

2016

Activiteitenverslag



Goedgekeurd door de Algemene
Vergadering d.d. 06/05/2017

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017.....	4
Percentage toetredingen	4
Sociaal statuut en minimumdrempel	4
Sociaal statuut en pensioen.....	5
Hervorming van de accreditering:	6
Van de begroting voor de gezondheidszorg... ..	7
... naar de ontbinding van rechtswege van het akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2017.....	7
Hervorming KB 78.....	9
De bevoegdheid van de zorgverlener	9
Gezondheidszorg, interdisciplinaire en geïntegreerd, zal worden omschreven als :	9
De individuele begeleiding van de patiënt	10
Medische informatisering	10
Het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift – Recip-e	10
Uitvoering van punt 20 van het eGezondheidsplan – Juridische werkgroep eGezondheid.....	11
De studies geneeskunde	12
Numerus clausus.....	12
Nieuw statuut voor de kandidaat-specialisten	15
Discriminatie t.a.v. buitenlandse artsen.....	16
Veiligheid van de artsen	16
Vanuit een fysiek oogpunt.....	16
Vanuit een psychisch standpunt	17
Redesign van de federale administratie voor gezondheidszorg	17
Actieplan "Handhaving" 2016-2017 voor de gezondheidszorg	19
Hervorming gezondheidszorg in 2030 door NIC & Toekomstpact met Ziekenfondsen	20
Algemene geneeskunde	23
Op het niveau van het Waals Gewest.....	23
Inwerkingtreding van AViQ (Agence pour une Vie de Qualité, "agentschap kwaliteitsvol leven")	23
Vertraging in de oproep tot kandidaturen.....	23
Op weg naar de invoering van een zelfredzaamheidsverzekering in Wallonië	23
Reorganisatie van de eerstelijnszorg... ..	24
... en invoering van het PPLW (eerstelijnszorgplatform Wallonië)	24
Discussie omtrent Assisteo en Impulseo.....	25
Van een Koepel naar een College voor algemene geneeskunde	25

Oprichting van de "Généralistes ABSyM" (BVAS-huisartsen)	26
Op het niveau van de Vlaamse gemeenschap.....	26
Vorbereiding Eerstelijnsgezondheidszorgconferentie.....	26
Uitweg uit de crisis van de Huisartsenwachtposten (HAWP's).....	28
Beroep tegen de VRDB	29
Verwerping van het beroep tegen het KB van 26 maart 2014 betreffende de uitoefening van de homeopathie – uitspraak Raad van State 27.10.2016 nr. 23679.....	29
De hervorming van de ziekenhuisfinanciering	30
Besluit	35

Inleiding

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) is de meest representatieve artsenorganisatie in België sedert meer dan 50 jaar.

De Raad van Bestuur bereidt elk jaar het activiteitenverslag van het afgelopen jaar voor en maakt deze over aan de Algemene Vergadering. Dit jaar vindt de Algemene Vergadering plaats op 6 mei 2017 in het Castel de Pont-à-Lesse te Dinant.

Het activiteitenverslag biedt de gelegenheid om snel een overzicht te geven van het geleverde werk in een jaar en te blijven stilstaan bij enkele belangrijke dossiers die het afgelopen jaar hebben gekenmerkt. Dit rapport heeft dan ook niet de bedoeling om op exhaustieve wijze het werk van BVAS in 2016 weer te geven. De behandelde dossier worden bovendien samenvattend weergegeven, om te voorkomen dat er honderden pagina's zouden moeten worden geschreven. Het technisch federaal bureau staat evenwel ter beschikking om u alle bijkomende informatie te bezorgen.

Belgische Vereniging van Artsensyndicaten VZW
Terhulpesteenweg 150
1170 Brussel
info@absym-bvas.be
Tel. : 02/644.12.88
Fax : 02/644.15.27

Akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017

In het activiteitenverslag 2015 van de BVAS, werd de inhoud van het akkoord artsen-ziekenfondsen afgesloten op 22.12.2015 (B.S. 27.01.2016) voor een periode van twee jaar (2016 en 2017) reeds uitvoerig toegelicht. Wij gaan hiernavolgend dan ook niet in detail op de inhoud terugkomen, maar beperken ons tot het bespreken van enkele belangrijke punten.

Percentage toetredingen

In 2016 kregen de artsen voor het eerst de mogelijkheid om via de applicatie op de website van het RIZIV hun weigering of beperkingen door te geven.

Begin maart 2016 zijn de percentages van toetredingen gekend: 84 % van de artsen treden toe tot het akkoord (83.83% in 2015). De verdeling is als volgt: 88,54 % van de huisartsen (88,59 % in 2015) en 81,12 % van de specialisten, alle specialismen samen (80,78 % in 2015).

In het Vlaamse gewest treden 91.79 % van de huisartsen toe en 79.44 % van de specialisten. In het Waalst gewest treden 86.28 % van de huisartsen toe en 83.83 % van de specialisten. In het Brussels gewest treden 80.31 % van de huisartsen toe en 81.34% van de specialisten.

De minst geconventioneerde specialismen zijn: dermato-venereologie, plastische heelkunde en ophthalmologie.

De meest geconventioneerde specialismen zijn: geriatrie, acute en urgentiegeneeskunde, klinische biologie, oncologie, radiotherapie, nucleaire geneeskunde, interne geneeskunde.

Sociaal statuut en minimumdrempel

Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2013-2014 bepaalde in artikel 6: "*Vanaf 2014 zal de toekenning van het sociaal statuut gekoppeld worden aan het bereiken van een bepaalde activiteitsdrempel.*" Er werd ook bepaald dat de NCGZ zou kunnen beslissen over de aanwending van de besparing die hieruit voortvloeit. Vanaf 2013 werden dus besprekingen gestart voor de omlijning van deze bepaling waar de BVAS nochtans tegenstander van was.

Zoals reeds aangegeven in het activiteitenverslag van 2015 hebben de besprekingen meer tijd gevraagd dan voorzien, zodat het Koninklijk Besluit van 16.08.2016 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 06.03.2007 tot instelling van een regeling van de sociale voordelen voor sommige geneesheren (nl. om deze voordelen te koppelen aan de naleving van een zekere activiteitsdrempel) pas op 26.09.2016 gepubliceerd geraakte.

Dit KB maakt de toekenning van het sociaal statuut dus afhankelijk van de naleving van een "activiteitsdrempel". Het gaat daarbij om een jaarlijks minimumbedrag (bepaald per specialisatie) voor terugbetaling van de prestaties die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de gezondheidsprestaties. We gaan hier niet meer in detail in op de drempel: dit werd omstandig uitgelegd in het vorige verslag.

Met de invoering van de activiteitsdrempel zouden ongeveer 2.800 artsen hun sociaal statuut moeten verliezen, vooral biologen en fysiotherapeuten. De BVAS heeft vervolgens de artsen ingelicht over deze nieuwe eis en over de eventuele noodzaak om zich dan maar te deconventiëren.

Oorspronkelijk was aangekondigd dat deze regeling nog in 2016 in voege zou treden, maar omdat het KR maar niet gepubliceerd geraakte, moest het RIZIV een jaar langer wachten. Het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen werd uiteindelijk immers pas op 27.01.2016 gepubliceerd, zodat artsen tijd

hadden tot 26.02.2016 om zich te deconventioneren, in de veronderstelling dat zij de activiteitsdrempel wellicht niet zouden halen en ze er derhalve geen enkel belang meer bij zouden hebben om geconventioneerd te blijven. Op de uiterste datum voor deconventionering kenden de artsen echter nog altijd niet de opgelegde drempels, vermits het KB pas 7 maanden later werd gepubliceerd. Het werd hen dus onmogelijk gemaakt om hun beslissing te nemen met kennis van zaken. Op uitdrukkelijk verzoek van de BVAS voelde het RIZIV zich ten slotte verplicht om een jaar te wachten met de toepassing van het KB.

De artsen kregen uiteindelijk tijd tot 15.12.2016 om zich eventueel te deconventioneren voor 2017, het eerste jaar waarin de toekenning van het sociaal statuut (te storten in 2018) gekoppeld zal worden aan de naleving van een activiteitsdrempel (geanalyseerd op de activiteit van 2015!).

Merk op dat de herevaluatie van het bedrag van het sociaal statuut, voorzien in het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen, gezien het uitstellen van deze voorwaarde voor toewijzing niet meer 'gerechtvaardigd' was voor 2016.

Verder zal een bijzondere administratieve procedure ingevoerd worden om de artsen die via de profieldata de activiteitsdrempel niet halen maar die een activiteit uitoefenen in het kader van de gezondheidszorgverzekering, in staat te stellen alle nuttige gegevens omtrent hun activiteiten over te maken. De NCGZ zal deze situaties onderzoeken tegen 30 juni 2017. We zullen meer weten tegen het volgende activiteitenverslag.

Sociaal statuut en pensioen

Het systeem van het sociaal statuut stelt de arts in staat om te profiteren van de sociale voordelen met het oog op de opbouw van een rente of van een pensioen in het geval van pensionering, overlijden of invaliditeit, of van meerdere rentes of pensioenen, indien hij het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen volledig of gedeeltelijk onderschrijft. De arts heeft meer bepaald recht op dit voordeel voor de jaren waarin hij het akkoord gedurende het volledige jaar heeft onderschreven (met uitzonderingen in het geval van start of einde loopbaan, arbeidsongeschiktheid en stage in het buitenland).

De wet van 18.12.2015 tot waarborging van de duurzaamheid en het sociale karakter van de aanvullende pensioenen en tot versterking van het aanvullende karakter ten opzichte van de rustpensioenen, op 01.01.2016 in werking getreden, bepaalt in zijn artikel 17 dat de zelfstandige die zijn wettelijk pensioen opneemt, verplicht is om het aanvullend pensioen op te nemen (VAPZ). De vraag rees dan ook of geconventioneerde medische zorgverleners die genieten van het sociaal statuut na pensionering dit bedrag nog kunnen aanwenden voor een VAPZ.

Half december publiceerde het RIZIV een tekst waarbij drie situaties worden onderscheiden:

- Artsen die de pensioenleeftijd hebben, maar niet het wettelijk pensioen hebben opgenomen en hun activiteit verderzetten: voor hen wijzigt er niets, zij kunnen het sociaal voordeel blijven gebruiken voor een VAPZ.
- Artsen die hun wettelijk pensioen reeds hebben opgenomen voor de inwerkingtreding van de wet, d.w.z. op 1.1.2016: in dat geval zal het sociaal voordeel nog steeds worden toegekend op voorwaarde de pensioenovereenkomst werd gesloten voor 1 januari 2016 (en de aanvullende pensioenprestatie niet vereffend werd voor 1 januari 2016).
- Artsen die het wettelijke pensioen hebben opgenomen of zullen opnemen na 1 januari 2016: in dit geval, zal het sociaal statuut niet langer kunnen worden gebruikt voor een VAPZ ten gevolge van de wet van 2015.

De BVAS heeft een schrijven gericht aan de minister van pensioenen met een voorstel tot wetswijziging opdat deze laatste groep van artsen niet zou worden benadeeld. Minister Bacquellaine heeft toegezegd om een oplossing te zoeken zodat deze artsen hun sociaal voordeel t.g.v. hun conventionering zouden

kunnen blijven behouden, eventueel met een andere bestemming. Begin 2017 is zijn kabinet nog steeds bezig met het onderzoeken van deze piste.

Hervorming van de accreditering¹:

In het vorige verslag spraken we over de wil van de autoriteiten om wijzigingen aan te brengen aan het accrediteringssysteem zoals we dat al sinds het begin van de jaren 90 kennen. De BVAS volgt dit dossier van zeer nabij op: dr. Moens is naast voorzitter van de BVAS immers ook voorzitter van de Accrediteringsstuurgroep.

De hervorming van het accrediteringssysteem is niet alleen voorzien in het regeerakkoord van 2014 maar ook in punt 6 van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017. De critici verwijten het huidige systeem vooral zijn kostprijs en zijn leeftijd.

De NRKP en de NCGZ hebben zich in de loop van 2016 over dit dossier gebogen. In juli 2016 werd in dit verband een nota voorgelegd aan de NCGZ. De grote lijnen van wat besproken werd, steunen op de volgende punten:

- Systeem gebaseerd op het principe van de kwaliteitscirkel van Deming: PLAN – DO - CHECK – ACT
 - o PLAN – plannen: een opleidingsplan opstellen op basis van twee pijlers:
 - De behoeften van de dienstverleners
 - De doelstellingen van volksgezondheid en van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringenDe registratie en de opvolging van dit opleidingsplan verlopen via een elektronische portfolio.
 - o DO – doen: opleiding op basis van diverse en moderne leermethodes (e-learning, ...). Bijzondere aandacht gaat naar de kwaliteit van de opleidingen en van de opleiders.
 - o CHECK – controleren: meting van het effect van de opleidingen op de individuele praktijk van de dienstverleners. De meeteenheid voor de accreditering is niet langer de tijd die werd besteed maar het verkregen resultaat.
 - o ACT - handelen: het opleidingsplan aanpassen volgens de resultaten van de evaluatie.
- Er zal een gedifferentieerde valorisering van de prestatie zijn, op basis van kwaliteits- en efficiëntie-indicatoren, opgebouwd vanuit de activiteit van de dienstverleners.
- Dit betekent ook het einde van de accrediteringspunten.
- De LOK's zullen een grotere rol gaan spelen, bijvoorbeeld bij de definiëring van het plan voor de opleiding van de dienstverleners of als multidisciplinair samenwerkingsplatform.

Deze wijzigingen zullen progressief ingevoerd worden, te beginnen met proefprojecten. Ondertussen gaan er bij de FOD Volksgezondheid stemmen op om in de context van de herziening van het KB 78 een « licence to practice » in te voeren die gebruik maakt van een verplicht continu aan te vullen portfolio (cf. infra). Dit zou de accreditering op vrijwillige basis bij het RIZIV overbodig maken.

¹ Te lezen parallel met de hervorming van KB 78

Van de begroting voor de gezondheidszorg...

In 2016 werden een werkgroep "Task Force besparingen in de gezondheidszorg" en meerdere subgroepen opgericht om toe te zien op de naleving van de begroting voor gezondheidszorg. Dr. Moens en dr. de Toef vertegenwoordigen de BVAS. Deze Task Force heeft als missie een aantal structurele maatregelen te ontwikkelen ter compensatie van de overschrijding die werd vastgesteld volgens de technische ramingen van januari 2016, en die het mogelijk maken om het groeitraject van de uitgaven, voorzien in het regeerakkoord, te respecteren. Vanaf het begin van het jaar wordt de overschrijding geraamd op meer dan 100 miljoen.

In deze werkgroep komen diverse onderwerpen aan bod.

Een greep uit de algemene thema's:

- **Een transparante begroting:** er wordt onderzocht hoe meer transparantie kan worden bereikt bij het opstellen van de begroting.
- **Fraude en repressie:** het is essentieel een actieplan uit te werken voor de strijd tegen fraude en misbruik van middelen. In de diverse sectoren wordt aangedrongen op versterking van de controles op onregelmatige attesten en modernisering van het arsenaal aan sanctie-instrumenten.
- **Alternatieve zorgkaders:** Het wordt steeds vaker mogelijk om bepaalde verzorging buiten een residentieel kader te verstrekken. De uitgavenbeheersing die kan worden doorgevoerd met verzorging extra muros, moet in kaart gebracht worden.
- **EBM en doeltreffende verzorging:** De Task Force moet bestuderen hoe de EBM-principes beter te integreren zijn in de zorgverlening. De Task Force zal ook de principes van een strategie inzake efficiënte verzorging definiëren.
- **Usurpatie van financiering:** Het is noodzakelijk een analyse te maken van de uitgaven door de instellingen die van de Gemeenschappen afhangen en waarvan de budgetten werden overgedragen in het kader van de Staatshervorming.

Enkele specifieke werkmodules:

1. **Werkmodule artsen en ziekenhuizen:** behandelt de honoraria, het remgeld, terugbetalingen, de herziening van de nomenclatuur, ...
2. **Werkmodule geneesmiddelen en implantaten:** versterking van het goedkope voorschrift en van de DCI, verhoging van de voorschriftquota van de minst dure geneesmiddelen, ...
3. **Werkmodule beoefenaars van de verpleegkunde**
4. **Werkmodule "paramedische beroepen"**

Einde juni heeft de Task Force zijn werk afgerond. De grootste inspanning wordt gevraagd op het niveau van de geneesmiddelen.

... naar de ontbinding van rechtswege van het akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2017

In oktober 2016 begonnen de besprekingen en stemmingen voor de begroting voor de gezondheidszorg 2017. Op 17 oktober werd op de Algemene Raad (waar de medische syndicaten geen stemrecht hebben) de begroting voor de gezondheidszorg 2017, voorgesteld door de regering, met 902 miljoen euro aan besparingen, verworpen door alle nationale organisaties van ziekenfondsen en vakbonden. Deze besparingen in de gezondheidssector vertegenwoordigden bijna een derde van de 3 miljard euro die de regering moest besparen voor de federale begroting 2017. Het zou de grootste bijdrage in de inspanning worden.

Het Verzekeringscomité had vooraf ongeveer 640 miljoen euro aan besparingen in de gezondheidszorg goedgekeurd in het begrotingsvoorstel 2017 (als compensatie voor de verwachte extra uitgaven 2016). Minister de Block heeft, in uitvoering van de regeringsbeslissing, de gevraagde inspanning van de sector verzaamd: een extra besparing van €260 M. Ze bevestigde ook dat de honoraria van alle zorgverleners

slechts voor een derde geïndexeerd zouden worden om in totaal 247 miljoen euro te recupereren. Van deze 247 miljoen aan besparingen zouden de artsen dus 146 miljoen ophoesten. Het is niet de eerste keer dat het medisch korps indexesprongen moet ondergaan. Denk bijvoorbeeld aan:

- Totale indexverlies van 1,4% in 2011 (of een bijdrage van 98,6 miljoen euro);
- Verlies van twee derden van de index van 2,99% in 2012: -1,99% (of -141 miljoen euro);
- Verlies van ruim de helft van de index van 2,76% in 2013: -1,46% (of -109,6 miljoen euro);
- De volledige index van 0,53% in 2014 (of -41,6 miljoen euro);
- De volledige index van 0,62% in 2015 (of -48,8 miljoen euro);
- Indexsprong van 2% in 2016.

In 2017 wordt de indexering van de artsenhonoraria, die 2,51% moest bedragen, nog verder afgeschaafd tot 0,83%².

Naast deze maatregelen worden nog andere besparingen gepland, vergelijkbaar met wat de Task Force voorstelde. Denk onder meer aan de verhoging van het remgeld voor sommige geneesmiddelen, de verplichting om een grotere hoeveelheid minder dure geneesmiddelen voor te schrijven, besparingen op de ziekenhuizen voor 92 miljoen (door bedden te schrappen in kraamafdeling en pediatrie, door de bijdrage in de financiering van de BA-verzekering van de artsen stop te zetten, door diensten te sluiten), besparingen in de klinische biologie en de medische beeldvorming, ...

Eind oktober 2016 verspreidden de 3 artsensyndicaten een gezamenlijk persbericht met de aankondiging van hun intentie om de ontbinding van rechtswege van het akkoord artsen-ziekenfondsen te vragen. Zij menen zich immers te kunnen beroepen op artikel 13 van het akkoord dat voorziet in deze stap in het geval van vaststelling van de partiële begrotingsdoelstelling voor de artsenhonoraria voor het jaar 2017 op een bedrag dat lager is dan dit voor 2016.

Merk op dat de opzegging van het akkoord niet alleen geldt voor de leden van de syndicaten die de opzegging van rechtswege inroepen, maar ook voor wie er niet bij aangesloten is, of wie aangesloten is bij een syndicaat dat het akkoord niet afwijst. Hier geldt derhalve de tarifaire vrijheid. De artsen die zouden beslissen hun tarieven te verhogen, zouden hun sociaal statuut verliezen; wie zich aan de tarieven van het akkoord houdt, behoudt ook zijn sociaal statuut.

Artikel 16 van de programmawet van 25 december 2016, gepubliceerd op 29 december 2016, die de indexering van de honoraria beperkt tot 0,83%, zet de BVAS ertoe aan om op 12 januari 2017 een aangetekende brief te sturen die de opheffing van rechtswege van het akkoord vraagt.

De Franstalige artsen steunen de BVAS bij deze beslissing. Ook het Kartel wijst het akkoord af, terwijl het 3e syndicaat, AADM, zich uiteindelijk terugtrekt. De afwijzing door de twee syndicaten maakt een einde aan het akkoord op 28 januari 2017.

Er vond dan een dringende vergadering plaats op de NCGZ. De partijen stelden hiertoe een eisenbundel genaamd "Ontwerp van raamakkoord" dat eind januari 2017 aan de minister werd bezorgd, en de automatische opzegging werd voor een maand bevroren (clock stop) in afwachting van een positief antwoord van de regering op deze eisen. Tijdens een vergadering op 24 februari 2017 waaraan de minister zélf deelnam, werd beslist een maand te wachten om kennis te nemen van de eerste wetsontwerpen, goedgekeurd door de regering, waarin onze eisen op korte termijn worden ingewilligd,

² De omslag van de zwakke index wordt in december 2016 besproken op de NCGZ. De honoraria voor de raadplegingen van geaccrediteerde huisartsen en voor de raadplegingen van sommige geaccrediteerde specialisten worden met 25 EUR verhoogd. De honoraria van de andere geaccrediteerde specialisten, voor toezicht door geaccrediteerde specialisten, voor MOC (multidisciplinaire oncologische consultatie) en de permanentiehonoraria voor pediaters worden verhoogd met 2%. Alle andere honoraria, behalve voor het GMD, medische beeldvorming en klinische biologie, worden verhoogd met 0,83%. Het permanentiesupplement voor de raadplegingen van huisartsen tussen 18 en 21 uur wordt afgerond naar 4 EUR.

om tegen eind maart 2017 tot een nieuw akkoord te komen dat loopt tot eind 2017 (met gebruikelijke procedure voor individuele conventioneringsbeslissingen (cf. publicatie in het BS en telling na 40 dagen). De minister en het RIZIV erkennen dat het akkoord 2016-2017 niet meer bestaat, dat de honoraria dus indexeren, en dat de artsen die de tarieven van het ex-akkoord respecteren, het voordeel van het sociaal statuut behouden.

Hervorming KB 78

Het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen³ zal worden vervangen door nieuw wettelijk kader dat de verdeling van de bevoegdheden binnen de gezondheidszorg zal hertekenen. Op de website www.kb78.be kan u de concepten van de voorgestelde hervorming terugvinden.

Schematisch voorgesteld, bevat de hervorming drie ‘pijlers’:

De bevoegdheid van de zorgverlener

Het kabinet van de minister van Volksgezondheid heeft ervoor gekozen een generiek profiel uit te tekenen. Dit profiel somt een reeks kwalificaties op voor "beoefenaars van gezondheidszorgberoepen". De zorgverleners moeten "functioneel autonoom" zijn.

Dit "visum" wordt omgezet in een "licence to practice" (toestemming om het beroep uit te oefenen). Het betreft de professionele identiteitskaart van de zorgverlener, afgeleverd na erkenning van het basisdiploma van het zorgverleningsberoep door de bevoegde gemeenschap (na voltooiing van de basisopleiding). De overhandiging van dit visum is gekoppeld aan de verplichting voor de zorgverlener om een portfolio bij te houden. De Toezichtkamer van de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg en de gezondheidsinspecteurs van de FOD Volksgezondheid spelen een belangrijke rol bij de controle van het visum.

Opdat het publiek, en meer in bijzonder de patiënt, kan nagaan of een persoon in de gezondheidssector wel degelijk is wie hij beweert te zijn, zal de FOD Volksgezondheid een permanente databank van de gezondheidszorgberoepen bijhouden, met vrije toegang tot deze gegevens.

Onwettige uitoefening is het onbevoegd uitoefenen van de gezondheidszorg. Het misdrijf van onwettige uitoefening uit de wet van 10 mei 2015 wordt vervangen door een generiek omschreven misdrijf dat van toepassing is ongeacht welk gezondheidszorgberoep op onwettige wijze wordt uitgeoefend. Dit misdrijf stelt strafbaar "het beroepsmatig of met direct financieel voordeel verrichten door een persoon die het geheel van de voorwaarden om gezondheidszorg te mogen uitoefenen, niet vervult, van elke handeling die tot doel heeft of wordt geacht tot doel te hebben gezondheidszorg te verstrekken".

Gezondheidszorg, interdisciplinaire en geïntegreerd, zal worden omschreven als :

- diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt. Het zijn de tussenkomsten die de gezondheidszorgbeoefenaar stelt om of de gezondheidstoestand van de patiënt aan de hand van een onderzoek vaststellen (diagnostisch), of om de gezondheidstoestand van de patiënt in stand te houden, dan wel te verbeteren, te herstellen of te bevorderen (therapeutisch).

³ Gecoördineerd door de wet van 10 mei 2015.

- diensten zonder diagnostisch of therapeutisch doel aan een patiënt waartoe een gezondheidszorgbeoefenaar exclusief bevoegd is. Het betreft handelingen waarvoor de arts door de wetgever exclusief bevoegd werd gemaakt.

Men verlaat de huidige pyramidale structuur om meer en meer inter- en multidisciplinair te kunnen samenwerken hetgeen leidt tot meer efficiëntie en kostenbesparing. De dialoog tussen de zorgverleners is essentieel. Het nieuwe model in de vorm van een 'bloem' onderstreept de gelijkwaardigheid tussen de verschillende actoren in de gezondheid.

De individuele begeleiding van de patiënt

De patiënt wordt gedefinieerd als elke natuurlijke person die gezondheidszorg wenst te ontvangen of ontvangt.

De patiënt heeft een centrale rol binnen de gezondheidszorg van vandaag en zeker van morgen, aangezien hij als een belangrijke speler wordt beschouwd om samen met de gezondheidszorgbeoefenaars tot een kwaliteitsvol resultaat te komen.

Elke patiënt zal participeren in zijn eigen gezondheidszorg, o.m. door het zelfmonitoren van zijn gezondheidstoestand (m-health). De patiënt wordt gecoacht door de gezondheidszorgbeoefenaar(s). Hierdoor ontstaat een piloot-copilootconcept voor de verstrekking van gezondheidszorg. De patiënt zou de mogelijkheid hebben om zich rechtstreeks tot een professionele gezondheidszorgbeoefenaar te wenden voor de handelingen die deel uitmaken van de basiscompetenties van die zorgverstrekker. Anders gezegd: een voorschrift voor doorverwijzing wordt facultatief en niet langer verplicht.

Tot slot worden nieuwe adviesstructuren gecreëerd.

Op dit ogenblik wordt de voorgestelde hervorming uitsluitend in concepten voorgesteld, die kunnen worden teruggevonden op de website www.kb78.be.

De BVAS heeft het project geanalyseerd en zijn bemerkings overgemaakt.

Medische informatisering

Het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift – Recip-e

De vzw Recip-e, waarvan de BVAS een stichtend lid is en waarvan dr. Moens voorzitter is, ontvangt van het RIZIV subsidies om de uitrol van het elektronisch medisch voorschrift te realiseren conform het Actieplan e-Gezondheid 2015-2018 van minister De Block.

Actiepunt 4 van het genoemde plan bepaalt immers niet alleen de nodige timing voor de ontwikkeling van Recip-e maar ook de acties die worden voorzien voor de evolutie van het elektronisch voorschrift, waaronder: "*Het elektronisch voorschrift geldt zonder voorschrift op papier*", met 01/07/2016 als streefdatum.

Ondanks die deadline blijft het voorschrift in papieren vorm uiteindelijk zeker tot eind 2016 toegelaten bij gebruik van het elektronisch voorschrift, meer bepaald opdat de patiënt terugbetaling kan krijgen.

Vanaf 1 januari 2017⁴ wordt een ander document genaamd “bewijs van elektronisch voorschrift” afgedrukt dankzij de software bijkomend aan de elektronische verordening. De reden voor dit “bewijs van elektronisch voorschrift” is te blijven beschikken over een papieren drager om de intenties van de voorschrijver uit te drukken, de patiënt te helpen en, zoals momenteel, de apotheker in staat te stellen het elektronisch voorschrift te downloaden met behulp van de tweede streepjescode (RID). Vanaf 2017 zal de inhoud van het e-voorschrift echter, tenzij bij overmacht, voorrang hebben op wat het bewijs vermeldt. Met andere woorden: indien de arts manueel iets toevoegt op het papieren bewijs, mag de apotheker er geen rekening mee houden: alleen wat hij via de streepjescode leest, geldt. Het "bewijs" moet gedateerd maar niet ondertekend zijn, en krijgt een andere lay-out.

Vanaf 1 januari 2018 zullen de artsen verplicht langs elektronische weg moeten voorschrijven, behalve de uitzonderingen waarin het artsen-ziekenfondsenakkoord voorziet. Het bewijs is dan niet meer nodig vermits de apotheker het order ziet via eHealth, door de elektronische ID-kaart (eID) te lezen. Het papieren voorschrift blijft vanaf 2018 mogelijk in geval van nood, bijvoorbeeld bij een hardnekkig technisch probleem.

Velen hebben al gewezen op de incoherentie tussen enerzijds verplichte elektronische voorschriften vanaf januari 2018 en anderzijds de verplichting voor alle huisartsen om vanaf 2020 geïnformatiseerd te zijn van zodra ze gebruik maken van globale medische dossiers. Sommigen willen de maatregel daarom uitstellen en steunen hiervoor ook op de kinderziekten en problemen van het systeem: wat bij bug of onmogelijkheid op het Recip-e-platform om de RID-code te lezen; wat als sommige softwarepakketten van artsen op zijn minst fantasierijke doktersbriefjes afleveren? Er zijn overigens heel wat dingen die men niet kan voorschrijven langs elektronische weg; wat bij huisbezoek, wat met niet-geïnformateerde artsen aan het einde van hun loopbaan; wat met specialisten die weinig voorschrijven of voor artsen die in instellingen werken?

Sommigen vragen dus te kunnen beschikken over eenvoudige en goedkope voorschriftsoftware. Dat zou einde 2017 blijkbaar een realiteit zijn. We zullen in het volgende jaarverslag dus kunnen terugkomen op dit dossier.

Uitvoering van punt 20 van het eGezondheidsplan – Juridische werkgroep eGezondheid

Het kabinet van de minister van Volksgezondheid heeft midden 2016 een groep van juristen uit diverse organisaties (BVAS, FOD Volksgezondheid, RIZIV, FAGG, advocaten en juridisch adviseurs met ICT-specialisatie, Cobeprivé, Santhea) bijeengebracht om te brainstormen rond punt 20 van het eGezondheidsplan dat, zoals bekend, voorziet in de "*coördinatie van al deze acties door de regering, respect voor de rechtszekerheid, duidelijkheid over ieders juridische aansprakelijkheden, begeleiding bij de realisatie van deze plannen*".

Er werden binnen deze werkgroep meerdere subgroepen opgericht. De BVAS is vanzelfsprekend geïntegreerd in de subwerkgroep die de aansprakelijkheid behandelt.

Op 20 juli 2016 hebben we een newsletter tot onze leden gericht om hen te informeren over het bestaan van deze groep en om hun vragen in ontvangst te nemen. We hebben diezelfde stap gezet via de FAGC. Samen met de andere leden van de subwerkgroep stelde de BVAS in augustus 2016 een lijst op van mogelijke vragen van artsen met betrekking tot hun aansprakelijkheid.

⁴ Cf. verordening van 19 december 2016 betreffende het elektronisch voorschrift, gepubliceerd op 9 januari 2017, die in voege treedt op 1 januari 2017.

Bij elke plenaire zitting (20/10/16, 8/12/16, 30/1/2017, 13/2/17, 20/3/17...) werd alles aan de grote groep voorgelegd, met de werkdocumenten en de mogelijkheid om commentaren te integreren.

Wij stellen vast dat de werkmethode vanaf de start onvoldoende helder was en tijdens het proces werd gewijzigd: het ontbreekt de groep overduidelijk aan coördinatie. Er werd geen enkel verslag opgesteld na de plenaire sessies.

Er moet een link komen met de mogelijke vragen inzake de aansprakelijkheid in het raam van de hervorming van KB78; wij zullen deze link alleszins leggen wanneer de tijd gekomen is.

De studies geneeskunde

Numerus clausus

Hét recurrente onderwerp bij uitstek... In het verslag van 2014 schreven we al:

De BVAS van haar kant is altijd duidelijk geweest: zij vraagt een toegangsproof, het behoud van een planning, een verbintenis van de nieuwe artsen om de schaarsten in te vullen via een analyse van de redenen waarom bepaalde zones en disciplines weinig aantrekkelijk zijn, een verbintenis van de universiteiten om in hun opleiding niet op kwantiteit maar op kwaliteit te mikken, de publicatie van kadasters en een toereikende financiering van de stagemeesters en de stages.

Flashback...

In België wordt de toegang tot het beroep van arts beperkt: alleen de gediplomeerde studenten met een RIZIV-nummer mogen het uitoefenen. De overheden evalueren geregeld hoeveel artsen er nodig zijn en bepalen dan een aantal RIZIV-nummers.

In 2014 lieten de decanen zich horen: zij moesten voor de afgestudeerden van juni 2015 nummers van 2018 lenen, met het risico dat er geen nummers meer zouden zijn voor de "cohorten" van 2017 en 2018.

Om de blokkering te vermijden geraakten de ministers De Block (Federale Gezondheid) en Marcourt (Hoger Onderwijs in de Federatie Wallonie-Bruxelles) het in december 2014 eens over een protocol dat voorzorg in twee voorwaarden waaraan voldaan moest worden:

- een filter voor de studies invoeren (minister Marcourt heeft dit in 2015⁵ gedaan in de vorm van een toegangsproof aan het einde van het eerste jaar, vanaf academiejaar 2015-2016)
- een "negatieve lissage" met als doel het Franstalige surplus na 2020 weg te werken door de quota dan te verlagen afhankelijk van wat er in het verleden buitensporig was toegekend.

In februari 2016 was dit protocol nog altijd niet ondertekend. De federale minister wilde immers eerst het resultaat van de toegangsproof van minister Marcourt zien, en wilde ook afwachten of dit juridisch overeind zou blijven. Na de examensessies van september 2016 kondigden velen immers aan beroep te zullen aantekenen, hetgeen eventueel kan leiden tot annulering van het decreet van minister Marcourt.

⁵ Cf. decreet van 9 juli 2015 (publicatie BS 29 juli 2015) betreffende de studies medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen. Dit decreet bepaalt dat de niet-bindende oriëntatietest als toegang tot de studies behouden blijft en dat een examen wordt georganiseerd na het 1e jaar geneeskunde (en tandheelkunde) over de kennis van het 2e quadrimester. Verder kan de student het examen slechts gedurende twee opeenvolgende academiejaren afleggen (behalve uitzondering).

Mevr. De Block wachtte ook op de publicatie van de volgende conclusies van de Planningcommissie, in april 2016, met de analyse van de behoeften aan artsen in het land, die haar een betere indicatie moesten geven voor de manier waarop behoeften geëvalueerd en dus quota vastgelegd moeten worden. Daarna wilde ze een akkoord over de duur van de negatieve lissage (15 of ... 30 jaar?).

Minister De Block, niet overtuigd door het decreet-Marcourt (en voorstander van een toegangsexamen zoals in Vlaanderen), deelde daarom mee dat ze de herziening van het KB dat de quota vastlegt, uitstelde tot oktober 2016⁶ (m.a.w. het einde van het eerste jaar waarin het vergelijkend examen plaatsvindt). Zij garandeert de afgestudeerden van 2016 een RIZIV-nummer (vermits er nog genoeg zijn) maar kan geen nummer garanderen voor wie in 2017 zal afstuderen, bij gebrek aan een nieuw KB.

Het hele jaar lang zal een aantal studenten derhalve beroep aantekenen ...

✓ Al in januari 2016 is er sprake van het beroep dat werd ingediend op initiatief van een Naamse studente. In januari 2015 behaalde ze gemiddeld 8,1/20. De universiteit stelde haar voor om ofwel een remediëringsprogramma te volgen (namelijk inhaalactiviteiten om in september meer kans op slagen te hebben), ofwel te opteren voor een programmaverlichting (door de stof van het eerste jaar 50/50 te spreiden over twee jaren). De studente kiest het remediëringsprogramma maar faalt nipt en is dus niet geslaagd. In september 2015 begint ze dus als bisser opnieuw aan het eerste jaar. Zij moet echter, zoals alle nieuwe ingeschrevenen, deelnemen aan het beruchte vergelijkende examen aan het einde van het eerste jaar, met een minieme kans dat ze haar traject mag voortzetten.

Zij is van oordeel dat ze oneerlijk wordt behandeld in vergelijking met haar jaargenoten die voor de verlichting van het programma hadden gekozen, die dus nog altijd in het eerste jaar ingeschreven zijn, maar die door het decreet worden vrijgesteld van het examen! Toen zij de keuze moest maken tussen verlichting en remediëring, was namelijk nog niet bekend dat dit examen er zou komen: dit werd pas in juni 2015 meegedeeld. Het decreet vestigt echter een overgangsstelsel voor de studenten van 2014-2015 met programmaverlichting: zij zijn wél vrijgesteld van het examen.

Zij is van oordeel dat het decreet een discriminatie tussen studenten creëert. Het risico bestaat dat zij het decreet doet annuleren, terwijl dit decreet voor mevr. De Block de *conditio sine qua non* is om de beruchte RIZIV-nummers toe te kennen.

✓ In juli 2016 schorste de Raad van State het nieuwe selectiesysteem voor studies geneeskunde en tandheelkunde. Een tiental studenten van de universiteit van Namen – geslaagd in het eerste jaar, niet geslaagd in de selectiewedstrijd – had beroep aangetekend bij het hoogste rechtsorgaan.

De Raad van State is van oordeel dat de twee teksten (quota-KB en wedstrijddecreet) niet afgestemd zijn op de planning die nodig is, rekening houdend met de behoeften van de populatie en de beschikbare middelen. De relevantie van de rechtvaardigingen waarop de betwiste beslissing (de wedstrijd) steunt, is dus niet bewezen. Anders gezegd: het besluit van de Franse Gemeenschap werd uitgevaardigd nog voor het federale koninklijk besluit dat de medische planning vastlegt, die zélf wordt bepaald door een aanbeveling van de Planningscommissie die nog niet was bekrachtigd. In augustus 2015 had minister De Block immers – ondanks afwezigheid van nauwkeurige evaluatie door de Planningscommissie – beslist om het aantal toegelaten nieuwe beoefenaars van de geneeskunde voor 2021 (het jaar waarin de lichte van 2015-2016 afstudeert) te handhaven op 1.230.

De Raad van State is derhalve van oordeel dat de quota niet steunen op deugdelijke feiten. De federale contingentering is dus arbitrair, net zoals de beslissing van de Waals-Brusselse Federatie om deze na te leven. Het gevolg is dat de wedstrijddrangschikking opgeschort (maar niet geannuleerd) werd.

De nieuwe vraag is dus wie naar het 2e jaar mag: de 10 die het proces winnen, of de 255 die geslaagd zijn in hun 1e jaar en in de wedstrijd? Geen enkele minister reageert. De enige oplossing lijkt alle geslaagden van het 1e jaar te laten voortgaan. Quota achteraf herzien zou immers onwettig zijn.

✓ In augustus 2016 duikt hetzelfde verhaal op bij de universiteit van Luik, waar de studenten eveneens beroep hebben aangetekend. De Raad van State stelt hier vast dat het KB van 30.08.2015 (dat de quota vastlegt op 1230 plaatsen in 2021, weliswaar bij afwezigheid van nauwkeurige evaluatie door de Planningscommissie) en het besluit van de regering van de Franse Gemeenschap van 17.07.2015 (dat onwettig wordt geacht vermits het werd genomen vóór het federale besluit dat de Belgische quota vastlegt en niet werd onderworpen aan het advies van de wetgevende kamer van de Raad van State) waarop de rangschikking steunt, onwettig zijn en moeten wijken. Er bestaat dus geen enkele beperking voor toegang tot het 2e jaar, behalve het slagen in de vereiste 45 credits op 60. Dit laatste zinnetje in het "ULg-arrest" gaat dus nog verder dan het arrest aangaande de studenten van de Faculteit van Namen.

✓ De ministers De Block en Marcourt moesten elkaar half augustus 2016 spreken om na te gaan welke oplossing ze konden voorstellen als gevolg van de uitspraken van de Raad van State. In september 2016 vernemen we uiteindelijk dat wie geslaagd is in de examens maar "te laag gerangschikt" in de wedstrijd, tóch naar het 2e jaar mag, evenwel zonder de garantie het beroep te zullen kunnen uitoefenen.

Maggie De Block besliste vervolgens een RIZIV-nummer toe te kennen aan de studenten van het laatste jaar; ze kondigt echter aan dat ze voor de komende jaren elk jaar opnieuw zal beslissen afhankelijk van de resultaten van het selectiemechanisme dat zal worden ingevoerd.

De studenten die in september 2016 aan de studies geneeskunde zijn begonnen, blijven onderworpen aan een wedstrijd aan het einde van dat 1^{ste} jaar.

Vaststelling van quota 2022...of liever: afwezigheid van vaststelling

Half september 2016 kondigt minister De Block aan dat ze nieuwe quota heeft vastgelegd voor de eerstejaarsstudenten van 2016 die (normaal) in 2022 afstuderen.

Zij erkent dat het om een politiek akkoord gaat, vermits ze is afgestapt van de verdeelsleutel die de Planningcommissie voorstelt, namelijk 56,5% voor Vlaanderen en 43,5% voor de Waals-Brusselse Federatie. Zij behoudt inderdaad de oude 60/40-sleutel. Voor 2022 betekent dit 528 Franstaligen en 792 Nederlandstaligen, terwijl de Planningscommissie 575 Franstaligen en 745 Vlamingen voorstelde, en terwijl het RIZIV in zijn technische prognoses zelfs over 588 Franstaligen sprak!

Er dient zich echter een ander probleem aan: de wet bepaalt dat de vaststelling van het aantal RIZIV-nummers pas effect kan sorteren na een termijn die gelijk is aan de duur van de studies, namelijk 6 jaar voor geneeskunde. Anders gezegd: studenten en universiteiten moeten vóór ze starten weten hoeveel plaatsen er aan het einde beschikbaar zijn. Maar het KB met de eindejaarsquota 2022 is niet gepubliceerd. Er zijn dus geen officiële artsquota voor 2022. Bovendien is er voor de eerstejaars van september 2016 nog altijd het wedstrijdssysteem aan het eind van het 1^{ste} jaar. Gezien de hogervermelde rechtspraak is het dus de vraag of minister Marcourt de wedstrijd van september 2017 zal handhaven. In februari 2017 vraagt hij minister De Block schriftelijk naar een stand van zaken... De minister stuurt de hete aardappel door naar de Gemeenschappen, met de uitleg dat de Gemeenschappen initiatieven mogen nemen om het aantal afstuderende artsen in 2022 te bepalen, zonder federaal Besluit.

In 2017 beginnen we met het ingangsexamen

Eind september 2016 verklaart Jean-Claude Marcourt zich bereid om – zoals het federale niveau hem vraagt – een selectiemechanisme voor aanvang van geneeskundestudies uit te werken voor de Federatie Wallonië-Brussel. Er komt in september een examen voor wie in 2017 geneeskundestudies wil starten.

Blijkbaar komt er slechts één ingangsexamen, namelijk begin september⁷. Een decreet moet de examenstof verduidelijken. Het zou a priori gaan om een schriftelijk examen dat wetenschappelijke bagage, Engels en competenties inzake communicatie, kritische analyse, synthese, ... omvat, waarbij telkens minstens 10 op 20 vereist is. In het volgende verslag komen we terug op dit examen.

Nieuw statuut voor de kandidaat-specialisten

Een wetsvoorstel, in januari 2016 ingediend door Muriel Gerkens, voorzitter van de Kamercommissie Volksgezondheid, beoogt de modernisering van het statuut sui generis van 1969 voor de kandidaat-specialisten door ze het recht op pensioen en werkloosheidsuitkering toe te kennen. Om deze extra rechten te waarborgen zouden de werkgeversbijdragen van 21 naar 31% en die van de kandidaat-artsen van 4 naar 13% moeten stijgen. De ziekenhuisinstellingen zouden deze kosten moeten betalen, maar met welke middelen? De tekst stelt ook voor om vergelijkbare bijdrageverminderingen toe te passen als voor de onderzoekers.

Verder wenst mevrouw Gerkens deze kans te grijpen om een organisme te creëren dat gelijkwaardig is aan de CCFFMG voor kandidaat-huisartsen, dat werkgever zou zijn voor de kandidaat-specialisten. Zo zou de rol van werkgever gescheiden worden van die van opleider van stagemeesters. Met de huidige verwarring van deze rollen worden uurroosters niet gerespecteerd en assistenten overstelpt met werk.

De BVAS heeft via de pers akte genomen van het voorstel van Mevr. Gerkens. Reeds in augustus 2014 vroeg de BVAS minister De Block, destijds minister van Justitie, om kandidaat-SP's een volledig statuut te geven maar niet op de wijze van Mevr. Gerkens. Het regeerakkoord van 2014 voorziet overigens in de hervorming van deze reglementering.

De BVAS verzet zich echter met klem tegen de oprichting van een vzw voor de organisatie en de financiering van het statuut van de assistant-SP's. Ze klaagt het feit aan dat de 2 vzw's die vandaag voor de huisartsen bestaan, nagenoeg exclusief in handen van de universiteiten zijn. De BVAS wil absoluut vermijden dat dit ook het geval zal zijn voor de gespecialiseerde geneeskunde. De academische ziekenhuizen hebben zich in het verleden ook altijd verzet tegen elke herwaardering van de assistenten in opleiding.

De medische syndicaten en de vereniging van artsen-specialisten in opleiding (VASO) hebben hierover overlegd. Zij zijn van oordeel dat het aan het RIZIV toekomt om het statuut van de assistant-SP's te organiseren en te financieren. De financiering blijft echter problematisch (er bestaat nu immers alleen deel B7 van het ziekenhuisbudget voor de universitaire stagemeesters) maar het kabinet-De Block treedt de BVAS ten gronde bij in de zin dat het de oprichting van een extra vzw niet opportuun vindt.

De vereniging van artsen-specialisten in opleiding heeft de BVAS ook ingelicht over de resultaten van haar peiling bij haar leden over het statuut van de assistant-SP's. Hieruit blijken de volgende wensen:

- beschikken over een volledig sociaal statuut;
- de scheiding van de rol van werkgever en van opleider, door net zoals bij de huisartsen derden te creëren;
- de jaren assistentschap laten meetellen als werkjaren voor de berekening van het pensioen;
- enkele denkpistes voor de verbetering van het sociaal statuut: pensioensparen via een groepsverzekering bij de ziekenhuizen, of invoering van een volledig statuut.

⁷ De studenten betreuren dat het examen niet een eerste keer in juni en een tweede keer in september plaatsvindt.

Discriminatie t.a.v. buitenlandse artsen

Op 8.12.2016 luidden de BVAS samen met Cathérine Fonck (cdH) en de studentenverenigingen geneeskunde de alarmbel, wanneer blijkt dat 41% van de nieuwe RIZIV-nummers die aan artsen in de Franse Gemeenschap worden toegekend, zijn bestemd voor buitenlanders. In Vlaanderen gaat het om 16%. De BVAS wijst er herhaaldelijk op dat de EU-reglementering sinds 2014 toelaat een taalexamen af te nemen van de kandidaat-arts immigrant en vraagt hieromtrent actie te ondernemen. Aan Vlaamse kant had het Vlaams Artsensyndicaat samen met de Vlaamse Vereniging van Tandartsen in juli 2016 overigens al gereageerd tegen de toevloed van buitenlandse artsen en de discriminerende gevolgen hiervan voor de Vlaamse jongeren die verplicht moeten slagen in een ingangsexamen.

Veiligheid van de artsen

Vanuit een fysiek oogpunt

➤ In februari 2016 heeft de FOD Binnenlandse zaken een Werkgroep mbt de veiligheid van de artsen opgericht. De BVAS heeft vervolgens Minister Jambon ontmoet over dit onderwerp en volgende actiepunten voorgelegd:

- Een nieuwe sensibiliseringscampagne richting artsen en patiënten alsook een update van de bestaande brochure rond de veiligheid van 2009.
- Het lanceren van een grote nationale enquête om een duidelijker beeld te krijgen van de omvang en aard van de problematiek. De gegevens omtrent het probleem van agressie zijn momenteel fragmentarisch. Het is dan ook moeilijk om een strategisch plan uit te werken. De Orde van Artsen heeft in juni 2016 een meldpunt gelanceerd voor agressie t.a.v. artsen. Eind september waren er ongeveer reeds een 20-tal meldingen genoteerd, die voornamelijk huisartsen betroffen.
- Sedert oktober 2016 worden de huisartsen van Roulers vergezeld van een politieagent wanneer ze een huisbezoek met mogelijk risico afleggen. BVAS moedigt dergelijk initiatief aan en zou dit willen uitbreiden op federaal niveau. Aan de Minister werd voorgesteld om een eenvormig federaal kader hieromtrent uit te werken.
- Een ministeriële omzendbrief van 10.12.2010 regelt de algemene werking van een BIN (BuurtInformatieNetwerk), dat een samenwerkingsverband is tussen burgers, de lokale politie en de overheid. Burgers, ondernemers, professionele en lokale verenigingen spelen een actieve rol in de veiligheid door een vooropgelegd model van informatieuitwisseling. In 2016 bestaan er in België iets minder dan 1.000 BIN's waarvan slechts 2 voor zorgverstrekkers (met name bij de apothekers). De BVAS stelt zich de vraag of het niet opportuun zou zijn om een BIN voor artsen op te richten.
- De wet van 20.12.2006 tot wijziging van het Strafwetboek met het oog op het strenger bestraffen van geweld tegen bepaalde categorieën van personen heeft een artikel 410bis ingevoerd die een verzwarende omstandigheid in het Strafwetboek opneemt, meer bepaald in het deel dat betrekking heeft op opzettelijk doden, niet doodslag genoemd, en opzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel (artt. 398-405 Strafwetboek) wanneer dit strafbaar feit tegen o.m. een arts wordt gepleegd. De BVAS wenst te vernemen in welke mate deze verzwarende omstandigheid reeds uitgesproken werd door de rechtbank. Een oplossing zou ook kunnen zijn om deze dossiers via oproeping bij proces-verbaal af te handelen. Men zou ook gemeentelijke

administratieve sancties kunnen voorzien bij geweld ten aanzien van een arts en dit mits akkoord van het parket.

- Een app om de politiediensten onmiddellijk te verwittigen is eveneens een idee dat ondersteund wordt door de BVAS. De minister heeft bevestigd dat een app wordt geïmplementeerd die voorziet om in bedreigende situaties een signaal naar het noodnummer 112 te kunnen uitzenden. Deze app is evenwel voor alle burgers ontwikkeld en niet specifiek voor de zorgverstrekkers. Het risico bestaat dan ook dat de dienst overbevraagd wordt. Een ander idee is een veiligheidsknop waarmee hulpdiensten onmiddellijk worden verwittigd (zoals bvb. gebruikt wordt in de wachtposten).
- Zelfstandigen genieten van fiscale voordelen wanneer zij investeringen in beveiligingsmateriaal voor hun beroepslokalen aankopen. Advies hieromtrent kan ook worden ingewonnen bij de preventive-ambtenaar in de betrokken politiezone. Er zijn ook voordelen voor digitale investeringen. De BVAS vraagt dat de artsen beter geïnformeerd zouden worden van de fiscale voordelen waarvan zij kunnen genieten.
- De BVAS is niet volledig gewonnen voor het idee van de Orde van Artsen om een zwarte lijst van gevaarlijke patiënten aan te leggen. Dit voorstel werd o.m. door de Raad van State negatief geadviseerd en wordt momenteel niet verder uitgewerkt.

Vanuit een psychisch standpunt

De BVAS verzette zich half september 2016 tegen het idee van Domus Medica om een jaarlijkse verplichte psychologische controle in te voeren, zogenaamd om artsen met een burn-out te helpen.

Eind oktober stelde de Orde der artsen overigens haar nieuwe hulpplatform "Arts in Nood" voor. Dit platform zal volledig onafhankelijk van het disciplinaire aspect van de Orde handelen. Het richt zich zowel tot de artsen en assistenten als tot de gezinnen.

Artsen met een burn-out kunnen terecht op de website www.artsinnood.be en op het groene nummer 0800/23.460. Ze krijgen er toegankelijke, discrete en confidentiële begeleiding. De vertrouwenspersoon bekommert zich om de arts in nood en tracht hem naar een structurele oplossing te loodsen. Indien nodig kan worden doorverwezen naar een andere professionele hulpverlener. Verder zal dit platform de klemtoon leggen op het vergaren van kennis omtrent deze problematiek, de beschikbaarstelling hiervan, evenals preventie en sensibilisering.

Redesign van de federale administratie voor gezondheidszorg

Het kabinet De Block verspreidde in de loop van 2016 een lijvige nota omtrent de zogenaamde "redesign" van de federale administratie voor gezondheidszorg.

Het uitgangspunt is dat deze administratie een belangrijke rol speelt in de gezondheidszorg wat betreft de coördinatie, de ondersteuning, de voorbereiding, de uitvoering en de evaluatie van het beleid inzake

gezondheidszorg. Toch moet zij ook bijdragen tot de inspanning om de federale begroting⁸ te saneren. Bovendien waren er door de 6e Staatshervorming enkele wijzigingen om rekening mee te houden.

De nota betreft slechts een gedeelte van de federale administraties. Betrokken zijn⁹:

1. FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu
2. RIZIV (met de DGEC, de DAC (Dienst voor Algemene Controle) en het FMO (Fonds voor de Medische Ongevallen))
3. FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten)
4. KCE (Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg)
5. WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)
6. Platform e-health
7. HZIV (Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering)
8. CDZ (Controledienst voor de ziekenfondsen)

De overheid wenst de administraties te rationaliseren en te herschikken door een onderling geïntegreerd netwerk te creëren. In de toekomst moeten ze hiertoe een gezamenlijke strategie ontwikkelen met synergie op het niveau van de managementondersteuningsfuncties.

In een 2e lezing van de tekst preciseert de minister dat het snoeien in het aantal besturen en administraties weliswaar geen doel op zichzelf is, maar dat niettemin moet worden onderzocht of bepaalde entiteiten moeten worden bijeengebracht wat hun missies, processen en organisatie betreft. De eventuele fusie van organisaties of missies moet in elk geval budgettair neutraal zijn.

De tekst preciseert dat voor de goede werking hiervan een coördinator tussen de 8 besturen nodig is: het DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid. De coördinatie moet plaatsvinden op intrafederaal (tussen de 8 organisaties), interfederaal (tussen federaal en gefedereerd), internationaal en Europees niveau (bijv. EU, WGO, ...).

In het kader van de samenwerking tussen de administraties wordt een en ander verdeeld over 3 clusters:

- Kennis: d.w.z. verzameling van data en informatie als beleidsvoorbereiding;
- Beleid: d.w.z. de uitvoering van het beleid;
- Controle: d.w.z. de opvolging van conformiteit, realiteit en doelmatigheid.

Deze clusters zouden in subclusters opgedeeld kunnen worden. De diverse missies in elke cluster worden momenteel verzorgd door verschillende organisaties die bijeengebracht moeten worden.

Voor de harmonisering van deze 3 clusters staan een Managementcomité en een Strategische Raad in.

- Het plan De Block voorziet in de transformatie van de huidige Algemene Raad van de verzekeringen tot een Strategische raad van het federale beleid, een overlegorgaan voor de betrokken partijen en de administraties. De samenstelling van deze raad kan ongewijzigd blijven, maar aangevuld met nieuwe spelers (bijv.: patiënten en academische sector).
- Het Managementcomité van leidende ambtenaren van de verschillende instellingen zou dan een trefpunt worden om te overleggen, om een gezamenlijke strategie, een geïntegreerd budget en een gezamenlijk project te ontwikkelen, en om hun activiteiten te coördineren.

De minister wil ook een Instelling voor de toekomst van de gezondheidszorg oprichten (om weldoordachte antwoorden op de grote uitdagingen in de gezondheid te kunnen waarborgen) en een performante IT-strategie ontwikkelen. Het e-Healthplatform moet hiervoor kunnen zorgen.

⁸ De globale redesign van de administraties (en dus niet alleen voor volksgezondheid) zou een besparing van 100 miljoen in 2016, 200 miljoen in 2017 en 250 miljoen in 2018 moeten opleveren.

⁹ Zijn dus niet betrokken: de FOD Sociale Zekerheid, het FANC, de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, het FAO (Fonds voor Arbeidsongevallen), het FBZ (Fonds voor beroepsziekten) en MEDEX (bestuur medische expertise). Merk op dat het FAO en het FBZ werden gefuseerd tot het Federaal agentschap voor beroepsrisico's FEDRIS.

De bevoegdheden van de FOD's Volksgezondheid en Sociale Zekerheid zullen in de toekomst voor alles wat gezondheid aangaat, afhangen van slechts één minister die bevoegd is voor Gezondheidszorg.

De minister wil ook de relaties tussen de FOD en het RIZIV onderzoeken. Dit kan leiden tot de oprichting van een federale dienst gezondheidszorg die verantwoordelijk zou zijn voor de aspecten van volksgezondheid en ziekteverzekering.

Een en ander zou kunnen leiden tot de oprichting van een afzonderlijk controleagentschap, de integratie van alle inspectie- en controleactiviteiten binnen het strategische domein van de gezondheidszorg.

De BVAS werd uitgenodigd om haar advies te geven over dit plan. De BVAS ondersteunt deze aanpak in zijn geheel, maar huivert voor het voogdijschap van de FOD Volksgezondheid in plaats van het RIZIV.

Actieplan "Handhaving" 2016-2017 voor de gezondheidszorg

Voor het eerst komt een dergelijk actieplan op tafel. Doel: bestrijding van verspilling, misbruik en oneigenlijk gebruik. Dit plan¹⁰ volgt op het activiteitenverslag van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV die preciseert dat deze dienst in 2015 inbreuken heeft vastgesteld voor een totaalbedrag van 11,6 miljoen euro. Het past overigens in het kader van de uitvoering van de "Task Force van het RIZIV m.b.t. structurele maatregelen in de verzekering voor geneeskundige verzorging" dat een besparing van 25 miljoen euro op jaarbasis moet realiseren door een betere strijd tegen misbruik en ondoelmatige zorg.

Het actieplan voorziet in de creatie van een samenwerkend en geïntegreerd platform waarin het RIZIV en de ziekenfondsen met andere partners slagkrachtige acties zullen ondernemen op drie domeinen:

- Vooreerst zijn er een aantal **structurele maatregelen** zoals de invoering van een systematische audit in de ziekenhuizen, de creatie van meldpunten voor fraude en verspilling in de zorg, de cartografie van samenwerkingsverbanden van zorgverleners, de verplichting tot lezing van de e-ID-kaart van de patiënten, de analyse van afwijkende profielen van zorgverleners en verzorgingsdiensten, en de invoering van een adequaat sanctiemechanisme bij misbruik van het systeem van derde betalende.
- Een tweede pakket betreft een reeks initiatieven met als **doelstelling de ondoelmatige zorgverlening terug te dringen**. Hierbij zal aandacht worden besteed aan de diagnostische verstrekkingen, uitgevoerd door de zogenaamde "connexisten"¹¹, aan het verbeteren van het gebruik van de medische beeldvorming in lijn met het protocol dat terzake in 2014 werd afgesloten, aan het voorschrijven van antibiotica, aan het doorlichten van de cardiale centra. Hierbij zullen nieuwe methoden worden verkend en zal ook worden nagegaan hoe een sterke link met het accrediteringssysteem kan worden gelegd.

¹⁰ Het plan voert de doelstellingen terzake van het regeerakkoord uit.

¹¹ Connexisme is de mogelijkheid voor een zorgverlener om sommige onderzoeken of behandelingen uit een ander specialisme zelf uit te voeren wanneer dat gebeurt met het oog op de eigen specialistische diagnosestelling of behandeling van de patiënt. (Bijv.: beeldvorming van de buik door een specialist in maag- en darmziekten).

- Het derde aandachtspunt betreft **de bestrijding van frauduleuze handelingen**. Concrete acties zijn gepland op het vlak van de verpleegkunde, kinesithérapie, tandartsen en logopedie. Ook controles inzake dringend ziekenvervoer, het voorschrijven en gebruik van specifieke medicatie, het gebruik van verouderde medische technieken zijn gepland. Ook een inspectie van niet-vergunde NMR-toestellen staat op stapel. Dit plan geeft prioriteiten aan, maar dit wil niet zeggen dat andere groepen niet worden gecontroleerd. Iedereen die misbruikt of ondoelmatige zorg praktiseert, kan altijd "geflitst" worden.

Hervorming gezondheidszorg in 2030 door NIC & Toekomstpact met Ziekenfondsen

In juni 2016 verwoordde het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) zijn visie op het Belgische gezondheidsbeleid tegen 2030. Na een lijstje van positieve vaststellingen (kwaliteitszorg, toegankelijk voor iedereen en financieel relatief haalbaar, ...) en van verontrustende vaststellingen (gebrek aan programmatie, kwalitatieve evaluatie, tekorten, kosten, ...) omtrent ons gezondheidssysteem, presenteerde het NIC zijn langetermijnvisie om de uitdagingen aan te pakken op basis van 5 krachtlijnen:

A. Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder reikt dan de sector van de gezondheidszorg: de maatschappelijke doelstellingen zullen worden bereikt wanneer alle sectoren (werkgelegenheid, huisvesting, onderwijs, fiscale maatregelen, leefmilieu, justitie, stedenbouw, enz.) gezondheid en welzijn integreren als een belangrijk aspect van hun beleidsbepaling. (Cf. de "Health In All Policies" van de WGO.)

B. Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering: Kwaliteit is "de mate waarin gezondheidszorg, zowel voor het individu als voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met de op dat moment gangbare vakkennis". De Verzekeringsinstellingen vragen om over te stappen naar een systeem dat wordt geëvalueerd op basis van 'outcome' en de toepassing van gestandaardiseerde procedures, gekoppeld aan accrediteringssystemen. We moeten erop toezien dat de zorgverstrekkers een minimale activiteitsdrempel bereiken en een maximumdrempel niet overschrijden.

C. Herinrichting van de organisatie van de zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften: het NIC vraagt een globale aanpak, gericht op de behoeften van de patiënt, met een meer geïntegreerde organisatie van het gezondheidsbeleid. Hiervoor is vereist:

- a. Herdefiniëring en verduidelijking van de taakverdeling tussen de verschillende beroepen en de verschillende lijnen in de gezondheidszorg, een optimale ontwikkeling van de multidisciplinariteit, met een evolutie naar nog meer forfaitaire financiering. Versterking van de kwaliteit en de elektronische uitwisseling van de informatie tussen de patiënt, de zorgverstrekkers, de arbeidsgeneesheren en de adviserend geneesheren.
- b. Dit model moet worden uitgewerkt rond een solide eerste lijn. Ontwikkeling van minimumnormen en controle van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg is eveneens noodzakelijk.
- c. Ontwikkeling van de intermediaire zorgstructuren of -modaliteiten tussen ziekenhuizen, RVT-ROB en thuiszorg, met samenwerking tussen deze verschillende niveaus met het oog op continue zorg voor de patiënten.
- d. Beperking van het aanbod aan acute en psychiatrische ziekenhuiszorg.

D. Verbeterde toegang tot de zorg via solidariteit: Allereerst moet het persoonlijke aandeel van de patiënt in de zorgkosten omlaag, via een dekking van essentiële behoeften die vandaag onvoldoende

gedekt zijn (tandzorg, geestelijke gezondheidszorg, brillen en gehoorapparaten, enz.). Verder moet eenieder toegang tot nieuwe behandelingen die hun meerwaarde hebben bewezen, verdedigd worden. Deze doelstelling moet worden verwezenlijkt door een efficiënte maar vooral stabiele en solidaire financiering. Een omkadering en beperking van de honorariumsupplementen is een prioritaire doelstelling. Deze kwestie heeft ook te maken met de beperkte conventioneringsgraad van bepaalde medische specialiteiten. De verzekeringsinstellingen streven naar een volledige conventionering. We moeten naar een groter verschil in terugbetaling tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverstrekkers. De VI's willen ook de prijzen en tarieven reguleren om de financiële transparantie te vergroten. Het statuut van de zorgverstrekker (al dan niet geconventioneerd) en het bedrag van de mogelijke supplementen moeten actief vermeld worden. Meer transparantie in de kosten en de terugbetalingen. Duidelijk onderscheid tussen het honorarium van de zorgverstrekker en de prijs van het materiaal.

E. Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie

- Herijking van de nomenclatuur op basis van de duur, de complexiteit en het risico van de prestaties, teneinde de over- en onderfinancieringen te corrigeren en te neigen naar kwaliteit en een nomenclatuur die beter aansluit bij de behoeften. Neigen naar een herziening van het vergoedingensysteem voor de zorgverstrekkers.
- Herziening van de subquota van de specialiteiten.
- Aanpassing van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 zodat taakdelegatie onder toezicht mogelijk wordt.
- Gepast financieringsmodel voor ziekenhuiszorg.
- Terugdringen van overmatig zorggebruik; stimuleren van goed gebruik van de diagnostische en therapeutische procedures.

De BVAS kreeg vervolgens de gelegenheid om haar commentaar op de tekst te formuleren. Deze is globaal uiteraard allesbehalve positief. Zo stelt de BVAS dat de grote inzet van de verschillende zorgverstrekkers – die dagelijks het verschil maakt voor de patiënt – dreigt weg te smelten als sneeuw voor de zon, vooral door de toenemende administratieve druk waarvoor de mutualiteiten in grote mate verantwoordelijk zijn.

De BVAS laakt overigens het feit dat de visietekst de preventie claimt voor de ziekenfondsen. Zo kunnen ze binnendringen in de medische dossiers van de patiënten. Dit idee is zowel politiek als ethisch fout.

Verder lijdt het weliswaar geen twijfel dat de kwaliteit van de zorgverlening verbeterbaar is, maar is het een illusie te geloven dat de invoering van eHealth de administratie eenvoudiger en goedkoper zal maken. De mogelijkheden van de informatica zijn onbeperkt, maar dat geldt niet voor tijd en geld. Het is duidelijk wat de ziekenfondsen willen: zij willen inzage in de diagnostische gegevens. Het doel van eHealth kan niet zijn om de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen de mogelijkheid te geven te beslissen over de behandeling van patiënten. Het risico om te evolueren naar patiëntenselectie en verbod op terugbetaling van bepaalde behandelingen kan een reëel gevaar vormen.

Meer forfaitaire geneeskunde heeft nog nooit overtuigend bewezen dat ze bevorderlijk is voor de kwaliteit. Op lange termijn willen de ziekenfondsen komen tot een volledige conventionering. Anders gezegd: ze willen een absoluut verbod op supplementen. Dit ondergraaft de fundamenteën van de Sint-Jansakkoorden van 1964. Onze voorvaders weigerden een eenheidsprijs, opgelegd door de mutualiteiten, en dit standpunt is ongewijzigd gebleven. De deskundigheid van elke individuele arts is immers geen "openbaar goed".

Het definiëren van minimum- en maximumdrempels voor de activiteit vormt een aanslag op het zelfstandige statuut van de arts. Dit bewijst alleen maar dat de ziekenfondsen graag de inkomsten van de zorgverstrekkers zouden willen bepalen.

De term "kwaliteit" duikt 52 keer op in dit document, maar slechts één keer, en dan nog indirect, wat de ziekenfondsen aangaat. Nergens vermelden de ziekenfondsen dat ook zij betere kwaliteit zouden kunnen

leveren door verbetering van hun interne data-uitwisseling of van de taken van hun adviserende geneesheren of van hun administratieve diensten.

De BVAS besluit dat dit document trouw is aan de opzet bij de creatie van de British National Health Service, intussen zeventig jaar geleden. Tot wat dit kan leiden, toont het al decennia aanslepende debacle van de Britse gezondheidszorg aan. De BVAS wil adequate en kwaliteitsvolle zorg, zonder verspilling of misbruik. Deze visietekst gaat niet in die richting en heeft als enige doelstelling dat de verzekeringsinstellingen zouden kunnen bepalen welke patiënten welke zorgen kunnen ontvangen in de door henzelf gecontroleerde instellingen, en tegen welke voorwaarden. De BVAS kan deze visietekst absoluut niet aanvaarden, op enkele details na. De BVAS besluit haar analyse met de opmerking dat een bevolking desnoods voortkan zonder mutualiteiten, maar niet zonder artsen.

In december 2016 legde minister De Block het "**Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen**" op tafel. Het is een pact tussen enerzijds minister De Block en haar administraties en anderzijds de zeven verzekeringsinstellingen van het land¹². Dit document tracht de rollen en missies van deze VI's te herdefiniëren door ze aan te passen aan de ontwikkelingen in onze maatschappij.

De ziekenfondsen zullen de komende jaren evolueren naar gezondheidsfondsen die hun leden helpen een gezonde levenswijze te hanteren en gezond te blijven. Het pact telt 6 grote krachtlijnen:

- Informatieverlening aan en gezondheidscoaching voor de leden,
- Beleidsondersteuning en goed beheer van gezondheidszorgverzekering (de VI's beschikken over veel gegevens. Ze bieden inzicht in het gebruik van de gezondheidszorg en vormen dus belangrijke informatie om gezondheidsdoelstellingen te bepalen),
- Handhaving en doelmatigheid (de VI's zullen een versterkte handhavende rol krijgen: controle op over- en onderconsumptie, onwetenschappelijke praktijken, gevallen van fraude en misbruik, ...),
- Het takenpakket van de adviserend geneesheren (zal geëvalueerd en gemoderniseerd worden opdat zij hun expertise beter kunnen aanwenden),
- De verplichte aanvullende verzekering (de ziekenfondsen zullen hun verplichte aanvullende verzekeringen moeten evalueren om te komen tot rationalisering van het aanbod. Voordelen vanwege deze VAV moeten daadwerkelijk met gezondheid te maken hebben. Tussenkomen met negatieve gezondheidseffecten of in tegenspraak met de stand van de wetenschap moeten geschrapt worden),
- Goed bestuur en transparantie (de VI's zullen zelf voorstellen moeten formuleren om hun doeltreffendheid en efficiëntie te verbeteren).

De BVAS is uiteraard geen voorstander van dit pact dat in grote trekken het NIC 2030-plan overneemt.

¹² Landsbond der christelijke mutualiteiten, Nationaal verbond van de socialistische mutualiteiten, Landsbond van de neutrale ziekenfondsen, Landsbond van liberale mutualiteiten, Landsbond van onafhankelijke ziekenfondsen. Verder ondertekenden ook de HZIV en de KGV HR Rail het pact.

Algemene geneeskunde

Op het niveau van het Waals Gewest

Inwerkingtreding van AViQ (Agence pour une Vie de Qualité, "agentschap kwaliteitsvol leven")

Op 1 juli 2014 werden bepaalde bevoegdheden inzake gezondheid naar de deelstaten getransfereerd. In ons vorige activiteitenverslag hadden we het al over de Waalse instelling van openbaar nut (ION)¹³ die deze bevoegdheden zou opnemen. Op 1 januari 2016 trad AViQ officieel in werking¹⁴.

Vertraging in de oproep tot kandidaturen

Vorig jaar al legden we uit dat dit organisme weinig plaats biedt voor de artsen, ondanks onze vele brieven en gesprekken. Het hele jaar 2016 stelden we kandidaten voor om te zetelen in de verschillende commissies waarvoor we konden postuleren. AViQ heeft echter een zekere vertraging opgelopen in zijn werking: tegen volgend verslag zullen we allicht de resultaten van deze kandidaturen kennen. In 2016 vernamen we enkel de namen van de BVAS-vertegenwoordigers in het Comité Bien-être et Santé¹⁵: dr. Herry, voorzitter van de Kamer van Luik en dr. Lamy, eerste ondervoorzitter van de Kamer van Brakel.

Op weg naar de invoering van een zelfredzaamheidsverzekering in Wallonië

In 2016 voert de Waalse regering (meer bepaald met de BVAS) consultaties om tegen 1 januari 2017 een zelfredzaamheidsverzekering ("assurance autonomie") in te voeren. In Vlaanderen bestaan sinds 2002 al een dergelijke zorgverzekering. In Brussel werd in dit verband een studie besteld.

De verzekering moet thuishulp onder goede voorwaarden mogelijk maken bij zelfredzaamheidsverlies¹⁶ door een handicap, leeftijd of gezondheid, met voorkeur voor handhaven van thuiswonen, ongeacht de leeftijd van de persoon in kwestie. Concreet zou dit toegang geven tot diensten¹⁷ zoals huishoudhulp, maaltijden, mobiliteitshulp, medisch materiaal enz...

De financieringsbudgetten zouden gedeeltelijk van de verplichte bijdragen¹⁸ van de Walen komen, en gedeeltelijk van een bijdrage vanuit de begroting van Sociale Actie en Gezondheid (ongeveer 200 miljoen bij de start, op termijn 350 miljoen). Een gedeelte blijft ten laste van de begunstigde. Dit zal variëren volgens zijn individuele inkomsten (een soort remgeld).

¹³ In Brussel geraakte de oprichting van de ION die Iriscare zal heten, in 2016 nog niet rond. De BVAS deed in september 2016 in de pers haar beklag omdat de politici al vele maanden geen contact meer zochten in dit verband. De Brusselaars willen (in tegenstelling tot AViQ) een scheiding tussen enerzijds de administratie en anderzijds de ION en haar paritaire organen handhaven, volgens het model van het RIZIV.

¹⁴ Merk op dat Alda Gréoli, kabinetschef van Maxime Prévot, in april 2016 overstapte naar ministeriële functies in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zij werd vervangen door dr. Anne Boucquiau die daarmee kabinetschef werd voor volksgezondheid, sociale zaken en gelijke kansen.

¹⁵ Merk op, inzake deze benoemingen, dat Fermabel (federatie rust- en verzorgingstehuizen) een procedure heeft ingediend tot annulering van artikel 1,1° van het besluit van 03.03.2016 tot benoeming van de leden van het Comité "Welzijn en Gezondheid" van het "Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles". De BVAS besliste geen interventieaanvraag in te dienen.

¹⁶ Op basis van een schaal van het BelRAI-type.

¹⁷ In Vlaanderen ontvangen de begunstigten een geldbedrag, niet de dienstverlening.

¹⁸ Lidmaatschap via de zelfredzaamheidsverzekeringdienst van de eigen verzekeraar, verplicht vanaf 26 jaar. Het betreft een jaarlijks bedrag. Voor 2016 wordt gesproken van 50 euro (25 bij RVV-statuu), of dezelfde bedragen als in Vlaanderen.

Reorganisatie van de eerstelijnszorg...

In maart 2016 werd de richtnota voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Wallonië¹⁹ voorgesteld aan de stakeholders in de sector, waaronder de BVAS.

De basispostulaten van het kabinet Prévot bij de redactie van deze nota zijn: het huisartsentekort, vooral in landelijke gebieden, de vervrouwelijking van de geneeskunde, de veranderde mentaliteit bij de jonge huisartsen die de voorkeur geven aan vrijetijd en groepspraktijk en de nog te ongelijke toegang tot de gezondheidszorg bij verschillende bevolkingslagen. De patiënt zal centraal staan en wordt aangespoord om zich eerst te richten tot de huisarts (HA) als spil van het gezondheidszorgparcours van de patiënt.

Wallonië wil hiervoor diverse acties ondernemen, zoals:

- Betere informatie aan het publiek over de bestaande eerstelijnsvoorzieningen;
- Reorganisatie van de behandeling van chronische aandoeningen;
- Doorstroming tussen sectoren en multidisciplinariteit bevorderen. Dit kan vooral door ontwikkeling van elektronische data-uitwisseling via het "Réseau Santé Wallon" (Waalse gezondheidsnetwerk), ondersteuning van initiatieven tot groepspraktijken en ontwikkeling van associaties voor geïntegreerde gezondheidszorg (medische huizen);
- Aanmoediging van installatie van HA's in gebieden met een HA-tekort en bevordering van de toegang tot de HA. Dit kan meer bepaald met de hervorming van de Impulseo-hulp. Wallonië beslist om de renteloze lening vanaf 2016 op te heffen, de premie op te trekken van 20 tot 25.000 euro en Assisteo te ontwikkelen (cf. hieronder);
- Ontwikkeling, opleiding en sensibilisering van professionele zorgverstrekkers tot IT-tools.

... en invoering van het PPLW (eerstelijnszorgplatform Wallonië)

Als reactie op deze overdracht van bevoegdheden en op deze nota wordt het "Plate-forme Première Ligne Wallonie" (PPLW) opgericht dat de volgende spelers verenigt: ABSyM (BVAS), GBO, Inter SIRD²⁰, AXXON²¹, APB²², AUP²³, Inficonsor²⁴, RML²⁵, FMM²⁶, ACCOORD²⁷, UKB²⁸, FAG, Chambres syndicales dentaires, SMD²⁹ en SSMG³⁰.

Het doel van dit platform is zich te beraden om aan de overheden één visie te kunnen voorstellen wat gezondheid in het Waals Gewest betreft. Het wil zich dus profileren als gesprekspartner voor het kabinet. In juni 2016 vraagt dit platform daartoe overigens een vorm van legitimering van het kabinet Prévot.

Het platform stelt niet tevreden te zijn over de nota. Het is in de eerste plaats van oordeel dat deze richtnota veeleer een beschrijving van de organisatie en het beheer van de overgedragen materies is dan een echte strategische visie voor organisatie van eerstelijnszorg op middellange en lange termijn. De

¹⁹ Het Waals Gewest is op eerstelijnsniveau bevoegd voor de kringen (financiering en goedkeuring, behalve de wachtdienst die federaal blijft), Impulseo-hulp, LMN, GDT, de platformen voor palliatieve zorg en de multidisciplinaire palliatieve teams.

²⁰ Services Intégrés de Soins à Domicile – Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging (GDT)

²¹ Representatieve beroepsvereniging voor Belgische kinesitherapeuten

²² Algemene Pharmaceutische Bond

²³ Association des Unions de Pharmaciens – Franstalige apothekersvereniging

²⁴ Consortium van 12 vzw's die de thuisverplegers (zelfstandigen en in loondienst) verenigt

²⁵ Réseaux Multidisciplinaires Locaux – Lokale multidisciplinaire netwerken

²⁶ Fédération des Maisons Médicales – Franstalige federatie van medische huizen

²⁷ Association des Centres de Coordination de soins et de services à domicile – Franstalige coördinatiecentra thuisverzorging

²⁸ Union des Kinésithérapeutes de Belgique – Franstalige kinesitherapeutenvereniging

²⁹ Société de Médecine Dentaire – Franstalige tandartsenvereniging

³⁰ Société Scientifique de Médecine Générale – Franstalige artsenvereniging

diverse protagonisten betreuen voorts dat de nota voorrang geeft aan de huisartsenbenadering ten nadele van een meer multidisciplinaire visie die alle andere zorgverstrekkers integreert.

Het platform besluit dus tegen het einde van het jaar in overleg tussen de verschillende stakeholders een tegenvoorstel aan te reiken om dit begin 2017 te komen presenteren op het kabinet.

Discussie omtrent Assisteo en Impulseo

Het Waals kabinet deelt mee dat naast de klassieke Impulseo-hulp een budget van 500.000 euro is vrijgemaakt voor de ontwikkeling van het concept Assisteo³¹. De grote trekken moeten in 2016 worden bepaald om het vanaf 2017 te lanceren.

De voorgenomen doelstelling: "Het complementaire karakter van het binomium 'arts-verpleegkundige' versterken. Minister Maxime Prévot wil de globale verzorging van de patiënt beter ontwikkelen door meer bepaald een preventieaspect te integreren. De competenties van de verpleegkundigen zijn zeker geschikt voor preventiegebonden taken. Ze zijn ook perfect in staat om in opdracht bepaalde medische handelingen uit te voeren (bloedafname, inenting, toezicht op de bloedsuikerspiegel, parametrisering, ...) Op die manier kan de arts zich meer concentreren op zijn artsrol (diagnoses, voorschriften, ...)."

Vanaf september 2016 vonden onder de auspiciën van het kabinet Prévot vergaderingen met de diverse protagonisten plaats om het project nauwkeuriger uit te werken. De minister was initieel van plan om de HA een verpleegkundige te laten aanwerven met financiële steun van het Waals Gewest. Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep werd vrij snel duidelijk dat deze configuratie (werken onder het gezag van de HA) niet aantrekkelijk is voor de verpleegkundigen.

De twee Waalse Kamers van BVAS beslissen in oktober 2016 een andere oplossing voor te stellen. De BVAS meent dat pluridisciplinariteit in opmars is en een kostbare hulp kan zijn om de behandeling van deze complexe patiënten aanzienlijk te verbeteren. Het is echter niet eenvoudig om de juiste persoon op het juiste moment op de juiste plek te hebben. De twee Kamers verduidelijken hun visie:

- De verpleegkundige is de juiste keuze om huisartsen te helpen voor een efficiënte verzorging van chronische aandoeningen.
- Met het oog op efficiëntie in zijn/haar werk moet de verpleegkundige een specifieke opleiding volgen rond de na te streven doelstellingen om de levenskwaliteit van deze patiënten te verbeteren.
- Om zijn autonomie in het werk te handhaven moet de verpleegkundige de verzorgingsinstructie van de arts volgen, zonder daarom gebonden te zijn door een arbeidscontract in directe relatie tot de arts. Om de ondergeschiktheidsrelatie arts/verpleegkundige te vermijden, wordt het contract best aangegaan met de RML's (lokale multidisciplinaire netwerken). Dit betekent dat de Waalse regering zich zou engageren om de RML's te financieren volgens het project.
- De verpleegkundige kan, als partner van de arts, de preventie, de gezondheidsbevordering en de therapeutische vorming versterken en ontwikkelen, voor zover hij/zij daartoe opgeleid is.

Uiteindelijk beslist het kabinet om te kiezen voor een methode van onderzoek-actie. Kortom: in 2017 volgen er pilootprojecten onder impuls van professionals op het terrein.

Van een Koepel naar een College voor algemene geneeskunde

Naast het PPLW bestaan er nog andere initiatieven waarbij de spelers op het terrein trachten tot overleg te komen tegenover het beleid.

³¹ Het concept Assisteo is niet nieuw. Doelstelling is de arts een soort praktijkassistent "aan te bieden" die hem helpt bij klinische taken. Minister Prévot herlanceert het idee; volgens hem beschikt de thuisverpleger over het geschikte profiel.

Op het niveau van de Franstalige HA's bestaat sinds 2015 de "Coupole de MG" (HA-koepel). In de tweede helft van 2016 wensten de verschillende spelers (waaronder ook de BVAS) de structuur te zien evolueren naar een echt "Collège de MG" (HA-college) zoals in Frankrijk, nl. met vertegenwoordigers van de wetenschappelijke, syndicale, academische wereld en de kringen. In dit toekomstige college zetelen dus BVAS, GBO, FAGW, FAMGB, SSMG, CAMG-UCL, DUMG-ULG, DMG-ULB, UCL.

Doel van de ontmoetingen is standpunten te delen over belangrijke dossiers in de algemene geneeskunde, zoals de organisatie van stages, de veiligheid van de HA's, de burn-outproblematiek, respect voor de vertrouwelijkheid in de telematica... Het doel van het Collège is dus uit te groeien tot hét trefpunt bij uitstek voor uitwisseling, promotie en contacten tussen HA's.

Einde 2016 startte het Collège de gesprekken om zich beter te structureren (met eventueel een rechtspersoonlijkheid) en tot een gemeenschappelijke visie te komen.

Oprichting van de "Généralistes ABSyM" (BVAS-huisartsen)

In de eerste helft van 2016 beslisten de HA's van beide Waalse Kamers om zich te verenigen onder de naam "les Généralistes ABSyM". Beide kamers willen coördinatie tegenover de regionalisering.

Op het niveau van de Vlaamse gemeenschap

Voorbereiding Eerstelijnsgezondheidszorgconferentie

In het Vlaams Regeerakkoord en de beleidsnota van minister Vandeurzen 2014-2019 wordt een hervorming van de structuren in de eerstelijnsgezondheidszorg beschreven. Om deze hervorming gedragen aan te pakken, werd een participatief traject voorgesteld met de sector uitmondend in een eerstelijnsconferentie in het voorjaar 2017. Op deze conferentie maken verschillende werkgroepen hun beleidsvoorbereidende voorstellen bekend. Deze voorstellen moeten uitmonden in nieuwe Vlaamse regelgeving die het eerstelijnszorglandschap zullen hertekenen.

De scope van de eerstelijnsconferentie is het Vlaams beleid inzake eerstelijnszorg. De veranderingen situeren zich zowel op het niveau van de individuele persoon met een zorgnood als op het niveau van de structuren op de eerste lijn. Om deze hervorming gedragen aan te pakken, werden er 6 werkgroepen opgericht. In de maanden oktober 2015 tot juli 2016 kwam elk van de werkgroepen een aantal keer samen om voorstellen te formuleren op de gestelde vragen. Deze voorstellen werden gebundeld in een tussentijds rapport per werkgroep, die werden afgetoetst bij een groep van academici.

Gedurende de zomerperiode werd een tussentijds syntheserapport opgesteld dat de aanbevelingen van de verschillende werkgroepen samenvatte. Deze tekst werd gebruikt om bij de start van het najaar provinciale toetsingsrondes te organiseren en de voorlopige conclusies van de werkgroepen af te toetsen bij het werkveld. Op basis van de feedback werden de eindrapporten per werkgroep aangepast en werd ook een eindrapport opgemaakt.

Een visietekst eerstelijns geneeskunde werd in dit kader door het VAS uitgewerkt en overgemaakt aan Vlaams Minister Vandeurzen.

Impulseo

Langs Nederlandstalige zijde werd er vastgesteld dat de betalingen Impulseo eind december 2016 plots uitbleven. Op 3 januari 2017 heeft het VAS een schrijven gericht aan respectievelijk Minister Vandeurzen en Minister Tommelein teneinde naar de reden te vragen aangaande de achterstand in uitbetalingen en wij polsten terzelfdertijd naar de intenties inzake de toekomstvisie van Impulseo. Minister Vandeurzen vond het niet de moeite om te antwoorden.

Minister Tommelein stelde dat hij geen kennis had van een afbouw of uitstel in betalingen voor deze ondersteuning.

Bijkomend stelde hij dat Minister Vandeurzen bevoegd is voor deze materie en hij raadt deze laatste aan om dit te bespreken met het syndicaat tijdens een overleg.

Ondertussen is het VAS al een tweetal jaar aan het wachten op een verderzetting van het officieus overleg dat Minister Vandeurzen had geïnstalleerd met de artsensyndicaten.

Verder werd er in de loop van 2016 een studie opgezet door een aantal onderzoekers van de Universiteiten van Gent en Leuven waaronder Dr. De Lepeleire en Dr. Jan De Maeseneer aangaande het Impulsfonds.

Eén van de co-auteurs is ASGB bestuurder, met name Prof. Jan De Lepeleire en andere co-auteurs zijn nauw gelieerd aan Domus Medica, dat dan weer onderdeel is van het (huisartsen) syndicaat AADM.

Deze studie uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse Gemeenschap maakt een evaluatie van het dossier Impulseo sedert zijn opstart tot heden.

In het kader van de opzet van de studie hebben de onderzoekers 11 experts aangesproken inzake het impulsfonds en daarnaast zijn er een 19-tal mensen uitgenodigd per mail om hun mening te geven.

Het is opvallend dat in deze studie Domus Medica als aparte entiteit wordt vermeld, naast de syndicaten, terwijl Domus Medica sedert de laatste medische verkiezingen een onderdeel is van het syndicaat AADM. Behoudens een telefonisch gesprek met het VAS zal waarschijnlijk alléén het ASGB aangesproken worden als syndicale entiteit om feedback te geven.

Met de resultaten van de “to be” aanbevelingen van deze studie is grotendeels te leven. De voornaamste bekommernis van het VAS was voornamelijk de vrees dat het Impulseo systeem niet meer zou verdergezet worden met als gevolg een probleem met het sociaal passief voor de artsen die met personeel werken.

De conclusies worden ook voor een deel ingevuld door de uitgangspunten van de onderzoekers (Prof. De Lepeleire en Prof. De Maeseneer): ja aan de praktijkassistenten. Op de laatste pagina van het document stelt voetnoot 29 nog uitdrukkelijk dat het nodig is om het dossier van de praktijkassistent voor de eerstelijnszorg in Vlaanderen terug te activeren.

Daar waar een grote mate van tevredenheid bestaat over de werking van het participatiefonds Vlaanderen is de echte bedoeling vanzelfsprekend ook deze taken te laten overnemen door het op te richten Vlaams Instituut voor de eerstelijnszorg.

Verder bestaat er ook tevredenheid over de werking van steunpunten, zij het dat een respondent aan de studie heeft vermeld dat hij de sterkte van de artsensyndicaten als een bedreiging aanziet.

Er was ook geen studie nodig om te weten dat het bepalen van de huisartsenzone nattevingerwerk is en het eventueel herformuleren van wat een huisartsenarme zone is door de huisartsenkringen blijkt ook niet altijd een zo goede keuze.

Het zal de bedoeling zijn om verder te werken rond de randvoorwaarden van het Impulsfonds maar de essentie zal behouden blijven.

Wachtdienstcoördinatie

Aangezien binnen de medicomut over de toekenning van middelen m.b.t. de wachtdienstcoördinatie principiële vragen rezen omtrent de correcte toepassing van de wet Overheidsopdrachten alsook omtrent mogelijke belangenvermenging, door de rol van Domus Medica/AADM, heeft de BVAS een schrijven gericht aan de Medicomut. Als gevolg van het melden van deze problematiek werd overeengekomen dat de Vlaamse vleugels van de drie representatieve artsensyndicaten samen met de vzw Wachtposten Vlaanderen deel zouden uitmaken van een nieduwe, gezamenlijke vzw die in Vlaanderen zou instaan voor de coördinatie van wachtdiensten.

Uitweg uit de crisis van de Huisartsenwachtposten (HAWP's)

Eind 2015 barstte een "HAWP-crisis" los³². Tijdens de onderhandelingen over de begroting 2016 vernamen we dat de regering de intentie had een gedeelte van het budget voor de HAWP's te bevriezen, en zit zonder enig voorafgaand overleg met de spelers op het terrein en zelfs niet met de HAWP-werkgroep van de artsen-ziekenfondsen die gewoon genegeerd werd.

Uiteindelijk werd een alternatieve oplossing gevonden voor het initiële voorstel om ongeveer 10 miljoen euro te bevriezen. Deze oplossing werd bekrachtigd in het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 dat voorziet in de oprichting van een Task Force met vertegenwoordigers van de NCAZ, de HAWP's, de kringen, de ziekenhuizen, de spoedartsen en de overheden. Ook de BVAS is uiteraard betrokken partij.

De HAWP-Task Force (TF) vergaderde eind januari 2016 voor het eerst. Vooral dr. Jacquemain, administratrice van de Kamer van Luik, beet zich vast in het dossier. Tot de missies van de TF behoren:

- Een standaardplan voor akkoorden tussen HAWP's en spoeddiensten overhandigen tegen eind maart 2016.
- Een plan van aanpak opstellen tegen juni 2016, met een standaard- en een uitzonderingsmodel voor de regels die de HAWP's moeten respecteren. De regering ziet als standaardmodel dat de HAWP fysiek en operationeel verbonden is met een spoeddienst. Het is de bedoeling dat wie niet op de spoed thuishoort, gemakkelijk kan worden doorverwezen naar de HAWP in de directe omgeving van de spoeddienst, en omgekeerd.
- In de loop van 2016 een auditverslag opstellen over de huidige werking van de HAWP's.
- Rapporteren over de werkgroep 1733.

De BVAS hekelt al vrij snel de werkwijze van deze TF, opgesplitst in twee werkgroepen (een over het model van plan van akkoorden, een andere over het HAWP-standaardmodel). De toon is dirigistisch, "top-down" en niet "bottom-up" (geen agenda, geen notulen, gericht op een "hospitalo-centrisme"). Bij de eerste debatten in de WG "akkoorden" wil men zover gaan de HAWP's gewoon in het ziekenhuis te integreren en te spreken over U-HAWP (met U van Urgentie). De discussies met het kabinet verlopen vrij woelig en leiden tot een brief (ondertekend door BVAS, FAG, Domus Medica, Vlaamse HAWP's, FAMGB, AADM, SVH, GBO, ASGB en Modes) om de situatie aan te klagen. Uiteindelijk wordt de WG-standaardmodel opgedoekt en vervangen door bilaterale gesprekken. Het kabinet zwicht voor vele vragen.

Einde eerste kwartaal 2016 is een "plan van akkoord" afgerond. BVAS heeft – na uren onderhandelen, onder de leiding van Dr. de Toeuf – enkele tegemoetkomingen in de wacht gesleept. Het kabinet beslist uiteindelijk dat de HAWP niet verplicht in of bij het ziekenhuis moet of zal moeten liggen. De HAWP hoeft ook niet noodzakelijk 24x7 geopend te zijn. Het kabinet handhaaft zijn intentie om het nummer 1733 door te drukken, maar beseft dat eind 2016 niet realistisch is als termijn. Het akkoordplan bevat enkele minimumcriteria die besproken moeten worden, rekening houdend met de lokale realiteiten. Nieuwe HAWP-plannen moeten een dergelijk plan voorleggen bij het indienen van hun dossier bij het RIZIV; alle bestaande HAWP's moeten er tegen eind 2017 over beschikken. Indien geen enkele samenwerking mogelijk is, moeten de redenen ter informatie worden opgenomen in het akkoordplan, om eventueel bij te dragen tot de verbetering van de financiering en van de organisatie van niet-programmeerbare zorgen.

Parallel hiermee loopt de audit van de HAWP-financiering. Op basis van de financiële verslagen van de HAWP's voor het jaar 2015 en de activiteitengegevens werden in eerste instantie enkele kwantitatieve analyses uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de gemiddelde HAWP jaarlijks 4.402 consultaties en 1.495 huisbezoeken uitvoert, en dat de werkingskosten gemiddeld 286.732 euro per jaar bedragen.

Op basis van de gegevens van een vrij beperkt aantal HAWP's kan men vaststellen dat het gemiddelde aantal nachtelijke consultaties 2,4 en het aantal huisbezoeken 1,23 bedraagt.

³² Meer details over deze crisis, de aanpak en het akkoord in het verslag van 2015.

De audit leert ook dat besparingen mogelijk zijn op de 3 grootste uitgavenposten van de HAWP's: coördinatie & administratie, onthaal en vervoer. Om hierop in te grijpen kan men overgaan tot:

- Raamovereenkomsten;
- De mogelijkheid om de nachtelijke wachtdienst anders te organiseren in streken met beperkte activiteit, vooral wat vervoer betreft;
- De mogelijkheid om administraties/coördinaties te fuseren;
- Zones van minstens 100.000 inwoners dekken.

Dit alles moet echter in de loop van 2017 worden besproken met de mensen op het terrein. Wordt volgend jaar vervolgd!

Beroep tegen de VRDB

In het verslag van 2015 meldden we al dat de BVAS had beslist om enkele bezwaren in te dienen tegen de verplichte regeling derdebetaler (VRDB).

Aangaande het beroep tot opschorting tegen KB van 18.09.2015, ingediend bij de Raad van State:

In mei 2016 vernamen we dat de Raad van State de hoogdringendheid die was ingeroepen om het KB van 18.09.2015 betreffende de derdebetalersregeling op te schorten, werd verworpen. De Raad van State moet onze vraag nog analyseren en zich uitspreken over de grond van de zaak.

Aangaande het beroep tot nietigverklaring van artikel 20 van de wet van 17.07.2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, ingediend bij het Grondwettelijk Hof:

Volgens ons vestigt deze bepaling een ongeoorloofde verschillende behandeling voor de HA's en de SP's. Deze laatste zijn niet onderworpen aan de VRDB terwijl ze terugbetaalde elementaire gezondheidsdiensten leveren. De betwiste bepaling introduceert voorts een ongeoorloofd verschil in behandeling van HA's en andere beoefenaars van een vrij beroep: de eerste hebben niet het recht om door de medecontractant te worden betaald, zonder tussenkomst van een overheidsorgaan. En terwijl het logisch zou zijn dat de geconventioneerde HA's anders zou worden behandeld dan de anderen, schakelt de wet ze gelijk.

Het Grondwettelijk Hof heeft ons verzoek begin mei 2016 afgewezen: het is van mening dat deze verschillen gerechtvaardigd en niet discriminerend zijn. Het meent ook dat de VRDB acceptabel is voor de HA's, precies omdat zij een specialiteit uitoefenen die gericht is op de eerstelijnszorg, en omdat ze derhalve een specifieke rol spelen in de bevordering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Verwerping van het beroep tegen het KB van 26 maart 2014 betreffende de uitoefening van de homeopathie – uitspraak Raad van State 27.10.2016 nr. 23679

Het KB dat de uitvoering van homeopathie regelt, verscheen in het BS van 12 mei 2014. Het regelt de registratie (en erkenning) van zorgverleners die homeopathie bedrijven, en legt de grenzen vast van de beoefening van homeopathie.

Homeopathie wordt voorbehouden terrein voor artsen, tandartsen en vroedvrouwen. Ze moeten dan wel eerst een universitaire opleiding hebben gevolgd. Als overgangsmaatregel mag homeopathie onder bepaalde voorwaarden ook beoefend worden door beoefenaars van andere zorgberoepen - op voorwaarde dat ze een erkende opleiding hebben gevolgd.

Zorgverleners mogen steeds maar homeopathie bedrijven binnen de perken van hun bevoegdheden volgens KB78.

De BVAS stelde onder meer dat de voorwaarden en de vereisten die het KB oplegt voor het uitvoeren van homeopathie, een beperking inhoudt van hun therapeutische vrijheid.

De Raad van State stelt vast dat de beperkingen een gevolg zijn van de registratieplicht voor niet-conventionele praktijken. Maar die registratieplicht vloeit voort uit de wet van 29 april 1999, niet uit het KB met de uitvoeringsbesluiten.

De Bvas wierp ook volgend bezwaar op: artsen-homeopaten moeten zich verplicht houden aan de medische deontologie en aan EBM-indicaties voor homeopathie, terwijl het aan andere zorgberoepen die verplichting niet zou opleggen.

Verder werd ook geargumenteed tegen de overgangsmaatregel voor zorgverleners die geen arts, tandarts of vroedvrouw zijn, maar wel gedurende een periode van vijf jaar nog een erkenning voor homeopathie kunnen vragen. Het gaat om personen die een zorgberoep op bachelorniveau beoefenen en op het moment dat het KB van kracht werd, een opleiding homeopathie hebben beëindigd of hebben aangevangen. De Bvas vindt het daarnaast niet correct dat de Kamer voor homeopathie het certificaat voor de opleiding moet afleveren.

De Raad van State verwerpt deze bezwaren. Ze vindt bijvoorbeeld dat EMB-vereisten ook voor de andere zorgberoepen kunnen gelden. De periode van vijf jaar is nergens in strijd met de wet. En verder argument de Raad van State dat de maatregel waarbij de Kamer het certificaat moet afleveren, geen nadeel berokkent aan de artsen.

Met de verwijzing naar de medische deontologie en naar de verplichting om met EBM-indicaties te werken heeft de Raad van State ook geen problemen. Deze deontologische verplichtingen gelden voor alle artsen, of dit nu in een wet staat of niet.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering

➤ In 2016 werd voortvergaderd in het "**Overlegcomité ziekenhuishervorming**", opgericht door de minister en waar de BVAS wordt vertegenwoordigd door de dokters Marc Moens, Jacques de Toeuf en Philippe Devos. Ter herinnering: deze werkgroep heeft als missie de minister te informeren over de standpunten van de spelers op het terrein, niet om beslissingen te nemen.

➤ Parallel gingen in 2016 de eerste **pilootprojecten** van start waarover we het vorig jaar hadden.

Zo werden in februari 2016 zeven projecten "*bevalling met ingekorte verblijfsduur*" geselecteerd. Deze projecten zullen 2 jaar duren. Ze zullen jaarlijks geëvalueerd en mogelijk aangepast worden. De regering zal na deze 2 jaar beslissen welke aspecten van de projecten op ruimere schaal worden ingevoerd. Tijdens de proefperiode moeten de deelnemende patiënten vooraf hiermee instemmen.

In juni 2016 werd een oproep tot pilootprojecten rond "*thuishospitalisatie*" gelanceerd, tot half september. Deze oproep beoogt vooral "*de antibiotherapie langs intraveneuze weg in thuisomgeving*". De projecten kunnen worden ingediend door groepen van zorg- of dienstenverstrekkers. Er moet echter sine qua non een samenwerking bestaan met minstens één ziekenhuis waarin zowel medische als verpleegkundige expertise voorhanden is. Hierbij moet een bestek gerespecteerd worden, meer bepaald dat de patiënt geen supplementaire kosten heeft.

➤ In haar algemene beleidsnota van eind oktober 2016 ontwikkelt minister De Block haar **visie op P4Q (Pay for Quality)**. Ze wil dit systeem op bescheiden schaal invoeren en slechts verruimen indien het de kwaliteit in de ziekenhuizen manifest verbetert. De grote lijnen zijn:

- Dit systeem zal worden toegepast op alle algemene ziekenhuizen.
- Zowel de kwaliteitsverbetering als het bereiken van de minimumnorm kan beloond worden.
- Het systeem moet maximaal steunen op de bestaande indicatoren of op de indicatoren die kunnen worden afgeleid uit de bestaande registraties om te vermijden dat de ziekenhuizen louter voor deze financiering overgaan tot deze registraties.
- De sector moet vooraf goed geïnformeerd zijn over deze projecten: weten welke indicatoren worden gebruikt, hoe ze worden gemeten en geëvalueerd, enz.

➤ Het **KCE heeft in 2016 twee verslagen gepubliceerd over deze hervorming.**

○ In juli 2016 was er de publicatie van KCE-rapport 270B *"Clusteren van pathologiegroepen volgens gelijkenissen tussen ziekenhuisverblijven"* met als doel:

- Een antwoord geven op de vraag of ziekenhuisverblijven in 3 clusters geordend kunnen worden. De analyse van het KCE luidt dat dit mogelijk is, evenwel zonder duidelijk onderscheid tussen deze drie clusters. Hiertoe is verdere verfijning nodig zodra men meer gegevens heeft, moeten de historische pathologieën geherorganiseerd worden en moet de harmonisering tussen clinici van verschillende disciplines worden voortgezet;
- Nagaan, binnen cluster 1 met weinig variabiliteit, welke pathologiegroepen kandidaat zijn voor een prospectief forfait.

De hervorming voorziet immers in drie soorten financiering:

- Verzorging met lage variabiliteit: prospectieve financiering van honoraria en hospitalisatiedagen;
- Verzorging met gemiddelde variabiliteit: financiering vergelijkbaar met wat momenteel bestaat met het BFM;
- Verzorging met hoge variabiliteit of weinig gestandaardiseerd: financieringssysteem op basis van de reëel afgeleverde prestaties.

○ Eind 2016 volgde de publicatie van KCE-studie 277B: *"Governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen"*.

Het KCE legt uit dat wordt gesproken over "partnership tussen ziekenhuizen" maar dat de beoogde realiteit gedefinieerd moet worden en dat men hiertoe moet bekijken wat er in België momenteel bestaat als type structurele samenwerking voor ziekenhuisgovernance, wat er in het buitenland bestaat, en dit bespreken met de stakeholders. Het KCE-rapport heeft dus alles geanalyseerd en de belangrijkste problemen die eruit voortvloeien, in kaart gebracht. Tot slot bevat dit rapport een reeks aanbevelingen.

Het KCE zou in de huidige ziekenhuiswet in de eerste plaats vooral graag de integratie zien van nieuwe flexibele samenwerkingsvormen waarin de artsen aan bod komen. Concreet stelt het KCE drie nieuwe wettelijke samenwerkingsvormen voor naast de traditionele associaties, groepering en fusie: het geïntegreerd zorgsysteem, het gecoördineerde netwerk en het autonoom samenwerkingsinitiatief.

In elk van de 3 modellen worden de deelnemende ziekenhuizen aangestuurd door een overkoepelend beslissingsorgaan. In een gecoördineerd netwerk heeft een centraal bestuursorgaan (net netwerkcomité) een zekere beslissingsmacht, afgebakend door de ziekenhuizen die tot het netwerk behoren. De graad van samenwerking hangt af van wat de ziekenhuizen hebben beslist. In een geïntegreerd zorgsysteem en bij initiatieven voor autonome samenwerking is het centrale bestuursorgaan (een soort gezamenlijke

medische raad) verantwoordelijk voor alle strategische beslissingen. Met het verschil dat bij de geïntegreerde zorgverlening de samenwerking zeer breed is, maar bij autonome samenwerking beperkt tot bepaalde afgebakende zorgprogramma's.

Het KCE stelt voor om elk ziekenhuis te laten kiezen welke zorgverlening het wil. Het KCE stelt ook voor om de huidige samenwerkingsvormen te handhaven maar voorlopig nieuwe associaties en groepering te verbieden³³.

- Eind 2016 stelde de minister ook **3 visienota's** terzake op

1. Visienota op de ziekenhuisnetwerken

De ontwikkeling van netwerken moet een rationalisering van het zorgaanbod mogelijk maken.

De ziekenhuizen worden niet meer beknot door de traditionele vormen: "fusie, groepering of associatie", maar kunnen zich voortaan ook in een netwerk inpassen.

Het is wel degelijk het ziekenhuis, niet de dienst of de functie die deel uitmaakt van het netwerk. Geen enkel ziekenhuis kan worden uitgesloten uit het netwerk. Een ziekenhuis kan lid zijn van slechts één netwerk. De psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen kunnen ook deelnemen aan het netwerk. Deze verschillende netwerken moeten worden goedgekeurd door de overheid.

Bepaalde vergunningen om bepaalde activiteiten uit te oefenen, evenals hun financiering, worden derhalve niet meer toegekend aan bepaalde ziekenhuizen individueel, maar aan het ziekenhuisnetwerk. Het feit dat het netwerk de vergunning krijgt, betekent niet dat ze geldt voor alle ziekenhuizen van dat netwerk. De ziekenhuizen moeten dus samenwerken maar ook akkoorden sluiten over de onderlinge verdeling van de taken om de patiënten te dispatchen en de pathologieën te verdelen.

De overheden leggen in dit verband enkele grote regels vast (stramien) maar het doel blijft dat de ziekenhuizen zélf initiatieven nemen in deze nieuwe samenwerking. De ziekenhuiswet, die enkel het individuele ziekenhuis kent, zal daarom hervormd worden. Doel is de aandacht te focussen op het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk en niet op het individuele ziekenhuis. We onderscheiden:

- Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk: sommige zorgopdrachten kunnen plaatsvinden in alle ziekenhuizen van dit netwerk, maar niet noodzakelijk. Een locoregionaal netwerk mikt op 400 à 500.000 potentiële patiënten in een geografisch aaneengesloten zone. Er worden 25 locoregionale netwerken geprogrammeerd voor het hele land.
- Het referentienetwerk voor de supraregionale zorgopdrachten: hierbij wordt gemikt op een groter territorium; in deze hypothese bevindt zich de genoemde zorgopdracht in één ziekenhuis, en niet in elk ziekenhuis, zelfs niet in elk locoregionaal netwerk. De supraregionale zorgopdrachten zijn dus, per definitie, enkel in een beperkt aantal (academische of algemene) ziekenhuizen beschikbaar. Het gaat om zorgopdrachten waarvoor minder dan één entiteit is vereist per 400 à 500.000 potentiële patiënten. Het aantal supraregionale netwerken zal dus ook kleiner zijn dan het aantal locoregionale. Het ziekenhuis dat dit type supraregionale missie aanbiedt, is een "referentiepunt".

Na aanpassing van de wetgeving zullen de ziekenhuizen binnen een termijn van 4 maanden een intentieverklaring voor een locoregionaal klinisch netwerk moeten opstellen. De bevoegde overheden zullen deze evalueren en binnen twee maanden feedback geven aan de ziekenhuizen. Het is de bedoeling dat de locoregionale klinische netwerken tegen eind 2017 gevormd zijn³⁴.

³³ Cf. art. 25 en 26 van de programmawet van 25.12.2016.

³⁴ Dit past binnen de 92 miljoen euro besparingen die in 2017 nodig zijn op het BFM van de ziekenhuizen. 3 grote krachtlijnen om dit te bereiken: versnelde uitvoering van het hervormingsplan De Block, nl. de creatie van ziekenhuisnetwerken als

De BVAS heeft in dit verband altijd verdedigd dat de verschillende ziekenhuizen van het netwerk op voet van gelijkheid moeten functioneren, niet hiërarchisch; dat deze netwerkvorming de patiënt kwaliteit oplevert naast een betere circulatie van de artsen tussen ziekenhuizen; dat zij op vrijwillige basis kunnen aansluiten in een netwerk; dat er, om deel uit te maken van een netwerk, het akkoord vereist is van zowel de beheerder als de medische raad; dat elk ziekenhuis zelfs binnen een netwerk zijn erkenningsnummer en zijn interne organen (met name zijn Medische Raad) behoudt, zoals bepaald door de Ziekenhuiswet. De mobiliteit van de artsen tussen ziekenhuizen van een netwerk moet vlot verlopen (behandeling en opvolging van de eigen patiënt in het ziekenhuis waar sommige handelingen exclusief plaatsvinden).

2. Visienota voor de governance van ziekenhuisnetwerken

Het locoregionale netwerk moet een rechtspersoon met een bijbehorende governance zijn om een duurzame samenwerking tussen ziekenhuizen mogelijk te maken. De locoregionale zorgopdrachten zullen geleidelijk immers niet meer aan de individuele ziekenhuizen maar aan het netwerk toevertrouwd worden. Het beheersorgaan van het netwerk beslist vervolgens welk ziekenhuis uit zijn netwerk die taak krijgt.

De functie van hoofdarts van het netwerk is gepland: deze wordt verantwoordelijke van de hoofdartsen van de individuele ziekenhuizen. Er komt een medische raad op het niveau van het netwerk, bovenop de medische raad op het niveau van het ziekenhuis.

Het netwerk moet de strategie van het locoregionale medische aanbod definiëren en coördineren, financiële akkoorden aangaan voor de zorgopdrachten in kwestie. Indien deze voor meerdere ziekenhuizen gelden, moet de arts op het netwerkniveau aangesproken worden, niet die van het individuele ziekenhuis.

Besluit: er komt een locoregionale medische raad, een locoregionale hoofdarts en een locoregionaal beheersorgaan.

3. Visienota over het programmatieprogramma

Momenteel worden weinig zorg- of toestelmissies onderworpen aan een programmatie. Er bestaat nochtans een overcapaciteit voor bepaalde diensten, bepaalde functies en bepaalde zorgprogramma's. Het zorgaanbod moet dus worden aangepast volgens de behoeften van de bevolking. De middelen moeten doeltreffend aangewend worden. Hiertoe komt er een programmatieprogramma met een uitvoeringsduur van 7 jaar.

Het programmatieprogramma heeft als doel:

- Een overzicht geven van de zorgopdrachten die worden beschouwd als supraregionale en als locoregionale opdrachten;
- Aangeven welke zorgopdrachten moeten worden geprogrammeerd over een periode van 7 jaar;
- De prioriteiten in dit programma identificeren.

De programmatiecriteria kunnen focussen op de specialisaties, de capaciteit, de uitrusting, de coördinatie van de werken enz. De criteria beperken zich niet tot het vastleggen van een maximumaantal. Het gaat om elke regel of wiskundige formule die het mogelijk maakt de algemene en specifieke behoeften van de populatie in een te definiëren zorgzone te bepalen (bijv. de activiteitsgraad, de

rationalisatiehefboom voor het aanbod en vermindering van de overcapaciteiten (in termen van bedden, diensten, toestellen en campus) + beperking van de verplichtingen van de ziekenhuizen en daardoor van hun kosten.

minimumaantallen, de aantallen per bevolkingsschijf, per nationale entiteit, per type ziekenhuis enz.). Verder kan rekening worden gehouden met het bevolkingscijfer, de structuur, de leeftijd, de sterftegraad, de geografische spreiding, enz...

Dit programmatie-instrument werd in het verleden zelden toegepast, en in voorkomend geval werd het vaak bekritiseerd wegens een gebrek aan transparantie, afwezigheid van wetenschappelijke basis, strengheid, ... Vandaar dat de Ministerraad eind oktober 2016 een "new style" programmatie-instrument heeft goedgekeurd.

Besluit

Het jaar 2016 is geëindigd met een diepe kloof tussen het medisch korps en de overheid. Dat leidde begin 2017 tot de ontbinding van rechtswege van het akkoord artsen-ziekenfondsen. Voor zover daarover nog twijfel bestond, is nu wel duidelijk dat het bekende overlegmodel zijn beste tijd heeft gehad. Een hervorming is de conditio sine qua non voor het behoud van het akkoordensysteem. De bemoeizucht en de houding van de ziekenfondsen in de organisatie en het werk van het medisch beroep zijn niet langer aanvaardbaar. Hun drang om het medisch korps te onderwerpen heeft al te lang geduurd.

Het voorbije jaar was ook het jaar van de start van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, met de lancering van de eerste pilootprojecten. De algemene geneeskunde blijft niet achter. Zij staat immers aan de vooravond van wat als diepgaande wijzigingen wordt aangekondigd, vooral als gevolg van de bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten. Interdisciplinariteit en hercentrerung op de patiënt zijn de wachtwoorden.

De informatisering van de geneeskunde, de zogenaamde telegeneeskunde, vierde in 2016 haar alomtegenwoordigheid en haar almacht, weliswaar met het risico dat sommigen uit de boot vallen. Het eeuwige probleem van de numerus clausus – wedstrijd vs. examen, als toegangsprouf vs na het eerste jaar – stond andermaal het hele jaar op de agenda van de francofonie, dat alles doorspekt met enkele beroepsprocedures die werden aangespannen door ontevreden studenten.

Het jaar 2017 wordt niet minder interessant: het overleg tussen artsen en ziekenfondsen heeft nood aan een volledig nieuwe aanpak, de ziekenhuisnetwerken komen eraan, en de hervorming die in 2016 werd aangekondigd voor KB 78 over de beroepen in de gezondheidszorg, zullen ons ongetwijfeld veel werk bezorgen.

Kortom: 2017 wordt gegarandeerd opnieuw een jaar waarin de artsen nood zullen hebben aan een kwaliteitsvolle en professionele verdediging op alle fronten.