



---

# ACTIVITEITENVERSLAG 2018

---

Goedgekeurd door de Algemene Vergadering van 18 mei 2019



## Inhoud

Inleiding.....	2
1. Analyse van de normatieve teksten in ontwerpfase.....	6
2. De GDPR (general data protection regulation) = AVG (algemene verordening gegevensbescherming) .....	9
3. Algemene geneeskunde – huisartsgeneeskunde (HA) .....	10
4. De ziekenhuishervorming.....	16
4.1. Gegroepeerde financiering voor laagvariabele ziekenhuiszorg.....	16
4.2. Netwerkvorming en governance voor ziekenhuizen .....	18
4.3. Betaling per volgens de performance .....	19
5. Toekomst van de artsen in opleiding.....	20
5.1. Voorstel tot wijziging van het assistentenstatuut om hen recht op pensioen en op werkloosheid te geven .....	20
5.2. Numerus clausus en contingenteringsattest: BVAS en CIUM op één lijn.....	21
5.1. Vergoedingen voor de stagemeester van kandidaat-specialisten buiten de universitaire ziekenhuizen .....	22
6. Syndicale verkiezingen 2018: “Geef toe, u denkt zoals wij” .....	23
6.1. Het verkiezingsprogramma van de BVAS.....	23
6.2. Technische problemen met betrekking tot elektronisch stemmen.....	24
6.3. Resultaten en zwakke participatiegraad .....	25
7. Indexering van de honoraria voor 2019.....	28
8. Informatisering van de gezondheidszorg (telematica).....	29
9. De BVAS in de andere nationale en internationale organisaties .....	30
9.1. Nationaal niveau – Mdeon .....	30
9.2. Internationaal niveau – 209 <sup>e</sup> Sessie van de Raad van de WMA (World Medical Association), april 2018, Riga (Letland).....	30
9.3. Internationaal niveau – Vergadering van de EANA (European Working Group of Practitioners and Specialists in Free Practice), 15 juni 2018, Berlijn .....	31
9.4. Internationaal niveau – Vergadering van de UEMO (European Union of General Practitioners), oktober 2018, Rome.....	31
9.5. Internationaal niveau – Algemene vergadering van de WMA (World Medical Association), oktober 2018, Reykjavik (IJsland) .....	32
9.6. Internationaal niveau – Vergadering van de EANA, 30 november 2018, Luxemburg.....	33
Besluit.....	34

## Inleiding

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) staat al meer dan 55 jaar ten dienste van de artsen. De BVAS is meer bepaald **de meest representatieve organisatie van het Belgische medisch corps**. Dat blijkt uit de syndicale verkiezingen die het RIZIV om de 4 jaar organiseert<sup>1</sup>. Anders gezegd: de BVAS is een syndicaat dat de belangen van de Belgische (Franstalige, Duitstalige en Nederlandstalige) huisartsen en specialisten verdedigt en dat - sinds de invoering van de medische verkiezingen in 1990 - de meeste steun krijgt vanwege de artsen.

De BVAS **bestaat uit 5 Syndicale Kamers of Secties** die juridisch onderling onafhankelijk zijn. Deze 5 Kamers zijn verspreid over het hele grondgebied:

- Een Kamer dekt de provincies Luik en Luxemburg
- Een Kamer dekt de provincies Henegouwen, Namen en Waals-Brabant
- Een Kamer dekt het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- Een Sectie dekt de provincies Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen
- Een Sectie dekt de provincies Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant.

De Raad van Bestuur van de BVAS stelt jaarlijks een verslag op van de activiteiten van het voorbije jaar, om dit voor te leggen aan de Algemene Vergadering. Dit jaar zal deze presentatie plaatsvinden tijdens de Algemene Vergadering van 18 mei 2019 in Hotel Corsendonck Hooge Heyde, te Kasterlee.

De activiteit van de BVAS is gestructureerd rond twee grote krachtlijnen: enerzijds de werkzaamheden van de federale entiteit, en anderzijds de werkzaamheden van de 5 Syndicale Kamers of Secties. De coördinatie tussen deze 5 Kamers of Secties wordt verzorgd door het Federaal Secretariaat in Brussel. De 6 entiteiten coördineren hun werk met het oog op promotie en bescherming van de belangen van de artsen.

Elke Kamer of Sectie beschikt, net zoals het Federaal Secretariaat, over een technisch bureau dat meestal bestaat uit een secretariaat en een juridische dienst. Het Federaal Secretariaat steunt op een administratieve, vertaal- en communicatiedienst.

Voor meer details over de activiteiten van de verschillende Kamers of Secties verwijzen we naar hun activiteitenverslagen. Grofweg samengevat, focust elke Kamer of Sectie echter op:

- Juridische vragen:
  - o van haar leden
  - o over het beroep in zijn geheel (analyse van normatieve teksten - in ontwerp of pas aangenomen - om de weerslag, problemen en juridische voordelen te bestuderen, en om tegenvoorstellen te doen, ...);
- Impulseo-dossiers van huisartsen in haar hoedanigheid van ondersteunings- en begeleidingsstructuur;

---

<sup>1</sup> Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

- Organisatie van erkende seminaries inzake ethiek en economie:
  - o aan Franstalige zijde vermelden we de volgende seminaries in 2018:
    - Op 24 maart 2018 in Gembloux: seminarie over het loopbaaneinde van artsen, geaccrediteerd met 3 punten voor ethiek en economie.
    - Op 21 april 2018 in Brussel: seminarie over de grote uitdaging die de financiering van de ziekenhuisarts betekent intra muros en in ambulant zorgnetwerk, geaccrediteerd met 3 punten voor ethiek en economie.
    - Op zaterdag 9 juni 2018 in Brussel: seminarie over e-Gezondheid voor dummy's - goede en slechte punten, geaccrediteerd met 3 punten voor ethiek en economie.
    - Op 30 juni in Brussel: seminarie over Governance en Management in ziekenhuiscontext, in het kader van de hervorming van de zorgverlening, kwaliteitseisen en budgettaire beperkingen, geaccrediteerd met 3 punten voor ethiek en economie.
  - o aan Nederlandstalige zijde onthouden we de volgende seminaries in 2018:
    - Op 3 februari 2018 in Antwerpen: informatiesessie voor de leden van de medische raden, over de samenstelling van de medische raad in een ziekenhuis en binnen het toekomstige ziekenhuisnetwerk, geaccrediteerd met punten voor ethiek en economie;
    - Op 23 maart 2018 in Brussel: voorstel voor de medische beurs van de VUB;
    - Op 14 april 2018 in Leuven: Startersdag: dag voor de laatstejaarsstudenten van de KU Leuven;
    - Op 24 april 2018 in Brussel: aanwezig met een stand op het symposium 'De arts van Morgen' in de VUB;
    - Op 22 mei 2018 in Antwerpen: informatiesessie over de GDPR-verplichtingen voor artsen, geaccrediteerd met punten voor ethiek en economie;
    - Op 23 mei 2018 in Antwerpen: informatiesessie voor laatstejaarsstudenten geneeskunde van de universiteit van Antwerpen;
    - Op 24 mei 2018 in Genk en in Antwerpen: zowel in Genk (ZOL) als in Antwerpen (GZA), in samenwerking met éénlijn, informatiesessie over de applicaties eHealth, geaccrediteerd met punten in ethiek en economie;
    - 29 mei 2018: "GDPR" in Gent, geaccrediteerd met 2 punten in ethiek en economie;
    - Op 13 juni 2018 in Antwerpen: informatiesessie over artsen in opleiding in het laatste jaar, geaccrediteerd met punten voor ethiek en economie;
    - Op 18 juni 2018 in Antwerpen: informatiesessie over de eHealth-applicaties binnen het ZNA, geaccrediteerd met punten voor ethiek en economie;
    - Op 16 juni 2018 in Antwerpen: verkiezingssymposium "De patiënt kiest zijn zorg. En u?", geaccrediteerd met punten in ethiek en economie;
    - Op 6 oktober 2018 in Antwerpen: deelname aan de conferentie over huisartsenij van Domus Medica;
    - dinsdag 11 december 2018: "Maatschap en netwerking" in Gent, geaccrediteerd met 2 punten in ethiek en economie;
    - dinsdag 18 december 2018: "Maatschap en netwerking" in Gent, geaccrediteerd met 2 punten in ethiek en economie;

- *Masterclass Zorgmanagement voor artsen* in samenwerking met de FVB, uitgespreid over meerdere sessies in Berchem, geaccrediteerd met punten voor ethiek en economie.

Naast de accreditatieseminaries vonden het hele jaar - na aanvraag - diverse informatiesessies en terreinmeetings plaats. We vermelden ook onze deelname aan vergaderingen, colloquia en lezingen.

- De opvolging (lezing, analyse, synthese, news) van het Belgisch Staatsblad en nieuwe publicaties;
- De opvolging (lezing, analyse, synthese, news) van de actualiteit in de sector en van diverse werkdocumenten;
- Onze aanwezigheid op het internet (website en sociale netwerken);
- Het beheer van de ledendatabank (oproepen en aanmaningen voor bijdrage, invoering in de databank, opvolging van wijzigingen, aflevering van kaarten en ontvangstbewijzen, regelmatige contacten met de grote groepen, maandelijks vergelijkende opvolging, jaarlijkse statistieken, rekrutering voor de mandaten van vertegenwoordigers, ...);
- De elementaire secretariaatsactiviteit (klassement, tikwerk, bestellingen, ...);
- Het beheer van de vzw (boekhouding, verzekeringen, wettelijke verplichtingen, ...) en het personeelsbeheer;
- De organisatie en opvolging van vergaderingen van het Directiecomité, de Raad van Bestuur en de jaarlijkse Algemene Vergadering;
- ....

Tot de specifieke missies van het Federaal Secretariaat behoren onder meer:

- Wat de communicatiepool betreft:
  - opvolging van de actualiteit,
  - redactie van persberichten,
  - contacten met de pers,
  - redactie van wekelijkse en gerichte nieuwsflashes,
  - aanlevering, updating en beheer van de federale website,
  - aanwezigheid op de sociale netwerken,
  - ....
- Wat de vertaalpool aangaat: coördinatie, vertaling en revisie van diverse documenten in de beide landstalen;
- Wat de administratieve pool aangaat:
  - archivering en beheer van de diverse werkdocumenten op nationaal en gewestniveau;
  - coördinatie tussen de 5 Kamers en Secties;

- organisatie van de federale vergaderingen;
- beheer van de vzw en van het personeel;
- secretariaatsactiviteiten voor de voorzitter van de BVAS;
- beheer van de mandaten;
- ....

Het activiteitenverslag is de gelegenheid om een kort overzicht te geven van het werk dat het voorbije jaar werd geleverd, en om even te blijven stilstaan bij enkele omvangrijke dossiers die het afgelopen jaar hebben gekenmerkt. Dit verslag gaat dus niet al te diep in op het gewone werk van de BVAS en van de Syndicale Kamers en Secties in 2018. Zelfs bij de specifiek aangehaalde dossiers blijven we beknopt om te voorkomen dat dit rapport honderden pagina's zou tellen. Het federale technisch bureau en de technische bureaus van de 5 Syndicale Kamers en Secties staan echter voor u klaar om u alle nodige aanvullende informatie te bezorgen.

U kunt met ons in contact treden via de volgende adresgegevens:

Belgische Vereniging van Artsensyndicaten vzw  
Terhulpesteenweg 150  
1170 Brussel  
Tel. 02/644.12.88  
Fax: 02/644.15.27  
Mail: [info@absym-bvas.be](mailto:info@absym-bvas.be)  
Website: [www.absym-bvas.be](http://www.absym-bvas.be)

## 1. Analyse van de normatieve teksten in ontwerpfase

Van de verschillende missies van de BVAS en haar Kamers en Secties bespreken we eerst deze met betrekking tot de analyse van de normatieve teksten in ontwerpfase, niet alleen om de juridische sterktes en zwaktes ervan te zien, maar ook en vooral om na te gaan in welke mate ze al dan niet gunstig zijn voor de artsen.

Uit die analyses resulteren brieven en reacties tijdens vergaderingen om deze ontwerp teksten te laten wijzigen. De uiteindelijk gepubliceerde teksten zijn dus meestal de vrucht van lange discussies waarin de BVAS zich dikwijls heeft laten horen om de belangen van het medisch corps te verdedigen. Hoewel die definitieve versies vaak nog tal van onvolkomenheden vertonen, zijn ze in het algemeen “meer aanvaardbaar” dan de initiële versies. De artsen, die de initiële versies nooit gezien hebben, weten vaak niet hoeveel werk erin gestopt is om tot de andere versies te komen.

Uit de meest markante teksten van 2018<sup>2</sup> onthouden we onder meer het ontwerp tot hervorming van de Orde van Geneesheren (KB nr.79)<sup>3</sup>, het ontwerp tot hervorming van het sociaal statuut van het akkoord artsen-ziekenfondsen<sup>4</sup>, de hervorming van het ondernemingsrecht<sup>5</sup> en **het wetsontwerp**

---

<sup>2</sup> Andere ontwerpen, zoals met betrekking tot de ziekenhuishervorming, komen elders in dit verslag aan bod.

<sup>3</sup> Van de nieuwigheden van het ontwerp zoals door BVAS geanalyseerd, kunnen we meer bepaald onthouden:

- Het ontwerp voorziet in een hervorming van de structuur van de Orde met, onder meer, de opheffing van de provinciale Raden. Uit die wijziging vloeit een herziening van de Lijst van de Orde voort: deze zou voortaan slechts uit 2 componenten bestaan: de lijst van de Franstalige taalrol (wanneer hoofdactiviteit in het Waals Gewest) en de lijst van de Nederlandstalige taalrol (wanneer hoofdactiviteit in het Vlaams Gewest). De Brusselaars kunnen daarbij kiezen tussen de 2. Momenteel is er een lijst per provinciale Raad; samen vormen ze de Lijst van de Orde.
- Het ontwerp zou voortaan artsen die kandidaat zijn voor een mandaat in de Orde, verplichten om professioneel actief te zijn op het ogenblik van indienen van hun kandidatuur, én minstens 3 jaar ingeschreven te zijn in de Lijst van de Orde.
- We merken ook de voorziene komst van een vertegenwoordiger van de koepels van de patiëntenorganisaties binnen elke sectie van de federale Raad.
- Wat de procedure aangaat: op basis van de ontwerp tekst kan de Tuchtraad beslissen om de schrapping ondanks aangetekend beroep uitvoerbaar te maken, middels een speciale motivering. Verzet zou niet meer mogelijk zijn, tenzij de arts aantoonde dat zijn afwezigheid gerechtvaardigd is door overmacht of een legitiem motief. De Raad voor Beroep zou de schrapping eveneens ondanks elk beroep uitvoerbaar kunnen maken middels motivering.

<sup>4</sup> Naast de wijziging aan artikel 54 van de Wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen (van kracht sinds 01.01.2019), doorgevoerd met de Wet van 30.10.2018 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (BS 16.11.2018), werd in 2018 ook overleg gepleegd over een ontwerp tot wijziging van het KB van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren. Het ontwerp beoogt met name:

- Alle zorgverleners die aanspraak kunnen maken op een sociaal voordeel, bijeen te brengen in één tekst (vermits er tot nu aparte teksten waren voor de apothekers, de kinesisten, de artsen, de tandartsen, de logopedisten en de verpleegkundigen). Voor de activiteitsdrempel wordt echter niet eenzelfde criterium gehanteerd voor alle zorgverleners.
- Rekening te houden met specifiekere activiteiten bij de berekening van de te behalen activiteitsdrempel (arts-diensthoofd die attesteert voor alle artsen van de dienst, arts-ziekenhuishygiënist, ...), meer bepaald door een drempel te leggen via een minimaal aantal uren professionele activiteit.
- Wijziging van de jaarberekening. Momenteel vraagt een arts zijn voordelen voor 2018 in 2018, op basis van zijn activiteit in 2016. Zijn premie voor 2018 wordt gestort in 2019. Het ontwerp voorziet het volgende: de arts vraagt zijn voordelen voor 2018 in 2019, op basis van zijn activiteit in 2018. Zijn premie wordt gestort in 2020.

Merk echter op dat er einde 2018 nog altijd geen enkele concrete oplossing is voor artsen die sinds 1 januari 2016 gepensioneerd zijn maar actief blijven. (Lees het activiteitenverslag 2016 voor meer uitleg over dit punt.) De BVAS heeft in juni 2018 opnieuw ervoor gepleit om dit sociaal statuut op dezelfde manier te belasten als de Impulseo I-premie voor de huisartsen, namelijk aan 16,5 %. Achter deze redenering schuilt een glasheldere logica: net zoals Impulseo een premie is die artsen helpt om zich in bepaalde gebieden te vestigen, is ons voorstel een premie die oudere artsen helpt om (als ze dat willen) te blijven werken na hun pensioen. In beide gevallen doet BVAS het nodige om het artsenberoep zo aantrekkelijk mogelijk te houden.

<sup>5</sup> In hoofdzaak beoogt deze hervorming de integratie in het Wetboek van Koophandel in het Wetboek van Economisch Recht (WER); een nieuwe definitie voor het concept onderneming; invoering van het concept Ondernemingsrechtbank (vroeger:

**inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.** Bij dit laatste ontwerp moeten we alleszins wat langer blijven stilstaan.

Het “Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg” dat gedeeltelijk steunt op een ontwerp van 2013 “Praktijkvoering in de gezondheidszorg”, kwam begin 2018 opnieuw boven water in een duidelijk verschillende versie.

De tekst heeft een globaal toepassingsveld en betreft zowel de intra- als de extramurale praktijk, terugbetaalde en niet-terugbetaalde verzorging, Belgische en buitenlandse patiënten, professionele verstrekkers van “conventionele” gezondheidszorg en zorgverstrekkers van niet-conventionele praktijken, artsen en niet-artsen. Dit ontwerp preciseert de huidige wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (oud KB 78).

De BVAS heeft deze tekst in zijn diverse versies het hele jaar lang geanalyseerd en becommentarieerd, en erover onderhandeld. Dankzij onze tussenkomst zijn we geëvolueerd van een totaal onaanvaardbare tekst uit 2013 naar een versie die zeker nog niet perfect is maar toch de verdienste heeft dat hij nu min of meer aanvaardbaar is.

Dit ontwerp werd op 21 december 2018 ingediend in de Kamer en naar de Commissie voor Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke Hernieuwing gestuurd<sup>6</sup>. Het is de bedoeling deze tekst op 1 juli 2021 in voege te laten treden, met de mogelijkheid om voor een aantal bepalingen een vroegere datum vast te leggen.

Het ontwerp creëert een wettelijk kader van kwaliteitsvereisten om veilige en kwaliteitsvolle prestaties van de gezondheidszorgverstrekkers aan te bieden. Tot de grote krachtlijnen van deze wet behoren:

- De verplichting voor de arts om een “portfolio” bij te houden. Deze portfolio zal uiteraard een aantal administratieve verplichtingen voor de beoefenaar meebrengen, maar biedt ook de mogelijkheid om de professionele kennis te verrijken en bijkomende competenties en de bijbehorende nomenclatuur te verwerven.
- Bepaalde verstrekkingen voor bepaalde patiënten zullen voortaan nog uitsluitend binnen een ziekenhuis kunnen plaatsvinden.
- De gezondheidszorgbeoefenaar die verstrekkingen met anxiolyse en/of anesthesie (lokaal, locoregionaal, algemeen) uitvoert, moet beschikken over een procedure die hij naleeft in geval zich een verwikkeling voordoet ten gevolge van de anxiolyse/anesthesie. Hij neemt ook de nodige maatregelen zodat hij bij complicaties een beroep kan doen op een ziekenhuis. Dit kan bijv. inhouden dat hij een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis afsluit waarin de tussenkomst van de zorgverstrekkers verbonden aan het ziekenhuis en de eraan verbonden voorwaarden worden geregeld (bijv. ten laste nemen van kosten voor vervoer van de patiënt, andere financiële voorwaarden, eventuele deelname van de betrokken gezondheidsbeoefenaar aan de wachtdienst van het ziekenhuis).

---

Rechtbank van Koophandel); verruiming van verplichtingen voor inschrijving in de Kruispuntbank voor Ondernemingen (KBO) (ook de vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid moet zich inschrijven in de KBO als ze juridische activiteiten verricht en als ze rechten en plichten overeenkomt met derden); intrekking van Boek XIV van het WER “*Marktpraktijken en consumentenbescherming voor vrije beroepers*” en de beoefenaars van een vrij beroep (op enkele uitzonderingen na) onderwerpen aan het algemene stelsel inzake marktpraktijken en consumentenbescherming, opgenomen in Boek VI van het WER.

<sup>6</sup> Omdat de regering in lopende zaken gegaan is, heeft de BVAS op 14 januari 2019 de betrokken politici per brief dringend gewezen op de noodzaak om het wetgevende parcours van deze tekst voort te zetten tot publicatie in het Belgisch Staatsblad om te vermijden dat de tekst, waarover het hele jaar onderhandeld is, uit beeld verdwijnt en eventueel wordt doorgeschoven naar de nieuwe regering. Het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werd uiteindelijk op 28 maart 2019 goedgekeurd in plenaire zitting van de Kamer van Volksvertegenwoordigers.



- De gezondheidszorgbeoefenaar die risicovolle verstrekkingen uitvoert, voorziet in een doeltreffende spoedprocedure in geval van complicaties en een procedure voor de overbrenging van patiënten. Hij draagt zelf de verantwoordelijkheid om te voorzien in de nodige procedures. Hiertoe zou hij een samenwerking met een ziekenhuis kunnen aangaan.
- Het deelnemen aan de permanentie wordt door de opstellers beschouwd als een door alle gezondheidszorgbeoefenaars na te leven kwaliteitsvereiste. Er wordt dan ook een verplichting tot deelname aan de permanentie ingevoerd, ook voor de artsen-specialisten extra muros. Niet-naleving van deze voorwaarden kan leiden tot sancties in verband met het visum. Voor huisartsen wordt niet gespecificeerd of dit via een huisartsenwachtdienst dan wel via een huisartsenwachtpost dient te gebeuren. In de ziekenhuissetting is deelname aan de wachtdienst vaak opgenomen in het contract en dus nu al een contractuele verplichting waaraan de ziekenhuisartsen moeten voldoen. Dit punt wordt gewoonlijk verder gespecificeerd in het medisch reglement.
- Een aantal voorwaarden voor het patiëntendossier wordt vastgelegd: het gaat meer bepaald om de opsomming van de gegevens die absoluut moeten worden opgenomen in het patiëntendossier dat de gezondheidszorgbeoefenaar voor zijn patiënt bijhoudt.
- Indien de gezondheidszorgbeoefenaar bepaalde kwaliteitsvereisten niet naleeft, kan hem een verbeterplan worden voorgelegd. Bij vaststelling van fysieke of psychische ongeschiktheid of bij schending van de voorwaarden inzake omkadering of van de kwaliteitsvereisten inzake continuïteit of permanentie, of bij herhaling van een schending van de kwaliteitsvereisten waarvoor een verbeterplan had kunnen worden opgesteld, kan het visum worden geschorst of ingetrokken.

Besluit: de BVAS vindt in deze tekst vele eigen suggesties terug. Ze betreft evenwel dat deze wet de artsen andermaal opzadelt met bijkomende verplichtingen en administratieve taken.

In de huidige versie van de wet betreft de BVAS overigens ook de annulering van de mogelijkheid voor de artsen die geen Belgische onderdanen zijn, om een taalexamen en een proef over hun kennis van ons gezondheidszorgsysteem af te leggen. Terwijl onze Belgische jongeren een ingangsexamen moeten doen voor studies geneeskunde, kunnen artsen uit de Europese Gemeenschap in België immers een praktijk starten zonder enige kennis van minstens één van de drie landstalen. Ook het examen over de kennis van het Belgisch gezondheidszorgsysteem is niet opgenomen in de definitieve versie. Een arts kan nochtans onmogelijk correct functioneren zonder kennis van concepten zoals verzekeraarbaarheid, terugbetaling, de organisatie van de algemene en de gespecialiseerde geneeskunde, enz.

De BVAS heeft op zich overigens geen probleem met **de verplichting tot wachtdienst**, opgelegd door minister De Block. De deelname aan een wachtdienst was tot nu een deontologische maar geen wettelijke verplichting. De deelname aan de wachtdienst maakt integraal deel uit van het artsenberoep, maar men moet rekening kunnen houden met uitzonderingen en met het respect voor de "work-life balance". In dit verband verheugt het de BVAS dat de tekst de waarden bevat die de BVAS verdedigt: vrijheid en haar logisch gevolg, initiatief. Het zijn effectief de huisartsen van een zone die kiezen hoe zij de permanentie van de zorgverlening in hun zone organiseren. Hun enige verplichting is ervoor te zorgen dat elke patiënt altijd en in elk geval een antwoord vindt op zijn behoeften. Sommigen zullen derhalve een wachtpost oprichten, anderen niet. Elke wachtpost kiest volledig onafhankelijk zijn vestigingsplaats, zijn openingsuren en zijn organisatiewijze. De minister erkent officieel "*de functionele samenwerking*", d.w.z. een kring of groep van kringen met of zonder rechtspersoonlijkheid die instaat voor de permanentie van de gezondheidszorgverlening in een zone. De enige te respecteren

voorwaarde is dat de organisatoren huisartsen zijn die officieel alle huisartsen van die zone vertegenwoordigen. Het gaat om de geleverde dienstverlening, niet om de structuur. Dit is een grote stap vooruit want de minister heeft ervoor gekozen, met oor voor onze argumenten, om geen strak organisatiemodel op te leggen maar haar vertrouwen te schenken aan de huisartsen op het terrein en hun de vrijheid te gunnen om initiatief te nemen.

In het kader van de reeds genoemde nieuwe verplichtingen zullen de artsen voortaan moeten aantonen dat zij zich continue blijven navormen. Het huidige accreditatiesysteem, dat was opgezet op vrijwillige basis, wordt nu een verplichting. De artsen moeten in deze **portfolio** de continue vorming bijhouden die ze hebben gevolgd. Deze "dynamische portfolio" kan op elk moment gecontroleerd worden. De BVAS hekelt deze nieuwe administratieve belasting en heeft veel vragen bij de manier waarop de controle zal worden gevoerd. Een verplichte portfolio is volgens de BVAS overigens slechts aanvaardbaar indien deze gebruiksvriendelijk is en waarborgen biedt voor een eerlijke controle en voor het respecteren van het beginsel van tegenspraak.

Tot slot, en opdat de patiënt snel de juiste gezondheidszorgverlener zou kunnen vinden, introduceert deze nieuwe wet een "centraal register" waarin wordt gestipuleerd wie wat aanbiedt en met welke andere zorgverlener deze gezondheidszorgverlener samenwerkt. De BVAS vindt dit een lovenswaardig principe, voor zover het register overeenstemt met de wettelijk erkende professionele titels.

## 2. De GDPR (general data protection regulation) = AVG (algemene verordening gegevensbescherming)

Verordening 2016/679 van het Europees Parlement en van de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens (afgekort "GDPR" voor "General Data Protection Regulation" of "AVG" voor "Algemene Verordening Gegevensbescherming") geldt in België en andere Europese landen sinds 25 mei 2018 hoewel ze al van kracht is sinds 2016. In tegenstelling tot een Richtlijn is een Europese Verordening verplicht in al haar elementen en meteen toepasselijk in elke lidstaat, zonder transpositie naar nationale wetgeving.

Ze herroept de tekst die tot dan als referentie gold, namelijk richtlijn 95/46/CE<sup>7</sup>. De GDPR beoogt modernisering van het Europese kader voor bescherming van persoonsgegevens en inperking van de juridische geschillen tussen lidstaten. Het doel is dus onder meer een homogene bescherming van persoonsgegevens te bereiken, met name om verkeer en uitwisseling binnen de EU te bevorderen.

De GDPR vermeldt een reeks basisprincipes die gerespecteerd moeten worden bij elke verwerking van persoonsgegevens.

- Deze verwerking moet **rechtmatig, behoorlijk en transparant** zijn tegenover de betrokkenen.
- De gegevens moeten worden ingezameld voor **welbepaalde, expliciete en legitieme doeleinden**.
- Het **principe van minimale gegevensverwerking** verplicht om uitsluitend gepaste, relevante en noodzakelijke gegevens te verzamelen met betrekking tot de doeleinden waarvoor ze worden verwerkt.

---

<sup>7</sup> Namelijk de EG-richtlijn van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

- Het **principe van juistheid** verplicht dat de verwerkte gegevens correct zijn en indien nodig up-to-date gehouden worden.
- Het **principe van beperkte bewaartermijn** eist dat de gegevens niet langer worden bewaard dan noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt.
- Het **principe van integriteit en vertrouwelijkheid** verplicht om de gegevens te verwerken op een manier die een **afdoend veiligheidsniveau garandeert**.

Uit deze basisprincipes vloeien een reeks concrete verplichtingen voort voor degene die dergelijke gegevens verwerkt, en een reeks rechten voor de persoon wiens gegevens worden verwerkt. De verwerkingsverantwoordelijke moet kunnen aantonen dat hij alle principes en verplichtingen van GDPR respecteert (**principe van verantwoordelijkheid**).

Bij die verplichtingen vinden we meer bepaald<sup>8</sup>: informatie aan personen van wie persoonsgegevens worden verwerkt (Privacy Policy of Vertrouwelijkheidscharter), bijhouden van een intern register van de uitgevoerde verwerkingen, invoering van veiligheidsmaatregelen en van een procedure voor het geval een inbreuk op de gegevens zou plaatsvinden, analyse van impact, benoeming van een DPO (data protection officer<sup>9</sup>), opleiding voor het personeel, en conformering van de onderaannemingscontracten.

Na analyse van de teksten<sup>10</sup> en van de toepassing van de algemene regels op de toestand van onze vereniging, hebben de diverse Kamers en de BVAS de nodige stappen gezet om de GDPR zo correct mogelijk te implementeren<sup>11</sup>. Het mag duidelijk zijn dat dit een omvangrijk werk was.

De juristen hebben de situatie ook geanalyseerd vanuit het standpunt van de arts, om voor onze leden een handleiding op te stellen met 10 te nemen stappen voor de invoering van GDPR in hun praktijk. Om hen zo gepast mogelijk te helpen kunnen onze leden ook beschikken over personaliseerbare en wijzigbare bijlagen (model van register, model van Privacybeleid, model van procedure bij inbreuk op de gegevens, model van onderaannemingscontract, model van beknopte informatieclausules en modellen van clause voor het arbeidsreglement).

### 3. Algemene geneeskunde – huisartsgeneeskunde (HA)

De BVAS heeft in 2018 gewerkt aan diverse dossiers aangaande de huisarts(geneeskunde), en dit zowel op het niveau van de federale bevoegdheden als op dat van de bevoegdheden die werden overgedragen aan de gefedereerde entiteiten.

Een klein overzicht van de meest markante dossiers:

---

<sup>8</sup> Verplichtingen die al dan niet toepasselijk zijn, afhankelijk van de uitgevoerde verwerking en de positie waarin de betrokken entiteit zich bevindt.

<sup>9</sup> Data Protection Officer = functionaris voor gegevensbescherming.

<sup>10</sup> Het gaat inderdaad om meerdere teksten, vermits in het zog van de GDPR andere normatieve teksten volgen met betrekking tot deze materie of als direct uitvloeisel ervan. Denk aan de Wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, die de Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levensfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens opheft en vervangt; de Wet van 3 december 2017 tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) en haar Huishoudelijk Reglement, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 15 januari 2019. Deze GBA vervangt vanaf 25 mei 2018 de vroegere Privacycommissie. Er is ook nog de Wet van 5 september 2018 tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende uitvoering van de GDPR-verordening.

<sup>11</sup> Privacybeleid en Cookies Privacy zijn op verzoek beschikbaar of op de website: <https://www.absym-bvas.be/nl/disclaimer/privacy-verklaring-cookies>.

➤ **De BVAS heeft – met succes – gepleit voor een financiële herwaardering van de HA.** Het initiële BVAS-voorstel voor de verdeling van de indexmassa bestond erin de gewone raadplegingen te herwaarderen tot 30 euro, met een proportionele verhoging voor de andere raadplegingen.

Gezien het gebrek aan financiële middelen leek deze eis niet haalbaar tijdens het Verzekeringscomité. De BVAS heeft er echter aan herinnerd dat ze gehecht blijft aan de intellectuele prestaties; ze stelde voor de indexmassa te herverdelen tussen de raadplegingen, de huisbezoeken en de honoraria voor de wachtdiensten.

Op verzoek van de BVAS werd uiteindelijk beslist dat de indexering niet lineair zou plaatsvinden, maar ten gunste van de intellectuele handelingen:

- de raadpleging bij de huisarts gaat van 25,43 euro in 2018 naar 26,28 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 0,85 euro;
- het thuisbezoek gaat van 37,61 euro in 2018 naar 38,86 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 1,25 euro;
- de huisartsen mogen vanaf 1 januari 2019 voor het gewone GMD 31 euro aanrekenen, of 1 euro meer dan in 2018;
- het DMG voor de chronische patiënten gaat van 55 euro in 2018 naar 56,83 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 1,83 euro.

➤ Wat de **Huisartsenwachtposten (HAWP's)** aangaat: hun budgetten 2018 en 2019 werden einde 2018 goedgekeurd. Bij die gelegenheid heeft de BVAS eraan herinnerd<sup>12</sup> dat ze zowel de nieuwe als de reeds bestaande HAWP's ondersteunde; de BVAS herinnerde er voorts aan dat ze parallel hiermee bleef pleiten voor de vrije keuze van de HA's wat betreft de organisatie van de continuïteit van de verzorging: in een HAWP of in een wachtdienst die wordt georganiseerd door een HA-kring. Anders gezegd: de BVAS verzet zich tegen de verplichting van het HAWP-model door hogere instanties, en herinnert er tegelijk aan dat het wetsontwerp aangaande de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg weliswaar verplicht tot medewerking aan een wachtdienst, maar niet dat dit via een HAWP zou moeten verlopen.

De goedkeuring van de budgetten 2018-2019 en de ondertekening, begin 2019, van de financiële afspraken met de HAWP's verliepen niet zonder slag of stoot. We citeren enkele van de problemen die zich aandienen: de laattijdige ondertekening van de conventies (na 1 januari 2019) waarvan de inhoud voor sommigen zonder meer opgedrongen en alsmaar dwingender lijkt; het gebrek aan transparantie in de verdeling van de begroting over de diverse subrubrieken; de vergrendeling van de subrubrieken waardoor geen transfer van fondsen mogelijk is van de ene subrubriek (die in de praktijk iets minder blijkt te kosten) naar een andere waar een begrotingsoverschrijding nodig zou zijn, weliswaar binnen het globale toegekende budget voor de HAWP; het retroactief effect van de begroting 2018 (slechts goedgekeurd eind 2018); het gebrek aan transparantie in de beslissingen van het RIZIV in het kader van de goedkeuring van de HAWP-uitgaven en het bedrag van deze begrotingen, opgesteld volgens reële uitgaven in 2017, verhoogd met 2% voor 2018 en nogmaals 2% voor 2019 (dus +4% versus 2017), zodat de HAWP's die in 2017 weinig hebben uitgegeven (minder personeel, aanwervingen tegen gunstige voorwaarden voor een bepaalde periode dankzij bepaalde werkgelegenheidsbevorderende structuren, ...) benadeeld worden tegenover HAWP's die in 2017 meer zouden hebben uitgegeven, zelfs met budgetoverschrijdingen, die dan uiteindelijk werden goedgekeurd door het RIZIV.

---

<sup>12</sup> In juni 2018 vatte de BVAS haar beleid aangaande de HAWP's samen in 6 pijlers: Vrijheid om een HAWP op te zetten, vrije keuze inzake de vestigingsplaats van de HAWP, vrije keuze in de openingsuren van de HAWP, vrije keuze in de organisatie van de HAWP, vrijheid in het beheer van de honoraria, en vrijheid in de samenwerking met de spoeddiensten van een ziekenhuis.

Gezien de opschudding bij de HA's heeft de BVAS via haar juristen de toestand geanalyseerd en meteen de RIZIV-vertegenwoordigers geïnterpelleerd<sup>13</sup>. Omwille van de omslachtige en langdurige aard van de procedure voor de voorafgaande goedkeuring van kleine aankopen en uitgaven in de HAWP's, heeft de BVAS – samen met de twee andere artsensyndicaten – ook een brief geschreven<sup>14</sup> naar het RIZIV met de vraag een voorstel tot vereenvoudigde procedure goed te keuren.

➤ Na de publicatie – einde 2017 en begin 2018 – van diverse studies over de **kostprijs van de medische huizen**, werd een werkgroep met vooral BVAS-vertegenwoordigers belast met de grondige analyse van de resultaten van de door minister De Block bij KPMG bestelde audit van de medische huizen die werken volgens het forfait.

BVAS wacht zelfs niet op deze werkgroep om haar analyse van deze audit mee te delen. De audit brengt heel wat dysfuncties aan het licht. Zoals:

- Een VTE-huisarts (voltijds equivalent) behandelt hier gemiddeld slechts ongeveer 673 ingeschreven burgers. Deze artsen worden met te weinig pathologieën geconfronteerd om hun medische ervaring te onderhouden. Het komt overigens geregeld voor dat sommige huisartsen hier 3 of 4 huisartsen in opleiding (HAO) vormen. Dit roept vragen op met betrekking tot hun kennismaking met de pathologie in de loop van de opleiding. Als men gaat rekenen op basis van een zo lage werkbelasting, zou het nationale grondgebied 16.716 VTE-HA's nodig hebben, of bijna het dubbele van nu. Toch moet worden opgemerkt dat de medische huizen een inschrijvingsstop voor nieuwe patiënten hebben doorgevoerd, met het argument *“dat het maximumaantal patiënten is bereikt om de huidige patiënten goede kwaliteit en continuïteit in de zorgverlening te kunnen blijven garanderen”*.
- De BVAS stelt ook met veel ongerustheid vast dat de huisartsen die actief zijn in medische huizen, welbewust een loopje nemen met de deontologische verplichting om mee te werken aan de wachtdiensten. Eén huisarts op drie (35%) werkt zelfs helemaal niet mee. Conclusie: de patiënten die ingeschreven zijn in een medisch huis, genieten een veel minder kwaliteitsvolle zorgcontinuïteit.
- De audit van KPMG buigt zich ook over de vraag aangaande het doorverwijsbeleid van de medische huizen. Het aantal doorverwijzingen wordt weinig tot helemaal niet geregistreerd, zodat dit *“slechts een beperkte kennis oplevert van het aantal van deze doorverwijzingen (zowel in eerste- als tweede- en derdelijns)”*.
- Verder toont de audit een probleem van overfinanciering<sup>15</sup> van de medische huizen aan. De totale kostprijs per patiënt bedraagt 396 euro in de medische huizen, terwijl deze een totaalbedrag van 455 euro/patiënt krijgen dankzij diverse financieringsbronnen. Minister De Block zélf merkt op *“dat de toevlucht tot diverse financieringsbronnen de transparantie niet voorthelpt”*. Verder vertelt KPMG niets over de kosteloze ter beschikking stelling van lokalen, vermits deze niet te vinden is in de boekhouding.

---

<sup>13</sup> Einde maart 2019 erkende het RIZIV de moeilijkheden die sommige HAWP's kunnen ondervinden, met de belofte tot tegemoetkoming om te proberen dit op te lossen.

<sup>14</sup> Einde februari 2019. Het RIZIV heeft aangekondigd de verwerkingswijze van deze vragen te zullen aanpassen.

<sup>15</sup> De BVAS heeft ook een interne analyse gemaakt (op basis van de gepubliceerde cijfers) om de overfinanciering van de medische huizen te evalueren. Hieruit blijkt dat deze belangrijker is dan gedacht. Deze analyse werd aan minister De Block bezorgd. Meer informatie over dit thema vindt u op de BVAS-website via [https://www.absym-bvas.be/downloads/mefvq/180205\\_PB\\_Financiele\\_analyse\\_omtrent\\_de\\_overfinanciering\\_van\\_de\\_medische\\_huizen\\_NL\\_D\\_EF.pdf](https://www.absym-bvas.be/downloads/mefvq/180205_PB_Financiele_analyse_omtrent_de_overfinanciering_van_de_medische_huizen_NL_D_EF.pdf)

De BVAS pleit ten voordele van de huisartsen die, in de mate van het mogelijke, ook multidisciplinair werken, maar niet volgens het model dat de medische huizen hanteren. Het statuut van de confraters HA's die binnen een samenwerkingsmodel werken, is minder belangrijk. Zij moeten echter dezelfde rechten en verplichtingen krijgen als de huisartsen die de andere 96,7% van de Belgische bevolking verzorgen.

➤ We wijzen ook op **de herhaalde interventies van onze vertegenwoordigers** in vergaderingen of in de pers, om druk uit te oefenen op de betrokken besturen en overheden, en dit:

- Om druk uit te oefenen voor de **aflevering van erkenningen van nieuwe HA's**.
- Om **parkeerplaatsen** te krijgen die exclusief bestemd zijn voor de HA's, en stickers voor op hun wagen om geen parkeerticket te hoeven kopen.
- Om de **beveiliging van de omgeving van de HA's** te verkrijgen, onder meer door verruiming van de samenwerkingsprotocollen tussen de HA-kringen en de politie.
- ....

➤ Tot de andere grote dossiers van de Algemene Geneeskunde / Huisartsenpraktijk in 2018 behoren de opstap naar vzw-vorm van het **(Franstalige) Collège de Médecine Générale (CMG)**.

Vanaf 2015 beslisten de diverse vertegenwoordigers van de Franstalige huisartsenpraktijk in het kader van wat de protagonisten de "Coupole de Médecine Générale" hadden genoemd, om periodiek te vergaderen om de grote thema's van hun beroep te bespreken en na te gaan in welke mate zij het eens kunnen geraken. Dit was met name uitgemond in meerdere persberichten vanwege het gemeenschappelijk vakbondsfront van artsen.

Einde 2016 wilden sommigen – in navolging van wat in Frankrijk bestaat - deze informele vergaderingen transformeren tot een juridisch geformaliseerd orgaan. Na bijna twee jaar redactiewerk werden de statuten van de vzw Collège de Médecine Générale op 25 oktober 2018 ondertekend.

Voor de BVAS werden vertegenwoordigers van de 3 Franstalige Kamers<sup>16</sup> de stichtende leden ervan. Ook de dokters Bernier<sup>17</sup> en Herry<sup>18</sup> werden bestuurders.

De BVAS heeft gedurende de hele redactie van de statuten haar juridische commentaren aangebracht en verdedigd. De andere organisaties hebben helaas - op enkele details na - geen enkel gunstig gevolg gegeven aan onze vragen. In werkelijkheid was de aanwezigheid van de BVAS in dit orgaan voor sommigen zelfs niet gewenst, met het motief dat de BVAS huisartsen én specialisten vertegenwoordigt. Sommige organisaties die aangesloten zijn bij het Collège, beschouwen die laatste immers als tegenstanders. De BVAS daarentegen gelooft in de verdediging van één verenigd medisch korps, ondanks zijn verschillen.

Sommigen beseften echter vrij snel dat de oprichting van een Collège de Médecine Générale zonder de meest representatieve syndicale organisatie sinds de invoering van verkiezingen, weinig zin zou hebben en het College zou verzwakken. Van haar kant heeft ook de BVAS lang gearzeld vooraleer te aanvaarden om eraan deel te nemen, met behoud van haar reserves inzake sommige punten.

➤ Volgens datzelfde denkpatroon werd eind 2018 ook het **Plate-forme Première ligne Wallonie** in vzw-vorm samengesteld. Deze vzw betreft - in tegenstelling tot het Collège - enkel het Waalse

---

<sup>16</sup> Dr. Bernier en Dr. Dutrieux voor de Kamer van de provincies Henegouwen, Namen en Waals-Brabant; Dr. Herry en Dr. Morel voor de Kamer van de provincies Luik en Luxemburg, en Dr. Rosillon en Dr. Van Nieuwenhuyse voor de Kamer van Brussel.

<sup>17</sup> Bestuurder van de Kamer van Henegouwen, Namen, Waals-Brabant.

<sup>18</sup> Voorzitter van de Kamer van Luik en Luxemburg.



gedeelte van het land en verenigt diverse vertegenwoordigers van de eerste lijn, niet alleen HA's: het gaat ook om vertegenwoordigers uit de thuishulp, van de apothekers, de kinesisten, de tandartsen, de kringen, de medische huizen, de medische syndicaten, de verpleegkundigen en de lokale medische netwerken. Voor de BVAS is de Kamer van Luik-Luxemburg toetreden als stichtend lid. Het voorwerp is tamelijk vergelijkbaar met dat van het CMG, behalve dat het uitgebreid is tot alle eerstelijnszorgen en gezamenlijke standpunten wil bereiken tegenover de AViQ<sup>19</sup>, na de bevoegdheidsoverdrachten in het kader van de 6e Staatshervorming.

Verder heeft deze nieuwe vzw het beheer van het project "e-santé Wallonie" gerecupereerd<sup>20</sup>. Dit project - gefinancierd door het Waals Gewest en door het RIZIV - werd sinds einde 2015 en tot nu beheerd door de FAG<sup>21</sup> (later, in 2017, FAGW geworden). Bedoeling van dit project is opleidingen te geven aan huisartsen (en andere eerstelijnsverleners) met betrekking tot de informatisering van hun beroep.

We kunnen dit alleen maar vaststellen; we vragen ons af wat het nut is van verveelvoudiging van structuren binnen de huisartsenpraktijk. De BVAS heeft weliswaar beslist ze te integreren, maar was allerm minst vragende partij voor een dergelijke juridische formalisering; voor de BVAS volstonden de informele vergaderingen zoals ze de laatste jaren bestonden.

➤ Nog steeds in het Waals Gewest werd in 2018 voortgegaan met **de vergaderingen in het kader van het CoMIng-project (Collaboration Médecins-Infirmiers généralistes)**, vroeger bekend als Assisteo, die in het 2e semester 2016 werden gestart en die in 2018 werden voortgezet. Zoals bekend was de uitvalshoek de financiering - net zoals bij Impulseo-hulp, de hulp vanwege een verpleegkundige aan de huisarts.

Na de eerste vergaderingen werd beslist om via een zoekactie te werken. Het gevolg hiervan was dat het budget dat het Waals Gewest voor dit project had voorzien, uit de handen van de HA's werd gehaald en werd overgedragen aan het universitaire team dat met deze studie is belast. De resultaten van deze zoekactie zullen pas in 2019 bekend zijn; daarna moeten ze nog concreet vertaald worden in de praktijk van de HA.

➤ In Vlaanderen is men bezig aan een ambitieuze **hervorming van de eerste lijn met als doel** : de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal stellen. Deze hervorming startte met vele overlegmomenten en werkgroepen, zowel op lokaal als op regionaal niveau. Dit mondde uit in de beleidsvisietekst neergelegd op de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017. Vele elementen uit de politieke visietekst zijn in 2018 in de praktijk gebracht: vele veranderingsteams en -fora om tot eerstelijnszones te komen kregen gestalte via een bottom-up proces. Ook legistiek is men van start gegaan met de hervorming. Op 7 december 2018 hechtte de Vlaamse regering voor de tweede maal haar goedkeuring aan het nieuwe Vlaamse eerstelijnsdecreet. Na de behandeling en bespreking van het advies van de Raad van State kan de Vlaamse regering het decreet eind januari indienen in het Vlaams Parlement, zodat het in het voorjaar 2019 kan worden goedgekeurd door het Vlaams Parlement.

Het programmamanagement voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg heeft projecten gedefinieerd die het mogelijk moeten maken om deze hervorming op het terrein te realiseren. 8 projecten zijn momenteel van start gegaan.

---

<sup>19</sup> AViQ staat voor "Agence pour une Vie de Qualité" en is het organisme van openbaar nut dat in het Waals Gewest bevoegd is na de overdracht van competenties door de 6e Staatshervorming.

<sup>20</sup> Dit gaat van start vanaf 2019.

<sup>21</sup> Forum des Associations de Médecins généralistes, met daarin de HA-kringen. De "W" werd toegevoegd als gevolg van de bevoegdheidsoverdracht, om Wallonië te identificeren.

## **1. Afbakening en opstart werking van de eerstelijnszones**

Na een uitgebreid bottom-up proces waarbij aan een groot aantal partners in de eerstelijnszorg gevraagd werd om eerstelijnszones te vormen, zijn uiteindelijk 60 eerstelijnszones afgebakend: 59 in Vlaanderen en 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De Vlaamse Regering aanvaardde in juli 2018 deze eerstelijnszones en gaf hen de opdracht tot het installeren van voorlopige zorgraden.

## **2. Oprichting Vlaams Instituut voor de Eerste lijn**

De projectgroep voor het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn, kortweg VIVEL, heeft op basis van de beleidsvisietekst een voorstel van opdrachtoomschrijving uitgewerkt. De omschreven taken uit de beleidsvisietekst zijn nu gegroepeerd onder 6 titels:

- Het ontsluiten en samenbrengen van informatie en data en die op een actieve manier ter beschikking stellen aan alle actoren in de eerste lijn
- Ontwikkelen van strategieën, methodieken en implementatietools voor de ondersteuning (van de organisatie) van de eerstelijnszorg
- Advisering, coaching, vorming en sensibilisering
- Stimuleren van innovatie
- Creëren en opvolgen van toegankelijkheid en kwaliteit van de eerstelijnszorg in Vlaanderen
- Advisering van de Vlaamse overheid

VIVEL werd officieel opgericht op 14 januari 2019.

## **3. Ondersteuning eerstelijnspraktijkvormen en werken aan meer zorgcapaciteit in de eerste lijn**

De werkgroep multidisciplinaire praktijkvormen heeft de criteria nader onder de loep genomen om toekomstige prioritaire zones m.b.t. het impulsfonds af te stemmen op de zorgzwaarte en het zorgaanbod. De werkgroep werkt aan een plan om voor de eerstelijnspraktijkvormen het pad naar integrale zorg te effenen.

## **4. Zorgcoördinatie en casemanagement in relatie tot financiering multidisciplinair overleg**

De concrete uitwerking van zorgcoördinatie en casemanagement, inclusief criteria voor terugbetaling van zorgcoördinatie, wordt momenteel verder uitgewerkt met de projectgroep binnen het Vlaamse reorganisatieprogramma.

## **5. Uitbouw geïntegreerd breed onthaal**

In dit project wil men een herkenbare toegang tot hulp bij vragen over zorg en welzijn realiseren, waarbij een tekort aan bescherming, omwille van de moeilijke toegang tot sociale maatregelen, wordt tegengegaan.

## **6. Mantelzorg als volwaardige partner in de eerstelijnszorg**

## **7. Communicatie over reorganisatieproces en zorg in Vlaanderen**

## **8. Platform Welzijn en Gezondheid**

➤ Als gevolg van de 6e Staatshervorming is **Impulseo** – een geheel van maatregelen om huisartsen aan te moedigen om zich te vestigen – sinds 1 juli 2014 een bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten (gemeenschappen, gewesten of gemeenschapscommissies).



De Brusselse Kamer van de BVAS heeft in 2018 deelgenomen aan meerdere vergaderingen die werden georganiseerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), om enerzijds de **samenwerkingsovereenkomst tussen de GGC en de ondersteuningsstructuren voor 2019**, en anderzijds het **koninklijk besluit tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde** te wijzigen. Deze wijzigingen treden – wat het besluit aangaat – vanaf 1 januari 2020 in werking.

De wijzigingen aan de overeenkomst bepalen dat de huisarts voortaan een begeleiding kan genieten vanaf de prille conceptie van zijn plan, terwijl dat vroeger pas vanaf het moment van zijn vestiging was.

De wijzigingen vereenvoudigen het administratieve aspect van de begeleiding: de controlebezoeken van de ondersteuningsstructuren aan het kabinet van de arts zijn niet meer verplicht.

Wat de wijzigingen aan het Impulseo-besluit aangaat (die in 2020 in werking zouden moeten treden), is voorzien om het concept van de wijken met een artsentekort in Brussel in te voeren. Het zou gaan om een dertigtal wijken op 115. In die wijken krijgt de arts een aanvullende premie van 15.000 euro, terwijl de huidige vestigingspremie van 25.000 euro wordt verminderd tot 15.000 euro. De premie van 15.000 euro (wijk met artsentekort) komt bovenop de basispremie van 15.000 euro (m.a.w. een totaal van 30.000 euro voor de arts die zich in een wijk met artsentekort vestigt).

De premie-aanvraag moet uiterlijk 18 maanden na de vestiging worden ingediend. De huidige tekst definieert in feite geen termijn, zodat sommige artsen deze premie pas 5 jaar na hun vestiging aanvragen. Dit is echter strijdig met de geest van het besluit.

## 4. De ziekenhuishervorming

Onze activiteitenverslagen bespreken al enkele jaren de ziekenhuishervorming die minister Maggie De Block heeft gelanceerd. Initieel werd deze aangekondigd rond meerdere krachtlijnen. Sommige werden uiteindelijk naar de achtergrond verwezen, zodat de hervorming zich concentreert rond 3 fundamentele assen<sup>22</sup>:

1. De invoering van een forfaitaire financiering voor de pathologieën met lage variabiliteit;
2. De netwerkvorming van de ziekenhuizen met, meer bepaald, de invoering van een Medische Raad van het Netwerk;
3. De financiering volgens de performance (programma P4P).

### 4.1. Gegroepeerde financiering voor laagvariabele ziekenhuiszorg

Deze krachtlijn is de verst uitgewerkte van de hervorming vermits de Wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg op 26 juli 2018 werd gepubliceerd, met inwerkingtreding van de tekst op 1 januari 2019. Op deze tekst volgden de publicatie, op 18 december 2018, van het KB van 2 december 2018<sup>23</sup> tot uitvoering van deze wet en de publicatie, op

---

<sup>22</sup> Voor meer details van deze 3 krachtlijnen verwijzen we naar het Activiteitenverslag 2017. Dit activiteitenverslag brengt immers een uitgebreid relaas van de recentste versies van de teksten zoals ze dan beschikbaar waren (op 30 maart 2018) voor wat de financiering en de netwerking aangaat. Er resten overigens slechts minieme wijzigingen tussen de versie die we in het Activiteitenverslag 2017 hebben voorgesteld, en de tekst die in juli 2018 werd gepubliceerd aangaande de financiering. Wat de P4P aangaat, werden de criteria 2018 die toen besproken werden, ook al voorgesteld in ons vorige rapport.

<sup>23</sup> Dit KB omvat een reeks nomenclatuurcodes die niet worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname (GPBO), en die dus vanaf 1 januari 2019 aangerekend blijven worden zoals daarvoor, bovenop het GPBO.

31 december 2018, van het globaal prospectief bedrag per opname voor 2019. Intussen had het RIZIV op 17 december 2018 een omzendbrief naar de verschillende ziekenhuizen gestuurd om te proberen enige verduidelijking toe te voegen voor de toepassing van de teksten.

Bij elke versie van het ontvangen ontwerp (zelfs toen het enkel om “conceptnota’s” ging) heeft de BVAS de tekst geanalyseerd en becommentarieerd. Hoewel de BVAS initieel geen vragende partij was voor een dergelijke hervorming, heeft ze actief meegewerkt aan de debatten, meer bepaald door haar juridische analyses te bezorgen, door deelname van dr. Moens, dr. de Toeuf en dr. Devos aan het Overlegcomité voor de hervorming, opgericht door de minister<sup>24</sup>, door de organisatie van seminaries rond dit thema en door de presentatie van de hervorming aan de Medische Raden van de aangesloten ziekenhuizen.

Men kan in dit verband stellen dat de BVAS andermaal de strijd heeft gewonnen voor de meeste van haar eisen. De artsen behouden het recht om supplementen aan te rekenen op de forfaitaire honoraria van de laagvariabele zorg, en elke zorgverlener zal objectief worden ingelicht over zijn deel in de forfaitaire honoraria.

Bij de vaststelling van mogelijke problemen, eigen aan bepaalde medische specialiteiten, na de invoering van dit nieuwe financieringssysteem, heeft de BVAS deze specialisten<sup>25</sup> overigens gesteund in de verdediging van de bijzonderheden van hun situatie.

Na de publicatie van de wet in juli 2018, kregen de BVAS-juristen moeilijke vragen van onze leden te verwerken<sup>26</sup> met betrekking tot het begrijpen en het toepassen van de nieuwe norm. Er kon alleen

---

<sup>24</sup> Meer informatie over deze groep in de vorige activiteitenverslagen.

<sup>25</sup> Wij denken bijvoorbeeld aan de anesthesisten bij een bevalling. Voor de pediaters was er - bij gebrek aan gevonden oplossing vóór de publicatie van de teksten - geen andere dan beroep aan te tekenen. Bij hen gaat het om de afwezigheid van individualiteit van een boreling die enkel bestaat als “appendix” van de moeder en die dus het lot van zijn moeder deelt bij de vraag of zijn gezondheidstoestand nog past in het kader van de laagvariabele zorgen, dan wel ernstiger is en dus de moeder (en dus ook het kind) hieruit weghaalt. Er wordt dus enkel rekening gehouden met de toestand van de moeder, niet die van het kind, om te bepalen of al dan niet het globaal prospectief bedrag wordt toegepast. De BVAS heeft beslist om dit beroep van de pediaters financieel te steunen.

Er zijn diverse beroepen hangende voor de rechtscolleges:

1. Beroep ingediend door de pediaters, voor annulering van artikels 2, 8°, 3, 4, 6 en 7 van de wet van 19 juli 2018 betreffende gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (Belgisch Staatsblad 26 juli 2018) voor het grondwettelijk hof (BS 12.03.2019);
2. Beroep ingediend door de anesthesisten, vasculair chirurgen, intensivisten, cardiologen, chirurgen, pediaters en VAS Kortrijk, voor annulering van het KB van 02.12.2018 tot uitvoering van de LVZ-wet, voor de Raad van State (BS 22.03.2019);
3. Beroep bij de Raad van State vanwege de anesthesisten, vasculair chirurgen, intensivisten, cardiologen, pediaters en VAS Kortrijk, voor annulering van:
  - a. *“de bekendmaking van 21 december 2018 van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019, zoals door het RIZIV gedaan in het Belgisch Staatsblad van 31 december 2018 (...),*
  - b. *de eerste gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, door het RIZIV op een onbekende datum meegedeeld aan de ziekenhuizen, en begin januari 2019 verschenen op de RIZIV-website (...),*
  - c. *de tweede gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, door het RIZIV op een onbekende datum meegedeeld aan de ziekenhuizen, en omstreeks einde januari, begin februari 2019 verschenen op de RIZIV-website (...),*
  - d. *evenals de mededeling van het RIZIV op 14 februari 2019 over de manier om het globaal prospectief bedrag per opname te verdelen”.*

<sup>26</sup> Kan men afwijken van de verdeling van het globaal bedrag zoals opgegeven door het RIZIV? En indien ja, wie mag dat dan beslissen? Hoe wordt het bedrag verdeeld, toegekend voor een nomenclatuurcode voor een niet-geleverde prestatie die echter opgenomen is in het forfaitaire globale bedrag, indien de richting die deze code kan aantonen, al dan niet bestaat binnen het ziekenhuis? ....

maar worden vastgesteld dat de tekst onduidelijk is. Het bestuur beloofde dan een omzendbrief om de dingen te verduidelijken.

De BVAS stelde begin december 2018 (nauwelijks 2 weken voor inwerkingtreding) vast dat enerzijds de reeks teksten (o.a. de omzendbrief) die nodig waren voor de invoering van dit nieuwe systeem - dat nochtans enorme wijzigingen inhoudt voor de artsen en voor de facturatie door de ziekenhuizen - niet gepubliceerd geraakten<sup>27</sup>, en dat anderzijds vele (hoger geciteerde) juridische vragen rezen inzake de concrete toepassing van deze nog ontbrekende teksten. De BVAS vroeg daarom op 13 december 2018 per brief de minister en M. De Cock om de inwerkingtreding van de wet betreffende de laagvariabele zorg minstens een trimester uit te stellen. Deze vraag, die werd bijgetreden door alle ziekenhuiskoepels, vond geen gehoor bij mevr. de Block en de administrateur-generaal van het RIZIV.

Merk op dat de officiële autoriteiten desondanks rekening hebben gehouden met de vrees die BVAS had geuit, vermits het RIZIV een Werkgroep “laagvariabele zorg” heeft opgericht, precies om de diverse vragen vanuit de concrete toepassing van de nieuwe normen te beantwoorden. Deze werkgroep kon tijdens zijn vergadering van begin februari 2019 al antwoorden geven op de meeste vragen die tot dan bestonden. Deze werkgroep zal geregeld moeten bijeenkomen; in 2019 zullen ook subgroepen opgericht worden voor bepaalde specialismen zoals de cardiologie en de pathologische anatomie.

#### 4.2. Netwerkvorming en governance voor ziekenhuizen <sup>28</sup>

In tegenstelling tot de hervorming van de financiering geraakte de tekst over de netwerkvorming van de ziekenhuizen niet klaar voor einde 2018<sup>29</sup>; die periode werd voorts gekenmerkt door de val van de regering die daarop in lopende zaken ging tot de komende verkiezingen van mei 2019.

De enige officiële concretisering van 2018 in dit dossier was de ondertekening op 5 november 2018<sup>30</sup> van het Protocolakkoord voor de goedkeuring van de verdeling van het maximumaantal van 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken over de bevoegde entiteiten<sup>31</sup>.

Net zoals bij de financieringshervorming was de BVAS initieel geen vragende partij, maar heeft ze in dit dossier maanden en zelfs jaren hard gewerkt om een compromis te vinden dat aanvaardbaar is voor onze vereniging.

Ook voor dit aspect van de hervorming volgden de verschillende tekstversies elkaar het hele jaar op. En ook hier heeft de BVAS elke ontvangen versie van het project geanalyseerd en becommentarieerd. De BVAS heeft andermaal actief deelgenomen aan de debatten, meer bepaald door haar juridische analyses te bezorgen, door deelname van dr. Moens, dr. de Toeuf en dr. Devos aan het Overlegcomité voor de hervorming, opgericht door de minister<sup>32</sup>, door de organisatie van seminaries rond dit thema,

---

<sup>27</sup> De vertraging in de publicaties van de teksten had met name te maken met de door de wet zelf opgelegde termijn. Artikel 7 in fine van de wet bepaalt namelijk dat het globaal prospectief bedrag moet worden meegedeeld vóór 1 december van het jaar dat voorafgaat aan de toepassing van de bedragen.

<sup>28</sup> In deze context onthouden we de discussies van 2018 over de invoering van zorgconcentratie voor onze overheden, voor chirurgie van slokdarm- en pancreaskankers. Het betreft supraregionale zorgmissies.

<sup>29</sup> Het wetsontwerp ‘netwerking’ werd op 14 februari 2019 goedgekeurd door het Parlement in plenaire zitting, en wordt daarom ook “Valentijnsakkoord” genoemd. De tekst werd uiteindelijk op 28 maart 2019 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De BVAS had de betrokken politici na de val van de regering schriftelijk opgeroepen om de tekst voor het einde van de legislatuur te publiceren gezien het enorme werk dat hiervoor was verricht.

<sup>30</sup> Dit protocol werd pas op 16 januari 2019 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

<sup>31</sup> Samengevat zullen er maximaal 13 ziekenhuisnetwerken mogen zijn in het Vlaams Gewest, maximaal 8 ziekenhuisnetwerken in het Waals Gewest en maximaal 4 ziekenhuisnetwerken op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waarbij echter ook ziekenhuizen van buiten het gewest in kwestie aangesloten kunnen zijn.

<sup>32</sup> Meer informatie over deze groep in de vorige activiteitenverslagen.

door de presentatie van de hervorming aan de Medische Raden van de aangesloten ziekenhuizen, en door de auditie van dr. de Toeuf voor de Kamer van Volksvertegenwoordigers van het Federale Parlement in november 2018. Noteer ook de medewerking van BVAS-afgevaardigden aan de werkgroep voor de Medische Raden van de Netwerken in het kader van het Nationale Paritaire Comité Ziekenhuizen<sup>33</sup> teneinde de minister te adviseren.

In die context is de BVAS bijzonder verheugd dat de **deelname van de artsen aan het beheer van de ziekenhuisnetwerken** nu structureel in de wet is ingeschreven. De minister heeft hiermee geantwoord op een eis die de BVAS meermaals op tafel heeft gelegd. In het kader van de discussies over de ziekenhuisnetwerken heeft de BVAS namelijk vanaf het begin permanente waarborgen gevraagd voor de strategische en operationele betrokkenheid van de artsen in het beheer van de ziekenhuizen en op te richten ziekenhuisnetwerken. Minister De Block heeft het model van consensus tussen de medische raad en de beheerder (voorgesteld door de BVAS) aanvaard. Zo kunnen 16 van de 18 punten van artikel 137 van de wet op de ziekenhuizen worden goedgekeurd met eenvoudige meerderheid aan de kant van de raad van bestuur en van de medische raad van de nieuwe ziekenhuisnetwerken. Het betreft onder meer de punten omtrent de benoeming van de hoofdarts, de vaststelling van de behoeften inzake medische apparatuur, aankopen en vernieuwing hiervan, tot de sluiting of de verhuizing van diensten. De betrokkenheid van de artsen zal in de toekomst dus veel belangrijker zijn. De BVAS zal alles in het werk stellen opdat deze bepaling volledig kan worden uitgevoerd, in intens overleg met de ziekenhuisnetwerken.

Voor de BVAS is de officiële inwerkingtreding van de ziekenhuisnetwerken op 1 januari 2020 een belangrijke stap. De artsen op het terrein zullen eindelijk plannen kunnen uitwerken om een echte samenwerking te ontwikkelen om de kwaliteit van de zorgverlening voor de patiënt te handhaven en/of te verbeteren. Voorbeelden uit het buitenland tonen overigens aan hoezeer de zorgkwaliteit gedijt als de artsen deelnemen aan het beheer van de ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken. Uiteindelijk is de patiënt de grote winnaar.

### 4.3. Betaling per volgens de performance

De Werkgroep die aan de minister de prestatie-indicatoren moet voorstellen, evenals een methode voor berekening van de financiële vergoeding (werkgroep waarin dr. de Toeuf zetelt namens de BVAS) is het hele jaar 2018 blijven vergaderen.

In januari 2018 valideerde de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen het voorstel van een reeks indicatoren en de financieringsmethode die de Werkgroep voor 2018 voorstelde.

In april 2018 werd een officiële nota naar de ziekenhuizen gestuurd om deze het systeem en de indicatoren voor te stellen en ze uit te nodigen om vanaf juli 2018 deel te nemen. Een budget van bijna 6 miljoen euro per jaar werd vanaf 2018 beschikbaar gesteld voor het P4P-beleid. Dit zal worden toegewezen via het budget van de financiële middelen.

Einde 2018 heeft de Werkgroep zijn voorstel van indicatoren voor 2019 uitgevaardigd.

---

<sup>33</sup> De eerste vergadering van de werkgroep vindt plaats in maart 2019.

## 5. Toekomst van de artsen in opleiding

### 5.1. Voorstel tot wijziging van het assistentenstatuut om hen recht op pensioen en op werkloosheid te geven

De BVAS heeft altijd gepleit voor de verbetering van het sociaal statuut van de huisartsen en artsen-specialisten in opleiding.

➤ In een brief van 29 juni 2018 aan de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Maggie De Block, en van Werkgelegenheid, Kris Peeters, klaagde de BVAS aan dat de stagejaren van assistenten nog altijd niet worden meegerekend voor het **recht op werkloosheidsuitkering**, en dit in tegenstelling tot andere vrije beroepen waar na afloop van de studies een stage gepresteerd moet worden. Bij die andere beroepen verloopt deze stage in een statuut van zelfstandige of loontrekkende, en niet in het kader van een statuut sui generis zoals bij de artsen. Bij die andere vrije beroepen gelden deze stageperiodes dus als de naleving van een “stage voor beroepsinschakeling”, noodzakelijke voorafgaande voorwaarde om een werkloosheidsvergoeding te kunnen trekken.

➤ Wat de **pensioenrechten** aangaat, heeft het RIZIV op de NCAZ van 12 november 2018 (de “medicomut”) een berekeningsmodel voorgesteld om de assistenten een pensioen te kunnen toekennen<sup>34</sup>.

Bij de loontrekkers zijn de bijdragen die het mogelijk maken om rechten op een wettelijk pensioen te openen, samengesteld uit een werkgevers- en een werknemersgedeelte. In dit geval willen de assistenten – die vragende partij zijn voor een pensioen – niet dat hun “loon” op die manier wordt afgeroomd. Het RIZIV stelt daarom voor dit gedeelte dan te heffen op het sociaal statuut van de assistenten dat het gevolg is van hun toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen. Het werkgeversgedeelte zou dan, volgens het RIZIV-voorstel, worden afgenomen van de index van de honoraria van alle artsen, stagemeeester of niet.

Het voorstel lokt in zijn huidige staat diverse commentaren uit, vooral wat betreft het financiële aspect ervan; het ten laste leggen op de index bestemd voor de honoraria van de artsen of deze nu stagemeeesters zijn of niet en terwijl ze veeleer een rol van opleider dan van werkgever vervullen; en dat alles in het vooruitzicht van de aangekondigde evoluties van het systeem, onder meer naar een pensioen met een puntensysteem.

De Raad van Bestuur van de BVAS verwierp dit RIZIV-voorstel op 06.02.2019.

Een werkgroep werd belast met de analyse van de kwestie en in maart 2019 aan de slag.

---

<sup>34</sup> Nota 2018/120 NCAZ.

## 5.2. Numerus clausus en contingentingsattest: BVAS en CIUM<sup>35</sup> op één lijn

In het tweede semester van 2018 was er opnieuw veel te doen rond de intentie van minister De Block om contingentingsattesten in te voeren bij de afronding van de studies geneeskunde. Het aantal zal identiek zijn aan het aantal beschikbare RIZIV-nummers om de invoering van een ondoeltreffende filter in de Franse Gemeenschap te counteren. Immers: hoewel het ingangsexamen werd ingevoerd in 2017, was het aantal geslaagde studenten voor dit examen in 2018 bijna het dubbele van het aantal beschikbare RIZIV-nummers. De student zou dit contingentingsattest verplicht op zak moeten hebben om zijn stage te kunnen starten en een RIZIV-nummer te krijgen.

In een brief van 30 oktober 2018 aan de federale minister van Volksgezondheid, Maggie De Block, en aan de minister van de Franse Gemeenschap Jean-Claude Marcourt, bevoegd voor Hoger Onderwijs, dringen de BVAS en de koepelorganisatie van de Franstalige studenten (CIUM) aan op een numerus fixus voor de geneeskundestudenten in de Fédération Wallonie-Bruxelles.

Beide organisaties stellen voor om een eenmalige numerus fixus op te leggen aan de studenten die in de loop van academiejaar 2018-2019 aan deze studies begonnen zijn, en dit na het 1e jaar (dus in juni 2019), om het surplus van 500 studenten in deze cohorte weg te werken. In 2018 slaagden immers meer dan 1.000 studenten in dit ingangsexamen geneeskunde, terwijl de federale quota slechts recht geven op 505 artsenaanvaarden. Eén op twee geslaagden zal na zes jaar studies dus géén RIZIV-nummer krijgen. Deze toestand is “onaanvaardbaar en onmenselijk” volgens de BVAS en de CIUM. De twee organisaties zijn in de plaats hiervan voorstander van een eenmalige numerus fixus voor de studenten van deze cohorte, na het 1e studiejaar, met uitwegen naar andere domeinen dan de geneeskunde. Zo zou men drama's voorkomen: zes jaar studeren en dan géén RIZIV-nummer krijgen!

De BVAS en de CIUM vragen ook een dringende maatregel voor de cohorte 2019-2020. De ministers De Block en Marcourt moeten erover waken dat de studenten die slagen in hun ingangsexamen en die hun studies voltooien, de garantie hebben dat er daarna een RIZIV-nummer voor hen klaar ligt. Parallel hiermee moet de Fédération Wallonie-Bruxelles zich engageren tot het respecteren van de federale quota vanaf 2019-2020. Het volstaat niet een ingangsexamen te organiseren. Er is een numerus fixus nodig, via een wedstrijd voor de studenten van de Fédération Wallonie-Bruxelles. Vooral omdat vanaf dit jaar de negatieve 'lissage' (afscheren, gladstrijken) begint. Voor wie in 2018 het eerste jaar doet, zullen er immers 102 nummers minder beschikbaar zijn vermits deze werden gebruikt om de nummers voor eerdere afstudeerders te garanderen.

Globaal stelt de BVAS het volgende voor:

- **Noodzaak van een filter op de studies.** Momenteel dienen zich in België elk jaar 10.000 personen voor het examen aan: we kunnen zoveel studenten niet opleiden, zowel wegens de kostprijs als wegens de logische vermindering van de kwaliteit van de opleiding. Zelfs als slechts een derde van deze studenten de eindmeet zou bereiken, zou dit een overschot in het aanbod creëren, een risico van kwaliteitsverlies in de zorgverlening aan patiënten én meerkosten voor de sociale zekerheid.
  - Deze filter kan slechts doeltreffend zijn als hij steunt op exacte en dynamische gegevens. In dit verband verwelkomen en respecteren we het werk van de Planningscommissie die in haar voorlopige model een hele reeks elementen heeft geïntegreerd zoals feminisering, deeltijds werk, pensioneringen, niet-curatieve artsen, enz.

---

<sup>35</sup> Comité interuniversitaire des étudiants en médecine.

- Het ingangsexamen zoals het vandaag door M. Marcourt wordt voorgesteld in de Franse Gemeenschap, respecteert deze cijfers niet, vermits het 1.140 studenten voor 505 plaatsen heeft laten passeren. Zelfs rekening houdend met afhakers tijdens de opleiding (ong. 15%) is er een groot risico om te veel afstudeerders te hebben. Wij denken dus dat M. Marcourt absoluut op korte termijn, nog voor het begin van het academiejaar in september 2019, eeningangswedstrijd moet invoeren in plaats van het examen, om te voorkomen dat het aantal overtollige afstudeerders nog toeneemt.
- Op middellange termijn moet worden nagedacht over de hervorming van de toegang tot de studies. Bijvoorbeeld in de vorm van een bachelor in biomedische wetenschappen, zoals voorgesteld door de CIUM. Een werkgroep van de Franse Gemeenschap zou die taak moeten aanpakken zodra een nieuwe regering gevormd is, en het federale niveau uitnodigen voor een overleg in een interministeriële conferentie.
- Verder is een **correcte regulering nodig voor de komst van buitenlandse artsen**, met respect voor het vrije verkeer van personen in Europa. In dit verband steunen wij als minimum het idee van een voorafgaand examen voor de buitenlandse confraters, met een deel over de kennis van de taal en een deel over de kennis van het Belgische gezondheidszorgsysteem<sup>36</sup>.
- Tot slot willen we het werk voor **erkenning van de huisarts versterken**, zijn vestiging in wijken met artsentekort steunen, het beleid van de Fédération Wallonie Bruxelles voortzetten om de subquota in de huisartsenpraktijk te openen om hun aantal te verhogen en alle initiatieven te valoriseren die dit vak de nodige adelbrieven geeft.

### 5.1. Vergoedingen voor de stagemeeester van kandidaat-specialisten buiten de universitaire ziekenhuizen

De publicatie van het KB van 11.06.2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten (BS 25.06.2018), van kracht sinds 05.07.2018 met terugwerkend effect tot 28.08.2017, vormt een echte overwinning voor de BVAS, om een financiering te verkrijgen voor de stagemeeesters uit de niet-universitaire ziekenhuizen (die van hun kant al gefinancierd worden via het B7 van BFM).

Deze maatregel vloeit voort uit de onversaagde strijd die de BVAS al 4 jaar levert in de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen en sinds ruim twee jaar in het RIZIV, in het kader van de Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

De vergoeding is, voor de referentiejaren 2016 en 2017, vastgesteld op 1510,57 euro per volledige kalendermaand effectieve stagebegeleiding, ongeacht het aantal kandidaten in professionele opleiding. De BVAS zal ervoor blijven ijveren dat deze financiering in de toekomst ook rekening houdt met het aantal opgeleide assistenten.

---

<sup>36</sup> In dit verband verwijzen we enerzijds naar wat we hierover schreven in het kader van het wetsontwerp aangaande de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, en anderzijds naar het wetsontwerp tot wijziging van de wet van 2015 aangaande de gezondheidszorgberoepen (vroegere KB nr. 78) dat de toegang van artsen van buiten de EU tot het Belgische grondgebied voor een uitzonderlijke ingreep, om een opleiding te volgen of zich te vestigen wil beperken.



## 6. Syndicale verkiezingen 2018: “Geef toe, u denkt zoals wij”

### 6.1. Het verkiezingsprogramma van de BVAS

Om de 4 jaar zijn er syndicale verkiezingen. 2018 was zo’n jaar. De medische verkiezingen 2018 moesten in feite starten op donderdag 7 juni 2018 en eindigen op dinsdag 26 juni 2018, middernacht.

Begin mei lanceerde de BVAS haar verkiezingscampagne met de slogan: “Geef toe, u denkt zoals wij” Deze slogan gaat uit van de vaststelling dat vele artsen zich herkennen in onze waarden en ideeën. Onze campagne trachtte hen dit te doen inzien.

Samen met deze slogan communiceerde de BVAS haar actieplan voor de komende 4 jaar. **Ons programma is opgebouwd rond 20 punten**<sup>37</sup>:

1. Huisarts heeft centrale rol
2. Medebeheer van artsen
3. Beter veiligheid voor artsen
4. Een kwalitatieve opleiding met verbeterd sociaal statuut
5. Een degelijk eindeloopbaanbeleid
6. Steun aan bestaande wachtposten, maar huisartsenkringen beslissen over hun functionering en of er nog bij komen
7. Meer transparantie in de zorg
8. Informatisering ten dienste van arts en patiënt
9. Betaalbare software voor alle artsen
10. Respect voor de arts
11. Beter evenwicht tussen werk en privé
12. Het voorschrift beperkt tot artsen
13. Correcte financiering voor opleiding alle artsen
14. Oplossing voor dubbele cohorte
15. Voor een gezondheidsbeleid dat we willen doorgeven
16. Voor een verenigde beroepsverdediging
17. Toepassing spilindex op artsenhonoraria
18. Vergaderen: niet langer pro deo
19. Plaats voor de arts
20. Voor een sterke belangenverdediging

Om dit verkiezingsprogramma op te stellen en zich ervan te vergewissen dat dit overeenstemde met de verwachtingen van de artsen op het terrein, hield de BVAS eerst een **grote nationale enquête**<sup>38</sup> bij de huisartsen en specialisten. De bevraging vond op verzoek van de BVAS plaats tussen 30 maart en 24 mei 2018, door de groep RMN. Wij kunnen deze resultaten zonder twijfel als relevant beschouwen, vermits we op de medewerking van 1.295 deelnemers mochten rekenen.

Parallel met dit nationale globale programma (huisartsen en specialisten samen) stelden de Franstalige huisartsen ook een “**Livre Blanc des MG francophones**” (**Witboek Franstalige HA’s**) op. In dit document pleiten de Franstalige HA’s van de BVAS o.a. voor versterkte aantrekkelijkheid van hun beroep, veiligheid, vrijheid, kwaliteit, respect en vereenvoudiging van de administratieve maatregelen. Ze nemen ook standpunten in over het praktijktype (solo, groep tot multidisciplinair), Impulseo en

<sup>37</sup>Het volledige programma en de details van de 20 punten vindt u op de website van BVAS: <https://www.absym-bvas.be/medische-verkiezingen-2018/kiesprogramma>

<sup>38</sup> Voor een synthese van de resultaten van dit onderzoek raadpleegt u het persbericht van 1 juni 2018, beschikbaar via de volgende link: <https://www.absym-bvas.be/persberichten/2018>



CoMIng, de wachtposten, eHealth, onderling respect tussen confraters, de opleiding, de accreditering, het sociaal statuut van het akkoord artsen-ziekenfondsen voor de 65-plussers, de verantwoordelijkheid van de patiënt, de nomenclatuur, de numerus clausus, het GMD en het type betaling (forfaitair of volgens prestatie).

Onze campagne was mee met haar tijd: ze werd gelanceerd in de **traditionele media** maar ook op de **sociale netwerken**, en dit in **schriftelijk en videoformat**, met interventies van meerdere BVAS-**boegbeelden**<sup>39</sup>.

Bij deze gelegenheid werd **het DNA van de BVAS** samengevat in 4 vragen:

- Kiest u voor een syndicaat dat huisartsen en specialisten, jong en oud verenigt en samenbrengt?
- Wilt u meer ruimte voor individueel initiatief?
- Ziet u forfaitaire honoraria als interessante aanvullingen maar blijft voor u de betaling per prestatie primeren<sup>40</sup>?
- Bent u voorstander van een gelijk speelveld voor alle praktijkvormen, met dezelfde rechten en plichten?

## 6.2. Technische problemen met betrekking tot elektronisch stemmen

De BVAS heeft er een erezaak van gemaakt om alle artsen via persberichten en diverse mededelingen aan te moedigen om deel te nemen aan de verkiezingen. Voor het eerst kon immers elektronisch gestemd worden, via de beveiligde web-applicatie van het RIZIV. De arts moest hiertoe beschikken over zijn elektronische identiteitskaart, de bijbehorende pincode en het token (een cijfercombinatie) dat het RIZIV via de gewone post had toegestuurd.

Uiteindelijk gebeurde wat wij vreesden: wegens een reeks bugs in de informatica moesten de verkiezingen uitgesteld worden. De stemprocedure kon op 13 juni opnieuw gestart worden en werd verlengd tot 2 juli 2018.

Het RIZIV schakelde de tellers opnieuw op nul: alle reeds uitgebrachte stemmen werden vernietigd. Het eerder al via de gewone post toegestuurde 'token' bleef echter gelden, al bestond het risico dat al wie eerder al had gestemd, vóór de opschorting van de procedure, dat token intussen al had weggegooid. Het RIZIV deelde vervolgens mee dat de artsen die verbinding hadden gemaakt om hun stem uit te brengen, en die intussen hun token kwijt waren of vernietigd hadden, een nieuw exemplaar konden aanvragen via een bijzondere procedure op de RIZIV-website. Deze artsen moesten daarbij op erewoord verklaren dat ze niet meer over hun token beschikten. Na controle werden ze vervolgens individueel benaderd door het RIZIV.

Heel dit chaotische procedureverhaal deed vrezers dat er allicht een zwakke participatiegraad op til was. Er is immers geen stemplicht voor deze syndicale verkiezingen. De gedwongen overstap naar elektronisch stemmen - weliswaar verwelkomd door de meeste artsen van 'de jonge generatie' - is niet zo evident voor iedereen, meer bepaald voor al wie minder vertrouwd is met dergelijke procedure die

---

<sup>39</sup> In volgorde van verschijnen: Drs. Solange Nkonabang Tigna en David Simon, Sophie Vandendael en Philippe Devos, Gilbert Bejjani en Maxime Bersou, Pauline Op De Beeck en Bart Dehaes, Johan Blanckaert en Wim Debrabandere, Sophie Geurts en Wim Maurissen, Marc Moens en Jacques de Toeuf.

<sup>40</sup> Voor meer informatie over de werkzaamheden van de BVAS in de Medisch Technische Raad (MTR) aangaande de nomenclatuur, tijdens de periode 2014-2018, raadpleegt u de synthese van Dr. de Toeuf op onze website, via de link: <https://www.absym-bvas.be/nl/medische-verkiezingen-2018/werkzaamheden-van-de-bvas-in-de-technische-geneeskundige-raad-in-de-periode-2014-2018>

bovendien in werkelijkheid niet zo gemakkelijk is. De verzending van het token via de gewone post (i.p.v. aangetekend) heeft er ook toe geleid dat vele artsen in werkelijkheid niet de kostbare code hebben ontvangen die ze nodig hadden om te stemmen. Wie waakzaam genoeg was om dit op te merken, en bereid was het nodige te doen om er alsnog eentje te krijgen, kon alleen maar vaststellen dat dit een lijdensweg was. Vele dapperen die alle obstakels overwonnen om een eerste keer te stemmen, en die dan vernamen dat de tellers weer op nul stonden en alles te herdoen was (eventueel een nieuw token aanvragen), hebben op dat moment ongetwijfeld afgehaakt.

### **6.3. Resultaten en zwakke participatiegraad**

Als besluit van deze verkiezingen 2018 onthouden we dat slechts 12.139 artsen, of 23,98% van de 50.612 stemgerechtigde artsen, hun stem hebben uitgebracht. Het gaat meer precies om 21,75% van de 31.094 specialisten (namelijk 6.754 specialisten, erkend of in opleiding) en om 27,59% van de 19.518 huisartsen (of 5.385 huisartsen, erkend of in opleiding). De BVAS wenst net als het RIZIV betere organisatorische omstandigheden te creëren voor de syndicale verkiezingen van 2022, en dit vooral om de participatiegraad te verhogen.

Met 24,61% bij de huisartsen, 84,29% bij de specialisten en in totaal 57,81% van de stemmen is de BVAS onbetwistbaar de grote winnaar van deze hindernissenkoers, vermits we een zetel hebben kunnen recupereren in de afvaardiging van de huisartsen. Dankzij dit resultaat verovert de BVAS opnieuw de absolute meerderheid van 7 zetels op 12 in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen: 5 voor de specialisten en 2 voor de huisartsen. In het verzekeringscomité blijft de toestand ongewijzigd met 4 zetels op 7 voor de BVAS. Hoewel de BVAS ontnuchterd is door de zwakke 'opkomst' voor de medische verkiezingen, zijn we wel degelijk verheugd over het behoud van onze titel van meest representatieve organisatie van het Belgische medische corps. We zien bovendien een verhoging van het percentage BVAS-stemmen bij de huisartsen en de specialisten in vergelijking met onze scores van 2014.

MEDISCHE VERKIEZINGEN: PARTICIPATIE																		
	1998			2002			2006			2010			2014			2018		
	Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen		Verzonden	Ontvangen	
		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%
Algemeen geneeskundigen	16 919	11 755	69,50	17 872	10 341	57,90	17 832	8 031	45,03	17 904	9 149	51,10	18 266	7 852	42,99	19 518	5 385	27,59
Specialisten	20 464	14 659	71,60	22 218	12 241	55,10	24 038	11 398	47,42	25 747	12 160	47,23	28 083	9 548	34,00	31 094	6 754	21,72
Totaal	37 383	26 414	70,70	40 090	22 582	56,30	41 870	19 429	46,40	43 651	21 309	48,82	46 349	17 400	37,54	50 612	12 139	23,98

Tabel 1

MEDISCHE VERKIEZINGEN: RESULTATEN												
	1998		2002		2006		2010		2014		2018	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
ALLE ARTSEN												
BVAS	17 737	67,15	13 568	60,08	12 939	66,6	13 466	63,19	9597	55,16	7 018	57,81
KARTEL	8 381	31,73	8 336	36,91	5 713	29,4	5 628	26,41	3907	22,45	2 964	24,42
AADM	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	3603	20,71	2 037	16,78
Blanco	182	0,69	208	0,92	424	2,18	2 040	9,57	176	1,01	120	0,99
Ongeldig	114	0,43	470	2,09	353	1,82	175	0,82	117	0,67	-----	-----
ALGEMEEN TOTAAL	26 414	100	22 582	100	19 429	100	21 309	100	17400	100	12 139	100,00

Tabel 2

MEDISCHE VERKIEZINGEN: RESULTATEN												
	1998		2002		2006		2010		2014		2018	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Algemeen geneeskundigen												
BVAS	4 665	39,69	2 908	28,12	3 224	40,14	3 489	38,14	1902	24,22	1 325	24,61
KARTEL	6 937	59,01	7 148	69,12	4 255	52,98	3 806	41,6	2554	32,53	2 160	40,11
AADM	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	3300	42,03	1 853	34,41
Blanco	90	0,77	81	0,79	246	3,06	1 744	19,06	62	0,79	47	0,87
Ongeldig	63	0,53	204	1,97	306	3,82	110	1,2	34	0,43	-----	-----
TOTAAL	11 755	100	10 341	100	8 031	100	9 149	100	7852	100	5 385	100,00

MEDISCHE VERKIEZINGEN: RESULTATEN												
	1998		2002		2006		2010		2014		2018	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Artsen-specialisten												
BVAS	13 072	89,17	10 660	87,08	9 715	85,23	9 977	82,05	7695	80,59	5 693	84,29
KARTEL	1 444	9,85	1 188	9,71	1 458	12,79	1 822	14,98	1353	14,17	804	11,90
AADM	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	303	3,17	184	2,72
Blanco	92	0,63	127	1,04	178	1,56	296	2,43	114	1,19	73	1,08
Ongeldig	51	0,35	266	2,17	47	0,42	65	0,53	83	0,88	-----	-----
<b>TOTAAL</b>	<b>14 659</b>	<b>100</b>	<b>12 241</b>	<b>100</b>	<b>11 398</b>	<b>100</b>	<b>12 160</b>	<b>100</b>	<b>9548</b>	<b>100</b>	<b>6 754</b>	<b>99,99</b>

Tabel 4

Medische verkiezingen : resultaten en participatie - Samenvatting (in%)

Alle artsen	1998	2002	2006	2010	2014	2018
Resultaten						
BVAS	67,2	60,1	66,6	63,19	55,16	57,81
KARTEL	31,7	36,9	29,4	26,41	22,45	24,42
AADM	-----	-----	-----	-----	20,71	16,78
Blanco + Ongeldig	1,1	3	4	10,39	1,68	0,99
Participatie						
	70,7	56,3	46,4	48,82	37,54	100,00

Tabel 5

Medische verkiezingen : Verdeling van de 12 zetels in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen

Jaar	Huisartsen			Specialisten			Totaal		
	BVAS	Kartel	AADM	BVAS	Kartel	AADM	BVAS	Kartel	AADM
1998	2	4	-----	5	1	-----	7	5	-----
2002	2	4	-----	5	1	-----	7	5	-----
2006	3	3	-----	5	1	-----	8	4	-----
2010	3	3	-----	5	1	-----	8	4	-----
2014	1	2	3	5	1	0	6	3	3
<b>2018</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

## 7. Indexering van de honoraria voor 2019

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen ('medico-mut') bereikte begin december 2018 een akkoord over de verdeling van de indexmassa. De BVAS was bijzonder tevreden over de aanvaarding van haar voorstel, namelijk indexering van de intellectuele prestaties. De honoraria voor de raadpleging, voor het thuisbezoek en voor het GMD stijgen op 1 januari 2019 met 3,33%.

Zo komt er in 2019 een budget van 131,9 miljoen euro vrij om de honoraria van de artsen te indexeren. Het betreft een indexering van 1,45% op het totale budget dat men kan afronden op 8,4 miljard euro. Op verzoek van de BVAS wordt de indexering niet lineair uitgevoerd, maar ten gunste van de intellectuele handelingen:

- de raadpleging bij de huisarts gaat van 25,43 euro in 2018 naar 26,28 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 0,85 euro;
- het gewone bezoek aan huis gaat van 37,61 euro in 2018 naar 38,86 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 1,25 euro;
- de huisartsen mogen vanaf 1 januari 2019 voor het gewone GMD 31 euro aanrekenen, of 1 euro meer dan in 2018;
- het GMD voor de chronische patiënten gaat van 55 euro in 2018 naar 56,83 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 1,83 euro.

Het remgeld op raadplegingen blijft ongewijzigd. Er is geen remgeld op het GMD. Het remgeld voor het gewone bezoek gaat van 13,16 euro in 2018 naar 13,60 euro vanaf 1 januari 2019: een verhoging met 0,44 euro. Wat de indexering van de intellectuele prestaties betreft, werd 98 miljoen euro toegekend, of 76% van de totale indexmassa.

Ook het tarief voor raadplegingen bij de specialisten werd met 3,33% verhoogd. Hetzelfde geldt voor andere intellectuele prestaties, zoals de wachtdiensthonoraria, de forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming per opname, evenals de consultancy medische beeldvorming.

Voor bepaalde honoraria, die bij KB worden vastgesteld, geldt een indexering van 1,45%. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de 'genetic counseling', de beschikbaarheidshonoraria en de forfaitaire honoraria klinische biologie voor ambulante patiënten. De klinische biologie zal 16,655 miljoen euro ontvangen op een totale honorariamassa van 1.370,126 miljoen euro, of een stijging met 1,216%.

De medische beeldvorming ontvangt een voor een deel van zijn akten een indexering met 3,33%, maar voor geen enkele akte een indexering met 1,45% vermits er geen forfaitaire honoraria bij KB worden vastgesteld. De technische prestaties zelf worden niet geïndexeerd. De medische beeldvorming zal 8,336 miljoen euro ontvangen op 1.313,31 miljoen euro, of een stijging met 0,635%.

Op uitdrukkelijk verzoek van de BVAS ontvangen de patholoog-anatomen – van wie de prestaties normaal tot de medisch-technische prestaties behoren – eveneens een indexering van 3,33% voor een bedrag van 5,965 miljoen euro op een totaalbudget van 179,333 miljoen euro.

Geen enkele andere medisch-technische prestatie wordt geïndexeerd.

Het feit dat de intellectuele prestaties meer geïndexeerd worden dan de technische, beantwoordt perfect aan de wens van de BVAS. Dit is de eerste stap naar een herwaardering tot 30 euro voor de raadpleging van de huisarts, zoals door de BVAS aangekondigd in september 2018 in het verzekeringscomité maar wat toen niet werd aanvaard.

## 8. Informatisering van de gezondheidszorg (telematica)

➤ In 2018 zette het **Réseau Santé Wallon (RSW)**<sup>41</sup>, onder leiding van dr. André Vandenberghe, zijn progressie voort. Het aantal ingeschreven patiënten is met 28% gestegen en bedraagt nu 1.700.000 personen, of bijna de helft van de doelgroep. Het aantal beschikbare documenten op het netwerk is dan weer met 41% toegenomen, tot ruim 56 miljoen documenten. Het aantal actieve HA's is met 50% toegenomen tot 2.129.

Dit jaar was ook de gelegenheid voor de lancering van het **project INAH**. Dr. Vandenberghe beschrijft het als volgt:

*“Het INAH-project dat het Waals Gewest op 19/07/2018 aankondigde, heeft als doel een kader te definiëren zodat de nieuwe instelling INAH (Institute of Analytics for Health) kan beschikken over gezondheidsdata voor analyses die op beveiligde en ethische wijze worden uitgevoerd voor rekening van zorgverleners, industrie, onderzoek of de overheden. Dit komt tegemoet aan een uitgesproken vraag vanuit het terrein, terwijl bleek dat de FRATEM<sup>42</sup> haar ervaring kon aanbieden voor de conceptie van dergelijke instelling. Er is gekozen voor het basisprincipe dat de data die de gezondheidsprofessionals aanleveren, onder hun controle blijven binnen de INAH. Ze zouden deze beveiligde omgeving niet verlaten, ook niet geanonimiseerd of gepseudonimiseerd. De cliënten zouden hun algoritmen kunnen inschakelen binnen deze instelling. Het INAH-project heeft als doel de haalbaarheid van deze benadering te valideren. Het project wordt gecoördineerd door CETIC, Centre d'Excellence en Technologies de l'Information et de la Communication. Vier ziekenhuizen (CHU Charleroi, Grand Hôpital Charleroi, Centre Hospitalier Chrétien, CHU Liège) zullen dus deelnemen aan deze oefening, naast de huisartsen, vertegenwoordigd door de FAGC<sup>43</sup>. Er is hier dus geen sprake van hergebruik van de gegevens van het Réseau Santé Wallon, maar wel degelijk van zijn tools en ervaring om andere datastromen te openen, omkaderd door specifieke toestemmingen. De FRATEM zal instaan voor inzameling en anonimisering of pseudonimisering, terwijl CETIC de specifieke database van het INAH en de uitvoering van de analyses beheert.”*

Dr. Vandenberghe preciseerde ook dat, voor de ziekenhuizen, de data zullen worden ingezameld door de interne IT-dienst, onder verantwoordelijkheid van de hoofddarts en na toestemming van de patiënt. Ze worden na pseudonimisering ter plaatse (door een tool van FRATEM) overgedragen aan het RSW. Daarna worden ze geaggregeerd door CETIC, normaal binnen de muren van het RSW.

➤ Het werd herhaaldelijk aangekondigd en uiteindelijk in extremis uitgesteld bij gebrek aan tijdige publicatie van de nodige teksten, maar **het elektronisch voorschrift via de vzw Recip-e** wordt – normaal<sup>44</sup> – verplicht vanaf 1 januari 2020. Op vraag van de BVAS zijn echter uitzonderingen voorzien, meer bepaald afhankelijk van de leeftijd van de voorschrijver en volgens plaats waar het voorschrift wordt opgesteld.

---

<sup>41</sup> Het RSW voorziet in uitwisseling van gezondheidsgegevens (onderzoeksresultaten, medische rapporten, brieven, ...) tussen professionals in de gezondheidszorg. Op dit moment zijn alle Waalse ziekenhuizen erop aangesloten.

<sup>42</sup> Fédération des associations de télématicque médicale, de eigenaar en beheerder van het RSW. Deze vzw wordt geleid door individuele of institutionele zorgverstrekkers.

<sup>43</sup> Forum des associations de MG de Charleroi.

<sup>44</sup> Op basis van het ontwerpbesluit dat eind 2018 werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité in uitvoering van art. 70 van de Wet van 30 oktober 2018 houdende diverse bepalingen, die voorziet in het verplichte elektronische medisch voorschrift voor de ambulante patiënten.

➤ Het jaar 2018 werd ook gekenmerkt door **de herhaaldelijke pannes van het eHealth-platform**. Uit de gemelde incidenten blijkt dat het aantal ‘buiten dienst’-uren van het systeem in 2018 verdubbeld is tegenover 2017. De BVAS heeft zich vernietigend uitgesproken over deze verschrikkelijk slechte service die de geloofwaardigheid van het eHealthsysteem totaal ondermijnt en die voor de artsen een enorme bron van frustratie is. De BVAS heeft de autoriteiten gewezen op hun plicht om de continuïteit van de zorg te garanderen. De BVAS vindt het onaanvaardbaar dat de patiëntenzorg in gevaar wordt gebracht en dat de artsen en de patiënten de financiële gevolgen dragen van een overheidsplatform dat niet functioneert.

## 9. De BVAS in de andere nationale en internationale organisaties

### 9.1. Nationaal niveau – Mdeon

In juni 2018 nam de BVAS, in de persoon van dr. Vincent Lamy<sup>45</sup>, het voorzitterschap op van het deontologisch platform Mdeon.

### 9.2. Internationaal niveau – 209<sup>e</sup> Sessie van de Raad van de WMA (World Medical Association), april 2018, Riga (Letland)

De voorzitter van de Raad, Dr. mevr. Hoyen, verwelkomde de nieuwe leden – de Verenigde Staten, Korea en Spanje – en herinnerde aan enkele cruciale punten. Ze benadrukte ook het belang van een verruimde deelname en moedigde alle leden aan om onbeschoord hun opinies kenbaar te maken over de thema’s die de Raad bespreekt.

Algemeen secretaris Dr. Kloiber verduidelijkte de structuur van het verslag van de Raad aan de Algemene Vergadering. Hij dankte alle leden die ook tussen de vergaderingen door hun steentje hebben bijgedragen tot de activiteiten van de WMA en benadrukte in dit verband de One Health-conferentie, georganiseerd door de Japanse medische vereniging, met ruim 600 deelnemers, en de debatten rond het levenseinde die plaatsvonden in Latijns-Amerika, onder de hoede van de Braziliaanse medische vereniging, en in Japan, onder de hoede van de nationale medische vereniging en de CMAAO (Confederatie van medische verenigingen van Azië en Oceanië). De algemeen secretaris merkte ook op dat samenwerkingen en steun van dit type essentieel zijn voor het regionale werk van de nationale medische verenigingen. Dr. Kloiber herinnerde de Raad er ook aan dat hij tijdens de vorige sessie verslag had uitgebracht van de automatische ontbinding van het lidmaatschap van de RMS (Russische medische vereniging) wegens niet-betaling van de bijdrage. De RMS betwist deze beslissing en heeft ermee gedreigd de WMA juridisch te vervolgen indien zij een andere Russische vereniging zou opnemen tussen haar samenstellende leden. De WMA heeft deze brief niet beantwoord.

Verder legde Dr. Mazur van de Poolse vereniging uit dat de Poolse overheidsuitgaven voor gezondheid zo beperkt zijn dat ze geen behoorlijke patiëntenzorg noch een behoorlijke vergoeding voor de zorgverstrekkers (met name jonge artsen) mogelijk maken. Na een 10-daagse hongerstaking van jonge artsen had de Poolse vereniging opgeroepen tot een dag van solidariteit met de militanten, en hoopte ze dat de WMA haar steun zou betuigen door de resolutie te steunen. Een vriendschappelijk amendement aan de resolutie werd aanvaard: de toevoeging van een expliciete solidariteitsverklaring. De Raad aanvaardde vervolgens het dringende karakter van de resolutie aangaande Polen (Council 207/Poland REV/Oct2017) en keurde deze resolutie goed.

---

<sup>45</sup> Bestuurder van de BVAS en eerste ondervoorzitter van de Syndicale Kamer van Artsen van de provincies Henegouwen, Namen en Waals-Brabant.



Verder bracht Dr. Vivienne Nathanson verslag uit van de caucus die de avond ervoor had plaatsgevonden, waarbij ook de volgende stap in de klimaatonderhandelingen (COP 23), gepland rond half november 2017 in Bonn (Duitsland), werd besproken. De WMA-delegatie op deze conferentie besprak de bijdragen die ze zou leveren in de vergaderingen, meer bepaald de verwachte herziening van de Verklaring van Delhi over de gezondheid en de klimaatwijzigingen, die de Algemene Vergadering in plenaire zitting zou goedkeuren. Door de caucus was een gedachtewisseling mogelijk over de inspanningen van de nationale medische verenigingen op de domeinen die verbonden zijn met de klimaatwijzigingen en over de mogelijkheid om alle WMA-beleidslijnen rond milieu in één document te verenigen. Dr. Nathanson merkte ook op dat haar voorzittersmandaat van de caucus afliep.

Tot slot deelde de voorzitter, mevr. Dr. Hoyen, de Raad mee dat het Financieel & Planningscomité haar bepaalde rapporten had overhandigd die de Raad niet tijdig had kunnen ontvangen.

### **9.3. Internationaal niveau – Vergadering van de EANA (European Working Group of Practitioners and Specialists in Free Practice), 15 juni 2018, Berlijn**

Tijdens deze vergadering werd ervan akte genomen dat voor de invoering van taakdelegering tussen artsen en gezondheidszorgprofessionals vooraf een harmonisering op Europees vlak vereist is:

- professionele opleidingen, de enige garantie voor zorgkwaliteit;
- doelstellingen van deze taakdelegering;
- wetgevingen die elke nationale soevereiniteit respecteren;
- evaluatie van het systeem.

De EANA heeft twee redenen voor haar vraag tot expliciete vermelding van de notie van coördinatie van taakdelegering tussen de artsen en de andere gezondheidszorgprofessionals:

- De invoering van duidelijke processen voor elke actor is een borg voor kwaliteit en relevantie van de zorgen, die moet worden opgelegd aan elke arts of elke gezondheidszorgprofessional, met name in een doelstelling tot vermindering van ongewenste gebeurtenissen;
- De invoering van duidelijke processen voor elke actor beschermt zowel de arts als de zorgprofessionals wanneer gezocht wordt naar verantwoordelijkheid.

Elke taakdelegering tussen artsen en gezondheidszorgprofessionals moet derhalve plaatsvinden met het volste respect voor de beoefenaars en met het akkoord van hun representatieve organisaties. Verder is het absoluut noodzakelijk dat deze coördinatie in de taakdelegering tussen artsen en zorgprofessionals de gezondheidssystemen respecteert die in elk land bestaan, met al hun specificiteiten en gewoonten.

### **9.4. Internationaal niveau – Vergadering van de UEMO (European Union of General Practitioners), oktober 2018, Rome**

Tijdens de Algemene Vergadering van de UEMO bespraken de UEMO-afgevaardigden de bestaande volksgezondheidsproblemen.

Wat de politieke standpunten aangaat, verwelkomt en steunt de UEMO de strategie van de Europese Commissie inzake inenting en haar vele aanbevelingen die een verhoging van de dekkinggraad bij kinderen én volwassenen nastreven. Om een krachtige behandeling van dit thema te garanderen



besliste de UEMO om een werkgroep rond inentingen op te richten. Deze bestaat uit afgevaardigden van Ierland, Roemenië, Malta en Zwitserland.

Nu de Brexit zich tegen de horizon profileert, heeft de Algemene Vergadering tijd besteed aan de bespreking van de gevolgen voor de gezondheidszorg, met bijzondere klemtoon op de veiligheid van de patiënten. Hoe verlichten we de mogelijke crisisscenario's zoals een acuut geneesmiddelen tekort, medische verzorging over de Ierse grens, grensoverschrijdende zorg na de Brexit, de erkenning van de kwalificaties, opleiding en onderzoek? Het zijn enkele van de meest acute problemen die een dringende oplossing vereisen.

Merk ook op dat Roemenië vanaf 1 januari 2019 het voorzitterschap van de UEMO zal behartigen.

### **9.5. Internationaal niveau – Algemene vergadering van de WMA (World Medical Association), oktober 2018, Reykjavik (IJsland)**

Aan deze vergadering ging nog een belangrijke driedaagse internationale bijeenkomst rond medische ethiek vooraf. De Algemene Vergadering van de WMA bracht de afgevaardigden van vijftig nationale medische verenigingen bijeen voor debatten rond thema's als: klinische onafhankelijkheid, doodstraf, toestemming tot praktijkuitoefening door artsen die voor misdaden worden vervolgd, telegeneeskunde en biosimilaire geneesmiddelen.

De voormalige voorzitter van de Israëlische medische vereniging, Dr. Leonid Eidelman, werd benoemd tot voorzitter van de WMA voor de periode vanaf eind 2018-2019. De Canadese delegatie vroeg de Raad het ontslag van de nieuwe voorzitter wegens plagiaat in zijn inaugurale rede. De Raad keurde de handhaving van de voorzitter goed, weliswaar met het verzoek zijn excuses aan te bieden. De Canadese delegatie besliste daarop meteen de WMA te verlaten. Vervolgens heeft ook de Nederlandse delegatie de WMA verlaten.

Dr. Miguel Roberto Jorge werd verkozen tot voorzitter. Hij treedt binnen een jaar in functie, voor de periode 2019-2020. Dr. Jorge, 1<sup>e</sup> penningmeester van de Braziliaanse medische vereniging, is geassocieerd professor psychiatrie en voorzitter van het comité voor ethiek in het onderzoek van de federale universiteit van São Paulo.

Er werden afzonderlijke persberichten gepubliceerd voor de volgende thema's:

[De WMA veroordeelt de criminalisering van artsen](#)

[Artsen bezorgd over antimigratiebeleid](#)

[Nieuwe aanbevelingen voor artsen omtrent medische zwangerschapsonderbreking](#)

De vergadering keurde ook andere beleidslijnen goed, met name over het medisch toerisme, de gelijkheid van mannen en vrouwen op het domein van de geneeskunde, de kernwapens en de vogelgriep.

Deze aangenomen beleidslijnen zijn te vinden op de [website van de WMA](#).

## **9.6. Internationaal niveau – Vergadering van de EANA, 30 november 2018, Luxemburg**

Deze vergadering was gewijd aan artificiële intelligentie. De EANA is van oordeel dat het hier niet om een bedreiging gaat, en evenmin om het absolute wondermiddel, maar dat het heel zeker een belangrijke evolutie vormt in de medische activiteit. Deze technologie voegt een extraatje toe in dienst van de patiënten: zij krijgen snel medische kwaliteitsinformatie met de noodzakelijke elementen om hun gezondheid te beheren. De arts moet de verantwoordelijke attitude en de medische competentie van de patiënt ondersteunen.

De initiële en voortgezette opleiding van de artsen moet snel worden aangepast met het oog op een optimaal gebruik van de artificiële intelligentie en om het beheer van de evolutie in de medische vooruitgang te omkaderen.

De arts zal zonder dralen artificiële intelligentie weten te gebruiken als technische hulp en op die manier binnen zijn 'colloque singulier' de nodige tijd hebben om te besteden aan collaboratief werk en aan de relaties met de patiënten.

De EANA adviseert de instellingen om vanaf nu de grootste waakzaamheid aan de dag te leggen in de evaluatie van de zorgbehoeften, om de gezondheidsprofessionals op te leiden om zo nauw mogelijk in te spelen op de behoeften van de bevolking.

## Besluit

Het jaar 2018 werd gekenmerkt door de versnelling in de hervorming van de ziekenhuizen, met het oog op de concretisering ervan in een nabije toekomst (2019 voor de laagvariabele zorg - 2020 voor de netwerken). De BVAS stond niet aan de wieg van deze hervormingen maar is erin geslaagd om er een reeks verzuchtingen in op te nemen die erop gericht zijn de artsen opnieuw de plaats te geven die hun toebehoort in de ziekenhuisinstellingen.

Eveneens in de steigers: een wetsontwerp met betrekking tot de kwaliteit dat al dateert van 2013 en dat in 2018 opnieuw opduikt in een herwerkte versie. Dankzij de vele interventies van de BVAS is de tekst intussen aanvaardbaar, al kunnen er bepaalde twijfels blijven.

We zagen dit jaar ook de toepassing van de GDPR (AVG – algemene verordening gegevensbescherming) starten. De artsen lijken niet meteen beperkingen te ervaren, maar de mogelijke sancties sporen iedereen aan om het register, het vertrouwelijkheidscharter en andere opgelegde documenten te vervolledigen.

We benadrukken - met enige trots - de concretisering van een toenadering tussen de jongere generaties en de BVAS. Herhaaldelijke vergaderingen, vooral met afgevaardigden van de CIUM, hebben aan Franstalige zijde geleid tot gezamenlijke persberichten en tot een zo goed mogelijke afbakening van de verwachtingen van onze toekomstige jonge vakgenoten. Aan Vlaamse zijde wordt dan weer op regelmatige basis informatie uitgewisseld met 't HOP (het huisartsen in opleiding overlegplatform), VGSO (Vlaams Geneeskundig Studenten Overleg) en VASO (Vereniging voor arts-specialisten in opleiding). Hierbij worden eveneens in diverse dossiers gezamenlijke standpunten ingenomen. De organisatie van de talrijke startersdagen en de verdeling van gratis startersgidsen zorgen er bovendien voor dat de BVAS een grotere naamsbekendheid heeft verkregen bij de jonge artsen. Het stijgend aantal jonge leden is hiervan ook een rechtstreeks gevolg. Er waait zonder enige twijfel een nieuwe wind bij BVAS.

De vierjaarlijkse syndicale verkiezingen hebben andermaal geleid tot de bevestiging van de BVAS in haar status van meest representatieve organisatie van het medisch corps. De steun van de medische gemeenschap versterkt ons in alle lastige onderhandelingen die we op alle fronten zullen moeten voeren. Evenzeer moeten we echter de zwakke participatiegraad betreuren, al had deze ongetwijfeld voor een groot stuk te maken met de verplichting tot elektronisch stemmen én met de diverse bugs die daarbij aan het licht kwamen.

Het einde van het jaar 2018 was ook synoniem van het einde van het tijdperk De Block<sup>46</sup>. De minister behoudt weliswaar het beheer van de sector tot de komende verkiezingen van mei 2019, maar de regering heeft zich sinds half december 2018 teruggeplooid op lopende zaken, na het vertrek van de NV-A uit de federale regering. Vast staat dat mevrouw De Block in de loop van de legislatuur geleidelijk haar kapitaal aan sympathie vanuit de bevolking is kwijtgespeeld; toch moeten we erkennen dat ze

---

<sup>46</sup> Een interessant document in dit verband is ongetwijfeld de "Beleidsnota – Gezondheidsbeleid", voorgelegd aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 31 oktober 2018 (Doc. 54 3296/024), waarin de minister enerzijds schetst wat ze heeft bereikt sinds ze het ministerie leidt, en anderzijds de sluiertplicht van haar plannen voor 2019.

een gunstig gevolg heeft gegeven aan diverse verzuchtingen van de BVAS, door aanpassingen aan te brengen in diverse lopende hervormingsprojecten.

Komend jaar komt er weer ruimte voor een nieuwe regering. De toekomst zal ons ongetwijfeld leren of we de huidige minister uiteindelijk moeten betreuren. Het is in elk geval zonneklaar dat de artsen, ongeacht de politieke kleur of het initiële beroep van de bevoegde minister, nood zullen blijven hebben aan een krachtig en verenigd artsensyndicaat om hen te kunnen verdedigen. Wat dit punt betreft, biedt alléén de BVAS de nodige voorwaarden om de onderhandelingen degelijk te kunnen voeren.

---

Belgische Vereniging van Artsensyndicaten vzw  
Terhulpesteenweg 150 -1170 Brussel ❖ Tel. 02/644.12.88 - Fax: 02/644.15.27  
E-Mail: [info@absym-bvas.be](mailto:info@absym-bvas.be) ❖ Web: [www.absym-bvas.be](http://www.absym-bvas.be)

Maart 2019

2019/ Belgische Vereniging van Artsensyndicaten vzw BVAS-ABSyM, verantwoordelijke uitgever