee keer ziekenhuisfactuur betalen”. De Morgen, 08.08.2012.

¹⁴⁸ Punt 4.2.3. “de herwaardering van de nomenclatuurcodes 252453-252464, 252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 en 252571-252582 met 50% (reconstructieve borstchirurgie na operatie). Deze herwaardering zal worden doorgevoerd na een overleg met een vertegenwoordiging van de verenigingen voor plastische heelkunde teneinde waarborgen te bekomen over een evenredige beperking van de gehanteerde supplementen. Deze maatregel zal worden doorgevoerd

op dat zij nauwelijks weet hadden over het tot op heden gevoerde overleg tussen de plastisch chirurgen, de CM en de voorzitter van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, Jo DE COCK.

MR-senator Dominique TILMANS was al langer vragende partij voor registratie¹⁴⁹. Zij is al jaren bezig op het domein van de esthetische chirurgie en de esthetische geneeskunde en heeft al heel wat parlementair werk gedaan in die sector, in verband met publiciteit en het ronselen van patiënten. Recenter lag zij aan de basis van het wetsontwerp inzake de medische cosmetiek. Dit ontwerp kreeg, na amendering, een nieuwe titel: “wetsontwerp tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren”¹⁵⁰.

Zowel het VBS als de BVAS hadden afwijzende commentaar gegeven op het originele wetsontwerp, omdat het nogal eenzijdig vanuit de hoek van de plastisch chirurgen werd gezien, met beknotting van de praktijkmogelijkheden van vele andere collega's, zoals algemene chirurgen, dermatologen, huisartsen, ORL-artsen enz. Positief vinden VBS en BVAS dat het wetsontwerp tegemoetkomt aan onze bekommernis om de kwaliteit van de ingrepen en aan de intentie om dergelijke ingrepen alleen nog door artsen te laten uitvoeren^{151, 152}.

Aan een van de belangrijkste bezwaren, namelijk dat de minister een nieuw specialisme zou kunnen creëren zonder advies van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen en met miskennis van de koninklijke academiën voor geneeskunde van België, zou de wetgever bereid zijn tegemoet te komen. Een ander majeur bezwaar betreft de oprichting van een Raad voor Medische Esthetiek, waar de klassieke klinische arts quasi afwezig zou zijn. Als er al een nieuw specialisme zou moeten komen, dan met inachtneming van de door ons geformuleerde suggesties i.v.m. de opleiding voor deze bijzondere beroepstitel. Deze regelgeving is onderdeel van een drieluik waarbij het verbod op reclame voor schoonheidsingrepen reeds wet werd¹⁵³. Nu gaat het dus over de kwalificaties van de artsen die de ingrepen zullen mogen uitvoeren. Ten slotte staat ook de regelgeving over de kwaliteitsnormen in privéklinieken en ‘schoonheidsinstituten’ op stapel. Maar dat interfereert dan weer met het Vlaams decreet over de meldingsplicht voor risicovolle medische praktijken. Het laatste woord over de esthetische geneeskunde en alle “belendende percelen” is nog niet gezegd (cf. ook punt 2.2.2. i.v.m. de CEN).

via een aanpassing van de nomenclatuur op basis van de resultaten van het overleg dat vanaf 1 februari 2013 wordt opgestart.

¹⁴⁹ “Après le scandale des implants frauduleux. Prothèses: ‘Le contrôle doit être réformé’”. Le Soir, 05.01.2012.

¹⁵⁰ Kamernummer [53-2577/1](#)

¹⁵¹ “Botox inspuiten kan straks alleen nog bij gespecialiseerde dokter.” De Morgen, 07.06.2012.

¹⁵² “La médecine esthétique enfin encadrée”. La Libre Belgique, 07.06.2012.

¹⁵³ Wet van 06.07.2011 tot instelling van een verbod op reclame voor ingrepen van medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen (BS05.08.2011).

7.2. Radiotherapie-oncologie

Het specialisme radiotherapie-oncologie is een klein specialisme met slechts 212 erkende artsen. Als tweede kleinste groep erkende specialisten volgen zij vlak na de neurochirurgen die met 207 erkende specialisten zijn in België. Onder het impuls van Dr. Paul BULENS, voorzitter van de wetenschappelijke vereniging, en van Prof. Yolande LIEVENS, voorzitter van de beroepsvereniging hebben beide organisaties besloten hun krachten te bundelen om op meer efficiënte manier te kunnen onderhandelen in de verschillende organen binnen de FOD Volksgezondheid en via de representatieve artsenorganisaties bij het RIZIV.

In 2012 heeft een werkgroep de statuten van beide organisaties op elkaar afgestemd. De statutenwijziging van beide organisaties werden op de respectievelijke algemene vergaderingen goedgekeurd op 12 oktober 2012 en 15 november 2012. Op 1 februari 2013 is de algemene vergadering van beide organisaties bijeengekomen om hun nieuwe bestuur te verkiezen, dat een elan moet geven aan dit nieuwe, gemeenschappelijk opgestarte project.

7.3. Nucleaire geneeskunde

Naar aanleiding van een controle uitgevoerd door de DGEC¹⁵⁴, heeft het VBS zijn medewerking verleend aan het opstellen en verspreiden van een rondschrijven in verband met de fysieke aanwezigheid van de nuclearist gedurende de volledige duur van de onderzoeken nucleaire geneeskunde. Deze onderzoeken nemen vaak enkele uren in beslag. Het is niet evident dat in alle gevallen de artsen gedurende de volledige duur van de procedure in het ziekenhuis aanwezig kunnen zijn.

Ondertussen wordt er door de beroepsvereniging, samen met andere experts binnen een werkgroep bij de FOD Volksgezondheid, hard gewerkt aan nieuwe normen voor de PET-scan. Een betere verdeling over de gewesten en gemeenschappen is een van de bekommernissen, maar leidt ook tot spanningen. Hoe kan het ook anders? This is Belgium!

7.4. En nog zoveel meer...

Zoals steeds is tijdsgebrek er de oorzaak van dat andere elementen niet aan bod komen in mijn jaarverslag. Ik denk vooral aan de radiologen, die hard werken aan de combinatie van kwaliteit met minder stralenbelasting en een eerbare honorering van hun werk, aan de pneumologen, wier longfunctietesten op de rooster worden gelegd, de cardiologen en hun op gang komend debat over screening bij (jonge) sporters, de TAVI, de exploderende kosten in cardiologische beeldvorming (cf. punt 5.2.5.), de problemen in de psychiatrie, zowel qua incidenten met sommige collegae die breed in de pers werden uitgesmeerd, als qua praktische organisatie van de zorg via "artikel 107"¹⁵⁵,¹⁵⁶ en de psychotherapie waar belangrijke verschillen tussen Noord en Zuid blijven bestaan¹⁵⁷, de aanpak van depressie¹⁵⁸ en suïcide¹⁵⁹...

¹⁵⁴ DGEC: Dienst geneeskundige evaluatie en controle.

¹⁵⁵ "Patiënten en psychiaters weg uit instellingen". Artsenkrant 20.11.2011.

¹⁵⁶ "Het BHV van de gezondheidszorg". De Standaard, 20.12.2011.

¹⁵⁷ "Maak psychotherapie bespreekbaar en betaalbaar". Minister Jo VANDEURZEN in De Standard, 19.12.2011.

8. BESLUIT

Twee jaar geleden haalde ik Dr. Doom, de New Yorkse Prof. economie, Nouriel ROUBINI, aan in mijn besluit¹⁶⁰. Dr. Doom dankt zijn koosnaampje aan zijn voorspelling (al in 2005) van het mechanisme van de wereldwijde bankencrisis vanaf 2008. Tijdens een debat van het World Economic Forum in Davos, op 26.01.2011, noemde hij België samen met Spanje als de volgende domino in de schulden crisis, na Griekenland¹⁶¹.

Half juli 2012 waarschuwde ROUBINI voor een rampenjaar 2013¹⁶². Nouriel ROUBINI zoekt dekking voor “The perfect storm” van 2013. Terwijl premier DI RUPO vanuit hetzelfde Davos op 21.01.2013 twittert: “Belgium is back”, kondigt Lakshmi MITTAL aan dat 7 van de 12 koude lijnen van de Luikse metaalindustrie zullen worden gesloten en dat 1.300 banen verloren gaan. Een nieuwe socio-economische opdoffer na het bericht dat Ford Genk in 2014 sluit en 4.300 banen – en met de toeleveranciers erbij, zelfs 10.000 – banen zullen sneuvelen in het nabije Limburg.¹⁶³

Er zijn dus geen zekerheden meer. Zelfs de verzekeraars zullen hun polispolitiek moeten herzien, want de volgens enkele wiskundigen van Oxford University is de formule van de Body Mass Index onnauwkeurig¹⁶⁴.

In de medico-mut heeft het overleg gewonnen dankzij de inspanningen vanwege de voorzitter, Jo DE COCK, én van anderen. De artsen staan er op hun strepen, want een land kan overleven zonder mutualiteiten en hun politici, maar niet zonder artsen.

Artsen en alle andere actoren in de gezondheidssector, niet in het minst ziekenhuisbeheerders en directies die nog niet beseffen dat de bomen echt niet tot in de hemel (meer) groeien, moeten de toekomst met realisme én met enthousiasme bekijken.

Samen oplossingen zoeken om de combinatie van groeiende medisch-wetenschappelijke mogelijkheden met stijgende zorgbehoeften tot een goed eind te brengen, is voor alle artsen een boeiende uitdaging en een perfecte remedie tegen dreigende burn-out.

Ik ga ervan uit dat het VBS zich daar, met mij, wil voor blijven inzetten.

Dr. Marc MOENS,
Secretaris-generaal
02.02.2013

¹⁵⁸ “Les Belges mal dans leur tête et dans leur peau”. Le Soir, 12.06.2012

¹⁵⁹ “Le suicide ‘une souffrance plus forte que la vie’.” Le Soir, 12.06.2012

¹⁶⁰ “Dr. Doom en de zeven dwergen”. Dr. Marc Moens. VBS Jaarverslag 2010, 05.02.2011.

¹⁶¹ “Dr. Doom neemt België in vizier”. De Standaard 27.01.2011.

¹⁶² “Zoek dekking voor ‘the perfect storm’.” De Standaard, 14.07.2012.

¹⁶³ “Ford Genk gaat dicht, 4.300 mensen verliezen job”. Het journaal, wo 24.10.2012 – 09u05.

¹⁶⁴ “BMI-berekening maakt grote mensen dikker”. De Morgen, 22.01.2013.