



VERBOND DER BELGISCHE BEROEPSVERENIGINGEN VAN ARTSEN - SPECIALISTEN

FEDERATIE VAN VERENIGINGEN, DOOR DE WET ERKEND

Kroonlaan 20 - 1050 Brussel

 (02) 649.21.47  (02) 649.26.90  info@vbs-gbs.org  <http://www.vbs-gbs.org>

Brussel, 4 april 2019

Mevrouw, Mijnheer,

Het VBS-GBS, het Verbond van Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten, stelt u zijn memorandum voor het gezondheidsbeleid in België voor. Het Verbond is de grootste organisatie van artsen (specialisten) in België en telt meer dan 8.500 betalende leden die een ruime waaier van specialismen vertegenwoordigen. In wettelijk opzicht is het geen artsensyndicaat omdat het geen huisartsen telt onder haar leden

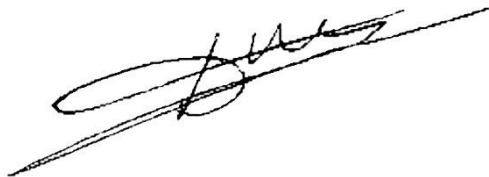
Met het bijgevoegde memorandum willen we de aandacht vestigen op de punten die voor ons belangrijk zijn:

1. Wij willen een universele toegang tot zorg, een handhaving van de kwaliteit en een duurzame financiering. Dit laatste punt is precair, gezien de vergrijzing van de bevolking, de evenredige vermindering van het aantal werkenden en de belastingdruk op de burger. Wij vragen de politieke partijen om andere financieringsbronnen te vinden, afgezien van sociale bijdragen en belastingen.
2. Wij willen de efficiëntie van de ziekenhuizen verhogen door de verblijfsduur te verkorten, de huidige ongunstige financiering van de ambulante chirurgie te verbeteren en de ontwikkeling van de ambulante sector te stimuleren.
3. Wij steunen de hervorming van de ziekenhuisnetwerken en willen de partner zijn van de ziekenhuisbeheerders. Wij steunen het consensusmodel voor de medische raden van het netwerk.
4. De ambulante sector is complementair in de eerste lijn met de huisartsengeneeskunde. Meer in het bijzonder willen wij raadplegingen buiten de ziekenhuizen en dicht bij de burgers ontwikkelen. We denken daarbij aan specialismen zoals kindergeneeskunde, gynaecologie, dermatologie, cardiologie, oftalmologie e.d. We vragen bijzondere aandacht voor geestelijke gezondheidsproblemen. Burn-out en depressie vereisen een meer gespecialiseerde aanpak dan die van een huisarts. Depressies kunnen worden behandeld bij psychotherapeuten (psychologen). Zij hebben echter geen medische opleiding of voorschrijfbevoegdheid. Er is een nijpend tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters
5. De nomenclatuur van de gezondheidszorg moet volledig worden herzien. Het systeem van de forfaitaire honoraria voor laagvariabele zorg is in praktijk onuitvoerbaar. Momenteel kan geen enkel computerprogramma de forfaitaire honoraria tussen de verschillende zorgverstrekkers toewijzen.
6. Het debat over de ereloonsupplementen is een vals debat. De supplementen zijn nodig om de artsen en het ziekenhuis te vergoeden. Uit de MAHA-studie blijkt dat 4 op 10 ziekenhuizen in het rood staan. Het echte debat gaat over de rol van de ziekenfondsen, die met hun aanvullende verzekeringen concurreren met privéverzekeraars en hun uitgaven willen terugdringen door de ereloonsupplementen te beperken of te

schrappen. Het uitoefenen van de geneeskunde is geen commerciële activiteit en kan dus niet afhangen het betalen van supplementen.

7. De opleiding tot arts-specialist moet worden volbracht in universitaire ziekenhuizen en minstens even lang in niet-universitaire ziekenhuizen. De opleiding tot arts-specialist is geen academische opleiding, maar een beroepsopleiding, die kennis, vaardigheden en attitudes vergt die specifiek zijn voor het medisch specialisme. Het kan niet zijn dat het lot van de arts-specialist in opleiding volledig in handen ligt van een universiteitsprofessor die als coördinerend stagemeeester almachtig is. Hij opent de deur naar de specialisatie, definieert het stageplan (en de stageplaatsen), zit de universitaire examencommissie voor en beschikt over de handtekening om het certificaat van autonome praktijk toe te kennen, dat nodig is om bij de minister de erkenning aan te vragen om het specialisme uit te oefenen. Bovendien is de universitaire coördinerende stagemeeester veelal lid van de erkenningscommissie.
8. Bepaalde geneeskundige praktijken en medische acts genereren kosten voor materiaal of sterilisatie van materiaal die hoger liggen dan het RIZIV-tarief voor de terugbetaling van de act. Een dergelijke situatie is onrechtvaardig en een financiële nachtmerrie.

Wij danken u voor de aandacht die u aan dit schrijven besteedt.
Met de meeste hoogachting,



Dr. Donald Claeys
Secretaris-generaal



Dr. Jean-Luc Demeere
Voorzitter

1. Algemeen gezondheidsbeleid

1.1. Universele verzekeraarbaarheid en basiszorgdekking

Een verplicht en gesolidariseerd socialezekerheidsstelsel waarborgt een universele dekking van basiszorg en zorgt ervoor dat de financiering van de gezondheidszorg op een duurzame manier kan worden verzekerd waardoor sociale uitsluiting vermeden wordt.

Naast de verplichte verzekering kan de burger een aanvullende verzekering voor comfortzorg afsluiten die eventueel geprivatiseerd kan worden. Bij de definiëring van wat moet begrepen worden onder basiszorg moet niet enkel gekeken worden naar de aard van de zorg, maar ook naar de frequentie waarop men recht heeft om deze met gemeenschapsgelden aangeboden te krijgen. Bijkomende wensen kunnen door een aanvullende verzekering worden gedekt.

Een dergelijk systeem maakt het mogelijk om gebruikers te responsabiliseren en concurrentie tussen verzekeraars tot stand te brengen om de meest efficiënte en betaalbare zorg te vinden. Dit systeem behoudt de huidige, op solidariteit gebaseerde financiering van de basiszorg door een universele dekking maar laat toe dat patiënten

die meer willen, hier ook verantwoordelijkheid voor moeten dragen, hetzij via een aanvullende verzekering, hetzij via eigen financiering.

1.2. Dekking van gespecialiseerde zorg

De omvang van de medische kennis en het gebruik van kunstmatige intelligentie veranderen de medische praktijken. Het Vlaamse decreet over de eerste lijn stelt dat 'gespecialiseerde' zorg niet de taak is van de eerste lijn en voorbehouden is voor de tweede lijn, die zich hoofdzakelijk in het ziekenhuis bevindt.

Vrij gevestigde kinderartsen, gynaecologen, dermatologen, oogartsen, enz. verzekeren gespecialiseerde eerstelijnsverstrekkingen die niet de dure infrastructuur van de tweede lijn vereisen. Privé-initiatieven om extramurale gespecialiseerde zorg voor specifieke pathologieën aan te bieden aan een goedkopere prijs dan in een zwaar genormeerde ziekenhuissetting moeten worden aangemoedigd.

1.3. Aanvullende verzekeringen

Aanvullende verzekeringen zouden, zonder de financiering van de verplichte verzekering te belasten, innovatieve zorg mogelijk maken ten bate van de patiënten. Deze aanvullende verzekeringen staan open voor de gehele markt van verzekeraars en zijn niet voorbehouden aan de mutualiteiten, die tegenwoordig met twee tongen spreken, in die zin dat ze zich enerzijds opwerpen als verdedigers van de patiënten, terwijl ze anderzijds het gezondheidssysteem beheren in het kader van het RIZIV, ziekenhuizen uitbaten en privéverzekeringen aanbieden door middel van aanvullende verzekeringen, veelal met een verplicht karakter. De huidige situatie van "rechter en partij" is niet enkel unfair, maar ook contraproductief voor een toekomstgerichte gezondheidszorgontwikkeling ten gunste van de patiënt.

In de context van Europa en het vrije verkeer van personen en goederen sluit het Belgische systeem privé-initiatief uit en reguleert het systeem met mutualiteiten, die als privéverzekeraars handelen. Deze verzekeraars veroorloven zich om kosten terug te betalen voor niet EB- praktijken, zoals homeopathie, terwijl ze hun uitgaven via het RIZIV onder controle willen houden door te proberen de wettelijk toegestane supplementen te beperken of door invloed uit te oefenen op de artsenhonoraria in het kader van de verplichte verzekering. Het onevenwicht van de macht tussen verstreckers en verzekeraars, door unidirectionele beïnvloeding moet vervangen worden door bidirectionele inspraak.

1.4. Beleid inzake supplementen

Het supplementenbeleid is momenteel strikt gereguleerd. De mutualiteiten, sommige gezondheidseconomen en sommige politici willen dat deze privé-supplementen worden afgeschaft. De reden voor deze eis is verwarrend. In hetzelfde betoog horen we aan de ene kant dat de verzekerde geen zorg krijgt omdat hij niet kan betalen door privé-supplementen, en aan de andere kant dat supplementen onzin zijn, omdat de patiënt die ze niet betaalt dezelfde zorg krijgt als in een privékamer.

Ereloonsupplementen vormen zowel in de universitaire ziekenhuizen die hoofdzakelijk met gesalarieerde artsen werken als de niet-universitaire diensten een aanzienlijke bron van financiering voor het ziekenhuis en worden o.m. aangewend

voor de financiering van minder financieel krachtige diensten, van investeringen in materiaal en infrastructuur en van bijkomend personeel dat niet vergoed wordt door het BFM.

Mutualiteiten, die aanvullende hospitalisatieverzekeringen aanbieden (die o.m. dienen om de ereloon-supplementen bij verblijf in een privékamer te dekken), pleiten voor de afschaffing van kamers met twee of meer bedden, om alleen maar privékamers over te houden. In hetzelfde betoog eisen ze echter ook dat de supplementen in privékamers worden afgeschaft. Hebben we het hier over het respecteren van de keuze van de patiënt, privéstatuut of niet, of over de financiering van de aanvullende verzekering? Trouwens als men morgen nog uitsluitend privékamers zou hebben in het ziekenhuis, is de verbouwing een meerkost voor de ziekenhuizen. De subsidiering hiervan ligt in de handen van de gemeenschappen. De meerkost is niet te onderschatten. Bovendien zijn verhoudingsgewijs eenpersoonskamers duurder dan meerpersoonskamers in termen van investeringen, logistiek en zorg. Terwijl ziekenhuizen nu reeds onvoldoende middelen hebben om de zorg gefinancierd te krijgen. Er bestaat een structurele onderfinanciering via het BFM.

De afschaffing van de ereloon-supplementen in privékamers kan enkel in overweging worden genomen zodra een herwaardering van het budget van de financiële middelen en van de honoraria ervoor zorgt dat de artsen een behoorlijk inkomen ontvangen, dat in overeenstemming is met hun verantwoordelijkheid en de deskundigheid die ze hebben verworven, en vergelijkbaar met de artsenhonoraria in de buurlanden. Zowel artsen- als patiëntentoeerisme moeten worden vermeden. Geneeskunde blijft hoofdzakelijk een vrij beroep met vergoedingen, en geen tarieven of salarissen. Het ziekenhuis wordt gefinancierd voor 40% door de artsenhonoraria.

2. Financiering van de ziekenhuizen

2.1. Wijziging van de financiering door de invoering van forfaits

De financiering via forfaits die samenhangen met verstrekkingen van medische zorg is een economische logica. Men betaalt niet langer voor een medische ingreep en een hotelkamer, men financiert een product, een verstrekking die overeenstemt met de zorg voor een medische, heelkundige of technische toestand. Aan deze dienstverlening is een kost verbonden, en die kost moet worden gefinancierd. Deze financiering gebeurt door middel van een vast all-inbedrag. Het ziekenhuis behelpt zich om zijn kosten te beheren. Het forfait wordt het werkingsbudget waarvoor het ziekenhuis verantwoordelijk wordt gesteld. Dit systeem is volledig scheefgetrokken. Enerzijds veranderen de gezondheidseconomen die dit systeem ondersteunen niets aan het huidige hypergereguleerde gezondheidszorgsysteem, anderzijds stellen ze dit systeem voor om te besparen op medische acts en verstrekkingen (overconsumptie?). Men hoeft geen doctor in de economie te zijn om te begrijpen dat dit systeem onvermijdelijk het aanbod, en dus ook de kwaliteit van de dienstverlening zal verminderen. In de geneeskunde heeft de kwaliteit van de dienstverlening echter directe gevolgen voor gezondheid, arbeidsongeschiktheid, morbiditeit en mortaliteit. Gezondheidseconomen kunnen zeggen dat het om Quality of Life (QoL) gaat, maar daar schieten onze patiënten niets mee op. In een dergelijke economische marktlogica is overregulering een obstakel. Aangezien het systeem is ingebed in een

systeem waarin de principes van de markt gelden en er concurrentie heerst tussen instellingen die hetzelfde financieringssysteem hebben, zit de concurrentie nu dus ergens anders! De filosofie achter de introductie van netwerken gaat uit van het leveren van betere zorg in het geografisch gebied van het netwerk. Volgens dezelfde filosofie moet de overheid voldoende ruimte scheppen voor creativiteit binnen elk netwerk om hier invulling aan te geven in plaats van een “one size fits all-regulering” over het ganse grondgebied door te voeren.

Het klopt dat de minister de hervormingen gefaseerd wil doorvoeren, te beginnen met de laagvariabele zorg en de artsenhonoraria. Ze wil niet overhaast te werk gaan en het hele systeem in één keer hervormen. De minister begint met de kosten van de productie van zorg en niet met de kosten van de ziekenhuisdiensten. De arts is geen bediende van zijn ziekenhuis, behoudens zeldzame uitzonderingen of in universitaire ziekenhuizen. Hij is een producent van zorg, rekruteerder van patiënten en garant voor kwaliteit. Hoewel men het heeft over de financiering van ziekenhuizen, wordt momenteel alleen aan de artsenhonoraria geraakt, waarvan we weten dat ze instaan voor ± 40% van de ziekenhuisfinanciering.

De reorganisatie van het aanbod in netwerken, structureert het zorgaanbod. Alle activiteiten kunnen niet meer in eenzelfde ziekenhuis (universitair of niet). Deze locoregionale reorganisatie vermindert de concurrentie tussen ziekenhuizen en dus de impuls voor “added value”, meerwaarde binnen de zorgaanbieding. De financiering eist een standaardisatie van de zorg om geld te besparen. Artsen worden een soort bediende van het systeem waarbij de zorgproducer, de arts, zijn creativiteit en ondernemingsgeest vaarwel zegt in ruil voor een standaardiseerde geneeskunde binnen het budgettair kader. Een gecentraliseerd systeem vormde geen zorgmeerwaarde in landen met een dergelijk systeem zo als bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk. Een forfait binnen een structureel aanbod is geen added value, maar een nivellering van de zorg.

2.2. De rol van de arts en het beheer van de ziekenhuizen

Ondanks zijn duidelijke rol in de financiering van de ziekenhuizen, heeft de arts momenteel weinig of geen invloed op het beleid van zijn ziekenhuis. Bij een fusie of renovatie geeft de medische raad slechts een eenvoudig advies. In het kader van de ziekenhuisnetwerken wordt via het consensusmodel een plaats gegeven aan de arts in het beheersmodel van het netwerk. Zolang de wetgeving voorziet dat het deficit in de exploitatie van ziekenhuizen – ongeacht de oorzaak, kan worden verhaald op de artsen, dienen de artsen zeggingsmacht te hebben in het beleid om deze vorm van noodfinanciering door bv. wanbeheer te voorkomen.

2.3. De complexiteit van het financieringssysteem

Het huidige financieringssysteem is niet transparant, complex en vereist correctie maatregelen. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering omvat in principe op termijn ook het BFM. De vraag is of deze hervorming zal worden voortgezet of zich zal beperken tot de honoraria voor laagvariabele zorg. Structurele reorganisaties van netwerken moeten kunnen gebeuren op zijn minst via een bevriezing van de bestaande middelen gedurende 5-7 jaren om de reorganisatie ook effectief mogelijk te maken.

2.4. Investerings

De bevoegdheid omtrent de programmering en de financiering in zware medische apparatuur is verdeeld over enerzijds de federale overheid en anderzijds de deelstaten. Investerings voor gebouwen of grote herstellingswerken worden toegewezen door de deelstaten. In de huidige stand worden ze niet meer voor een percentage van de investering gefinancierd, maar in de vorm van een budget of forfaitair bedrag aan het ziekenhuis toegekend. Aangezien het ziekenhuis wordt gefinancierd door het BFM en tegelijkertijd door een inhouding op, al dan niet forfaitaire medische honoraria, moeten de artsen vrezes voor bijkomende inhoudingen op hun honoraria om tekorten in de ziekenhuisbegroting aan te zuiveren.

2.5. Openbare ziekenhuizen

De openbare ziekenhuizen hebben nog steeds statutair personeel met een eigen pensioenstelsel. Het is niet logisch om pensioenen te waarborgen via openbare ziekenhuizen. De bevoegde overheid moet deze kosten voor haar rekening nemen en het statutair statuut moet verdwijnen in de openbare ziekenhuizen met compenserende overgangsmaatregelen voor degenen die verplicht werden om in een statutair stelsel te werken.

2.6. Medische apparatuur

Investerings in medische apparatuur vergen een belangrijke financiële inspanning van de ziekenhuizen. Bovendien is in het kader van de accreditering van ziekenhuizen dikwijls vereist dat (dure) onderhoudscontracten worden afgesloten die gemakkelijk kunnen oplopen tot 10% van de verkoopprijs. Dikwijls wordt deze medische apparatuur na 8 jaar niet meer ondersteund door de producent en moet dit materiaal vervangen worden. De overheid zou de firma's moeten verplichten de toestellen 15 jaar te ondersteunen. De actuele situatie is niet houdbaar.

3. Zorgnetwerken

De logica om zorgnetwerken in te schakelen om aan de noden van de patiënten te voldoen is prijzenswaardig. De zorg wordt toegewezen op basis van de vraag. Deze logica vereist dus geografische, en geen academische of filosofische, netwerken. De organisatie van de netwerken ziet erop toe dat de ziekenhuizen zich organiseren om zorg te verlenen die voldoet aan de behoeften van de bevolking. Minder courante' zorg, zoals hartchirurgie, waarvoor zwaardere middelen nodig zijn, kan worden samengebracht in een 'inter-netwerk'-ziekenhuis, universitair of niet-universitair. De universitaire ziekenhuizen moeten niet langer basis- en routinezorg aanbieden, maar expertisecentra worden voor 'zeldzame' of complexe ziekten. De dure financiering van 7 universitaire ziekenhuizen om er het volledige gamma van basiszorg aan te bieden druist in tegen de logica van zorgnetwerken. Als we natuurlijk de logica van universitaire netwerken handhaven, verworden de niet-universitaire ziekenhuizen tot lokale ziekenhuizen met lokale zorg, zonder complexiteit of technisch vernuft. Ze worden rekruteringscentra voor de uitbouw van de universitaire geneeskunde. Als we naar universitaire netwerken evolueren, zal de geneeskunde onvermijdelijk door de universiteiten worden gereguleerd. We hebben het

dan niet langer over een gezondheidszorgmarkt, maar over een gezondheidszorgmonopolie.

4. Huisartsengeneeskunde

De huisartsengeneeskunde evolueert en vestigt zich op een vaste plaats in medische praktijken met meerdere artsen en soms ook andere gezondheidswerkers. De raadplegingen zijn op afspraak, tijdens de 'kantooruren'. Traumatologische urgenties worden doorverwezen naar het ziekenhuis, medische urgenties ondergaan vaak hetzelfde lot. Het aantal huisbezoeken neemt af. Deze bezoeken beperken zich vaak tot ouderen, bij hen thuis of in het RVT. waardoor de noodzaak ontstaat om de bestaande spoeddiensten uit te bouwen, of (basic) spoeddiensten op te richten in minder dichtbevolkte gebieden en te laten samenwerken met de huisartsenwachtdiensten. De huisarts geneeskunde lijkt te evolueren naar algemene geneeskunde met de nadruk op de chronische zorg en preventie. Het werken op afspraak en reduceren van huisbezoeken verandert de werking van de huisarts maar doet geen afbreuk aan de noodzakelijke functie van het begrip huisarts.

5. Gespecialiseerde ambulante geneeskunde

De gespecialiseerde eerstelijns- of stadsgeneeskunde moet verder worden uitgebouwd. Dit zal de kosten van de ziekenhuizen verminderen en de lokale dienstverlening voor de patiënten vergemakkelijken. Bovendien zullen de vrijgevestigde specialisten de patiënten beter kunnen begeleiden in de zorgnetwerken. De prestaties die worden uitgevoerd door extramurale specialisten hebben dezelfde nomenclatuur als de prestaties die door hun collega's in ziekenhuizen worden verstrekt. De financiële risico's voor de apparatuur worden gedragen door de specialisten.

De vermindering van het aantal pediatriediensten in de ziekenhuizen zal het aantal ziekenhuiskinderartsen verminderen en hyperspecialisatie bevorderen. Om lokale zorg te kunnen verzekeren, zullen er 'stedelijke' kinderartsenpraktijken moeten worden ontwikkeld; consultatiepraktijken met of zonder zorgprofessionals, zoals logopedisten, psychologen of kinesisten. Zoals hierboven vermeld, moeten de complexiteit van de medische kennis en ervaring in de medische praktijk een betere dienstverlening aan de jonge patiënten mogelijk maken.

6. Artsenhonoraria en laagvariabele zorg

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is momenteel beperkt tot een hervorming van de honoraria voor laagvariabele zorg. De laattijdige publicatie van het uitvoeringsbesluit, de bekendmaking van het globaal bedrag per opname, de communicatie van het RIZIV zorgt voor een chaotische invoering van een volledige nieuw financieringssysteem. Het systeem van de laagvariabele zorg staat in 2019 garant voor chaos. Geen enkel ziekenhuis is in staat om de nieuwe financieringssysteem van de honoraria in praktijk uit te rollen. Men vraagt dus dat de wet van toepassing is als proefproject tot 31 december en dat de oude nomenclatuur verder gebruikt wordt om de artsen en ziekenhuizen te financieren.

Om te vermijden dat de invoering van de laagvariabele zorg een besparingsoperatie wordt en om de kwaliteit van de zorgen aan de patiënten te waarborgen moet permanente kwaliteitsmonitoring ingesteld worden.

Het VBS heeft meegewerkt aan een studie om de medische prestaties per specialisme te evalueren op basis van complexiteit, risico en duur van de uitvoering. Een hervorming van de honoraria in die zin is onontbeerlijk. Er moet de voorkeur worden gegeven aan een berekening van de honoraria op basis van deze drie criteria.

7. Varia

7.1. Kindergeneeskunde

De verstrekkingen op N* die niet worden gefactureerd op naam van de pasgeborene, maar op naam van de moeder is anachronistisch en surrealistisch.

De aanwezigheid van de kinderarts bij de bevalling kan niet worden gefinancierd op basis van een mediaan van de praktijken. Als een kraamkliniek om veiligheids- en kwaliteitsredenen de aanwezigheid van een kinderarts eist, waarom dan non-kwaliteit financieren? Belgisch surrealisme.

Specifieke financieringsmechanismen moeten uitgewerkt worden om het kind zo kort mogelijk in het ziekenhuis te houden waaronder voorlopige opnames, dagziekenhuis en organisatie van transmurale zorg. Vooral wat betreft dit laatste kan de stadskinderarts een belangrijke rol spelen.

7.2. Sterilisatie van endoscopische toestellen

De complexiteit van de financiering van ziekenhuissterilisatie zorgt ervoor dat o.m. de gastro-enterologen instaan voor de kosten van de sterilisatie van hun apparatuur. Een schandaal waarbij endoscopietoestellen accidenteel niet gesteriliseerd werden en het risico op overdracht van hepatitis en andere ziekten hebben geleid tot aanzienlijk complexere sterilisatietechnieken, die zeer kostelijk zijn. De honorering van poliklinisch uitgevoerde acts (colonoscopie, gastroscopie of andere vormen van endoscopie) volstaat niet meer om de kosten van de sterilisatie van de toestellen te dekken. Wij eisen dus een honorarium voor de geneeskundeprestatie en een werkingsbudget voor de sterilisatie van de endoscopen.

7.3. Ontwikkeling zorgtrajecten

Om een nieuw zorgconcept te ontwikkelen waarin de verstrekkingen gefinancierd worden door forfaitaire bedragen, beveelt men aan de kosten te berekenen op basis van een beschrijving van de zorgtrajecten, en niet op basis van de mediaan van de acts, zoals nu het geval is. Alleen op basis van de reële kosten kan een schatting gemaakt worden van de kosten voor een kwaliteitsvolle praktijk. De beroepsverenigingen van artsen-specialisten kunnen deze zorgpaden opstellen door er kwaliteitscriteria in op te nemen, volgens het principe van de peer review.

7.4. Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen

De adviezen van de Hoge Raad heeft uitgewerkt met betrekking tot de actualisering van de erkenningscriteria per specialisme zijn momenteel nog niet gepubliceerd. Hier moet een prioriteit van worden gemaakt om een opleiding te kunnen uitstippelen op basis van vooraf gedefinieerde competenties.

7.5. Opleiding van artsen-specialisten

Het VBS vraagt dat de opleiding van artsen-specialisten niet uitsluitend via de 7 functionele universitaire opleidingsnetwerken verloopt. De universitaire stagemester heeft in dat geval alle macht in handen. Hij stelt het stageplan op, geeft (via de decaan) toestemming voor de specialisatie, is de (universitaire) examenjury en ondertekent het attest voor autonome uitoefening. In het Franstalige landsgedeelte zal de erkenningscommissie het stageplan goedkeuren en de erkenningsaanvraag ontvangen na de machtiging voor autonome praktijk. In Vlaanderen zal de kandidaat-specialist zijn MaNaMa (met een diploma?) met vrucht moeten hebben afgelegd alvorens zijn erkenningsaanvraag te kunnen indienen. De rol van de erkenningscommissie wordt als dusdanig volledig uitgehold. De paritaire verantwoordelijkheid van de opleiding tussen universiteiten en de niet-universitaire ziekenhuizen is niet langer gewaarborgd. Door het concurrentiemodel van universitaire versus niet-universitaire ziekenhuizen worden nieuwe specialisten opgeleid, niet volgens het antwoord op de vraag van de patiënt en de gezondheidmarkt in al zijn aspecten, maar volgens de noden qua aantal artsen van universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen.

ASO's mogen niet als pasmunt gebruikt worden tussen de universitaire en niet-universitaire stagediensten. ASO's zijn geen manusjes van alles maar toekomstige collega's die moeten kunnen genieten van een kwaliteitsvolle opleiding. Onafhankelijke controlemechanismen zowel wat betreft de kwaliteit van de opleiding als het respect van de wet op de arbeidsduur moeten ingesteld worden.

7.6. De psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie als eerstelijnszorg

De psychiatrische zorg is niet voldoende toegankelijk voor de bevolking. De competentie van de huisartsen, om burn-outs, depressies, bipolaire stoornissen en psychiatrische problemen bij jongeren up-to-date en EBM te behandelen roept vragen op. Er is een behoefte om deze zorg grondig aan te pakken. De huisartsen hebben niet altijd de opleiding om deze langdurige ziektes te verzorgen. De economische en sociale gevolgen zijn niet te onderschatten. Wij pleiten om een grondige ontwikkeling van de psychiatrie en jeugd- en kinderpsychiatrie buiten de ziekenhuizen, en voor de acute gevallen (opnames) binnen het ziekenhuis.

7.7. Dagchirurgie en ambulante zorg

De evolutie van de zorg eist een ontwikkeling van de ambulante zorg en de dagchirurgie zowel intra als extramuraal. Vandaag is ziekenhuisfinanciering de belangrijkste hinderpaal om dagchirurgie verder te ontwikkelen. De herstructurering van het ziekenhuislandschap zal aan de locoregionale ziekenhuizen een rol geven om de lokale zorg zonder zware technische middelen uit te bouwen. De infrastructuur van

de huidige ziekenhuizen kan zonder zware kosten, ongebouwd worden naar een dagchirurgie, met secretariaat, daghospitalisatie, operatiekwartier, enz. Een van de prioriteiten is dus een andere financieringsmodel om dagchirurgie en ambulante zorg zowel intra als extramuraal te promoten.

7.8. Veroudering van de patiëntenpopulatie

Er is een globale vergrijzing van de bevolking met hierin een proportioneel grotere toename van het percentage dat beroep doet op medische hulp als gevolg hulpbehoevendheid en/of handicap. Omwille van de progressieve verschuiving van zorg van hospitalisatie naar ambulante zorg, legt deze 'dubbele vergrijzing' een bijkomende belasting op de uitvoerders van specialistische geneeskunde. Deze extra inspanningen zien we momenteel niet beloond in de nomenclatuur, slechts in beperkte mate geremedieerd via structurele initiatieven zoals dagziekenhuizen. Een toekomstgerichte innovatie van het gezondheidszorgstelsel moet hiervoor antwoorden formuleren in termen van financiering, infrastructuur, opleiding en uitbreiding van quota.

BESLUITEN

1. Vraag tot herziening van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen op basis van de criteria tijd, risico en complexiteit
2. Wijziging van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering die uitsluitend gebaseerd is op de honoraria voor laagvariabele zorg, met invoering van kwaliteitscriteria op basis van de act en de patiëntenpopulatie. Transparantie in de toewijzing van de honoraria in evenredigheid met de verrichte handelingen. Een dekking van de reële kosten die de deze prestaties vereisen.
3. Uitbreiding van de criteria voor de financiering van laagvariabele zorg tot het BFM en andere financieringsbronnen. Transparantie in het BMF
4. Over de reële kosten moet op voorhand met de artsen overeenstemming worden bereikt. Er moet een echt medebeheer komen, en niet alleen medefinanciering. Het consensusmodel moet worden ingevoerd in alle medische raden.
5. Invoering en financiering in de Hoge Raad van een systeem voor toezicht op en evaluatie van de kwaliteit van de stagedienst en de stagemeester op individuele basis, en niet in het kader van een universitair opleidingsnetwerk. De pariteit tussen universiteit en beroep moet door het ganse opleidingstraject van de ASO in alle geledingen van de wet worden gewaarborgd.
6. Herziening van het concept van de eerstelijns geneeskunde en ontwikkeling van de extramurale gespecialiseerde geneeskunde waarbij gedacht wordt aan pediatrie, gynaecologie, psychiatrie e.a.
7. Specifieke maatregelen zijn nodig om kwaliteitsvolle en drempelarme toegang tot de zorg te garanderen voor de verouderende patiëntenpopulatie die kampt met functionele beperkingen en een hoge zorgvraag.
8. Uitbouw van de ambulante dagchirurgie en zorgen.



Het VBS: structuur en organisatie

Aantal leden : 8 500

Aantal aangesloten beroepsverenigingen : 30

- 1) Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in ANESTHESIE EN REANIMATIE
- 2) Beroepsvereniging der Belgische CHIRURGEN
- 3) Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in FYSISCHE GENEESKUNDE EN READAPTATIE
- 4) Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de GERIATRIE
- 5) Beroepsvereniging der Belgische specialisten voor HARTZIEKTEN
- 6) Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in INTENSIEVE ZORGEN
- 7) Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in INWENDIGE GENEESKUNDE
- 8) Belgische beroepsvereniging van KINDERARTSEN
- 9) Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de KINDERNEUROLOGIE
- 10) Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de KLINISCHE GENETICA
- 11) Beroepsvereniging voor Belgische LONGARTSEN
- 12) Belgische beroepsvereniging voor MAAG-DARMARTSEN
- 13) Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in MEDISCHE BIOPATHOLOGIE
- 14) Belgische beroepsvereniging voor NEUROCHIRURGIE
- 15) Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de NEUROLOGIE
- 16) Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de NUCLEAIRE GENEESKUNDE
- 17) Belgische beroepsvereniging van OOGHEELKUNDIGEN
- 18) Belgische beroepsvereniging voor ORL EN HOOFD- EN HALSCHIRURGIE
- 19) Belgische geneeskundige beroepsunie voor ORTHOPEDISCHE CHIRURGIE en Traumatologie van het Bewegingsapparaat
- 20) Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in PATHOLOGISCHE ANATOMIE

- 21) Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE
- 22) Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de PSYCHIATRIE
- 23) Belgische Vereniging voor RADIOLOGIE
- 24) Belgian association for radiation oncology (RADIOTHERAPIE)
- 25) Belgische REUMATOLOGEN vereniging
- 26) Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in functionele en professionele REVALIDATIE VAN GEHANDICAPTEN
- 27) Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de STOMATOLOGIE EN MKA-CHIRURGIE
- 28) Belgian College of Emergency Physicians (URGENTIEGENEESKUNDE)
- 29) Belgische beroepsvereniging van UROLOGEN
- 30) Beroepsvereniging van de Belgische VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN

Bestuurscomité:

- **Voorzitter** : Jean-Luc DEMEERE
- **Secretaris-Generaal** : Donald CLAEYS
- **Penningmeester**: Bernard MAILLET
- **Nederlandstalig ondervoorzitter VBS/Voorzitter AVS¹**: Jan DE NEVE
- **Franstalig ondervoorzitter VBS/Voorzitter AMSFr²**: Bernard MANSVELT
- **Nederlandstalig adjunct-ondervoorzitter VBS/Ondervoorzitter AVS**: Marianne MERTENS
- **Franstalig adjunct-ondervoorzitter VBS/Ondervoorzitter AMSFr**: Michel PLETINCX
- **Nederlandstalig adjunct-secretaris VBS/Secretaris AVS**: Bart DEHAES
- **Franstalig adjunct-secretaris VBS/Secretaris AMSFr**: Etienne MARBAIX
- **Nederlandstalig raadgever VBS/Raadgever AVS**: Jan STROOBANTS
- **Franstalig raadgever VBS/Raadgever AMSFr**: Jean-Paul JORIS

¹ AVS: Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten

² AMSFr: Association des Médecins Spécialistes francophones