

Jaar 2019

ACTIVITEITENVERSLAG

Goedgekeurd door de Algemene Vergadering van 05 september 2020

Inhoud

Inleiding	2
De activiteiten van de Kamers en Secties	3
Interne wijzigingen in BVAS	6
1. Fusie van de twee Waalse Kamers.....	6
2. Wijzigingen aan het hoofd van BVAS.....	6
Collectieve verdediging	7
1. Installatie van ziekenhuisnetwerken	7
2. Wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg en eerste uitvoeringsbesluit voor de wacht.....	8
3. Onderzoek naar de multidisciplinariteit	10
4. Akkoord artsen-ziekenfondsen 2020	17
5. Hervorming van de nomenclatuur	20
6. Actieplan eGezondheid 2019 – 2021.....	22
7. De opleiding geneeskunde: verhoging van de quota in Vlaanderen	27
8. Financiering van de huisartsenwachtposten (HAWP's)	27
9. Politieke verkiezingen.....	29
10. Internationale vergaderingen	30
i. Voorjaarsvergadering van de UEMO in Roemenië.....	30
ii. Najaarsvergadering van de UEMO in Servië.....	31
iii. Vergadering van de EANA in Bratislava	32
Besluit	32

Inleiding

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) staat al meer dan 55 jaar ten dienste van de artsen. 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 organiseert¹. Anders gezegd: BVAS is een vakvereniging die de belangen van de Belgische (Franstalige, Duitstalige en Nederlandstalige) huisartsen en specialisten verdedigt en die - sinds de invoering van de medische verkiezingen in 1990 - de meeste steun krijgt vanwege de artsen.

BVAS **bestaat uit 5 Syndicale Kamers of Secties** die juridisch onderling onafhankelijk zijn. Deze 5 Kamers en Sectie 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 BVAS stelt jaarlijks een verslag op van de activiteiten van het voorbije jaar, om dit voor te leggen aan de Algemene Vergadering. Dit jaar zou deze presentatie moeten plaatsvinden tijdens de Algemene Vergadering van 05 september 2020.

De activiteit van 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.

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 BVAS en van de Syndicale Kamers en Secties in 2019. 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
Website: www.absym-bvas.be

¹ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

De activiteiten van de Kamers en Secties

Voor meer details over de activiteiten van de verschillende Kamers of Secties verwijzen we naar hun activiteitenverslagen. Elke Kamer of Sectie focust in grote trekken op de volgende dossiers:

- Behandeling van **juridische vragen**:
 - o van haar leden;
 - o aangaande het beroep in zijn geheel (analyse van normatieve teksten - in ontwerp of pas aangenomen - om de weerslag, problemen en juridische voordelen te bestuderen, en tegenvoorstellen te doen, onze leden te informeren, ...);

- Behandeling van **Impulseo**-dossiers van huisartsen, in haar hoedanigheid van ondersteunings- en begeleidingsstructuur.

In dit verband verwijzen we naar onze brief naar de nieuwe Waalse minister van volksgezondheid, Christie Morreale, eind oktober 2019, om **cumul van Impulseo II- en III-steun toe te staan**.

Momenteel stipuleert het KB van 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde in zijn artikel 22 dat de Impulseo-tergemoetkomingen in de loonkosten van een administratief bediende en in de kosten voor een telesecretariaat niet voor dezelfde maand kunnen worden gecumuleerd door een individuele arts of door een groepering.

Hoewel begrip kan worden opgebracht voor de bedoeling een dubbele financiering voor eenzelfde gelijktijdige effectieve activiteit (hetgeen *a priori* effectief onwaarschijnlijk lijkt) te vermijden, is de formulering van het KB niet aangepast aan de realiteit van de praktijk van de huisarts.

De realiteit op het terrein verplicht soms immers om de twee (bediende en telesecretariaat) te cumuleren, zonder dat daarom door de twee op hetzelfde moment dezelfde effectieve dienst wordt verleend.

Zo zou de huisarts bijvoorbeeld, tijdens de jaarlijkse vakantie van de administratief bediende, het telesecretariaat kunnen inschakelen ter vervanging. Het contract van de bediende blijft onverminderd effectief, zijn vakantiegeld is betaald, maar de arts geniet op dat moment niet van zijn dienstverlening. Om te kunnen blijven functioneren, moet hij dan een beroep doen op een tijdelijke vervangingsoplossing: het telesecretariaat.

Hetzelfde geldt wanneer de werknemer arbeidsonbekwaam is. Hij blijft de eerste maand ten laste van de werkgever. De arts blijft dus het loon uitbetalen, maar vermits hij op dat moment diens effectieve werk moet missen, moet hij een telesecretariaat inschakelen en betalen, naast het loon van de werknemer.

Hetzelfde geldt waar de werktijd van de werknemer (om het even of deze halftijds, 3/4-tijds of zelfs voltijds werkt) niet alle openingsuren van het dokterskabinet dekt. Ook hier moet de arts deze periodes invullen met een telesecretariaat dat dus dezelfde maand covert als het contract van de bediende en dat dus diens werk aanvult (en niet erbovenop komt).

De keuze voor het telesecretariaat is minder duur voor de artsen én voor het Waals Gewest. De Impulseo-steun bedraagt immers € 6.300 per arts voor een bediende, en € 3.700 per arts voor een telesecretariaat.

Wij hebben daarom de minister gevraagd om de formulering van artikel 22 van het genoemde KB te herzien en daarbij het verbod op dubbele betaling voor eenzelfde gelijktijdig effectief werk te behouden, maar wél de betaling van Impulseo II en III voor eenzelfde maand mogelijk te maken voor zover dit ánder effectief werk of de vervanging daarvan dekt. Het begrip 'effectief' werk moet hier inderdaad voorrang krijgen op de gedekte periode, vermits men, zoals hierboven aangetoond, twee contracten kan hebben (bedienden én telesecretariaat) die eenzelfde periode dekken maar niet vertaald kunnen worden in effectief werk van de werknemer (die ziek is, vakantie heeft of een ander dienstrooster heeft) maar wel degelijk in effectief werk van het telesecretariaat. Bij ziekte of vakantie vervangt het telesecretariaat de werknemer die onverminderd ten laste van de werkgever blijft, zonder hiervoor een effectieve tegenprestatie te leveren. Indien het dienstrooster van de werknemer niet het hele dienstrooster van de arts dekt, komt het telesecretariaat als extra naast het effectieve werk van de werknemer.

Vlaamse activiteiten rond het impulsfonds:

"Om de context van zich wijzigende praktijkvoering en aanbevelingen i.v.m. het impulsfonds om te zetten in concrete beleidsmaatregelen werd de projectgroep 'multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen' opgericht binnen de Vlaamse overheid.

Hoewel de naam van de werkgroep multidisciplinariteit onderstreept, is de werkgroep van mening dat het de ambitie moet zijn om te evolueren naar interprofessionele samenwerking, waarbij alle zorgactoren gedeeld verantwoordelijk zijn voor het totale zorgproces.

In het eindrapport 'Multidisciplinaire praktijkvormen en zorgcapaciteit ondersteunen', gepubliceerd in mei 2019, werden volgende concepten voorgesteld door de werkgroep:

1. De hoofddoelstelling van de ondersteuning moet gericht blijven op het garanderen van toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg door een goede spreiding van het aanbod en aandacht voor sociaal kwetsbare groepen.
2. Blijvend inzetten op de waardering van huisartsen en de erkenning van hun noden.
3. De criteria voor het bepalen van huisartsenarme of prioritaire zones dienen meer verfijnd en gedifferentieerd te worden.
4. Ondersteuning van praktijkvoering op de eerste lijn wordt best uitgebreid van (tele)secretariaatsondersteuning naar andere disciplines binnen de praktijk (praktijkassistentie, maatschappelijk werk, verpleegkunde, etc.).
5. Meer inzetten op stimulering en ondersteuning van samenwerking (multidisciplinair werken).
6. De mogelijkheid tot evaluatie moet van bij de opzet meegenomen worden."

Deze aanbevelingen kunnen worden omgezet door (een deel van de middelen van) het Impulsfonds differentieel aan te wenden. "

- Voor de Kamer van Henegouwen, Namen en Waals-Brabant onthouden we: organisatie van **erkende seminaries** inzake ethiek en economie.
 - het seminarie van 23.03.2019 over de hervorming van de ziekenhuizen (130 deelnemers);
 - het seminarie van 21.09.2019 over de rechten van de artsen tegenover de rechten van de patiënten (140 deelnemers);

- Voor het Vlaams Artsensyndicaat, afd. Antwerpen, Limburg en Vlaams Brabant onthouden we:
 - Geaccrediteerde seminars, symposia en infosessies in 2019:
 - VAS-Startersdag d.d. 02.04.2019 (70 deelnemers)
 - VAS-Startersdag voor haio's d.d. 22.10.2019 (33 deelnemers)
 - Infosessie d.d. 16.11.2019 "De medische raad in transitie" (39 deelnemers)
 - Infosessie d.d. 03.12.2019 "De artsenassociatie hertekend: nieuwe wetgeving, nieuwe samenwerkingsovereenkomst?" (60 deelnemers)
 - Niet-geaccrediteerde seminars, symposia, infosessies en andere evenementen in 2019:
 - VAS-Startersdag voor artsen d.d. 12.03.2019 (370 deelnemers)
 - Infosessie d.d. 21.03.2019 "Denk vroeger aan later" (afgelast)
 - Haio-middag d.d. 09.04.2019 (13 deelnemers), georganiseerd door Diagnosecentrum Lommel

- Voor ABSYM Bruxelles, onthouden we:
 - organisatie van erkende seminars inzake ethiek en economie.
 - Het seminarie van zaterdag 16.03.2019 over « Artificiële intelligentie, big-data en de artsen » (80 deelnemers) ;
 - Het seminarie van zaterdag 27.04.2019 over « Kwaliteit, Accreditering en de Wet. Is kwaliteit zonder de arts nog mogelijk? » (80 deelnemers) ;
 - Het seminarie van zaterdag 9.10.2019 over « Brandt Hippocrates? Burn-out bij de artsen! » (150 deelnemers)

Naast de geaccrediteerde seminars vonden in de loop van het jaar 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;
- Het beheer van 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, maandelijkse vergelijkende opvolging, jaarlijkse statistieken, rekrutering voor **de mandaten** van vertegenwoordigers, ...);
- De elementaire **secretariaatsactiviteit** (klassement, tikwerk, bestellingen, administratie, ...);
- **Het beheer van de vzw** (boekhouding, computerpark, verzekeringen, wettelijke verplichtingen, relaties met de overheden, opvolging van alle communicatie en externe vragen, ...) en **het beheer van haar personeel**. Voor 2019 onthouden we meer bepaald de

verplichting van het UBO-register en de toepassing van alle maatregelen inzake de Algemene Verordening Gegevensbescherming²;

- De organisatie en het houden van, evenals de deelname aan de **vergaderingen** (Raad van Bestuur, Algemene Vergadering, Technisch Bureau, met de voorzitter, werkgroepen met externe medewerkers, werkgroepen waarin we mandaten hebben, ...) en opvolging van de notulen;
- **Redactie en publicatie van geschriften** (Activiteitenverslag, Handleiding voor AVG-implementatie in de artsenpraktijk, ...).

Interne wijzigingen in BVAS

1. Fusie van de twee Waalse Kamers

Het plan tot fusie van de twee Waalse Kamers hing al meerdere jaren in de lucht, maar kwam begin 2019 in een stroomversnelling .

Vermits de 6e staatshervorming bevoegdheden inzake gezondheidszorg heeft overgedragen naar de gefedereerde entiteiten, leek de fusie van beide Waalse Kamers reeds wenselijk voor de bestuurders van beide structuren. Met de pensionering van het laatste personeelslid en de laatste medewerker van de Kamer van Luik kwam het idee van een fusie van beide vzw's opnieuw op tafel, om dit begin 2020 te concretiseren.

De bedoeling van deze fusie is de krachten van beide Kamers te bundelen en zo te komen tot een betere coördinatie van onze acties op het Waalse grondgebied. Zo kunnen we ook allerlei dubbel werk vermijden. Gezien de aangekondigde vermindering van de subsidies aan de syndicaten zal de centralisering van de kantoren overigens ook bepaalde werkingskosten drukken. Door als één Waalse gesprekspartner op te treden vergemakkelijken we bovendien de contacten met de diverse actoren in de sector (politiek, administratief, andere dienstverleners, ...). En uiteindelijk zullen we onze artsen-leden een service van nog betere kwaliteit kunnen aanbieden.

Om dit opzet te kunnen concretiseren zijn heel wat administratieve, juridische en praktische stappen vereist. De twee Kamers moeten onder meer hun respectieve kantoor verkopen om te verhuizen naar een kantoor dat centraler ligt in het Waalse territorium.

In 2019 werd tussen beide Kamers dus veel overlegd en werden de eerste analyses gemaakt in die richting. Wij hebben ook de eerste stappen gezet met het oog op de verkoop van onze kantoren en de verhuis naar een nieuwe locatie.

2. Wijzigingen aan het hoofd van BVAS

² Lees in dit verband het activiteitenverslag 2018.

Midden mei 2019 werd dr. Philippe Devos verkozen tot voorzitter van BVAS. Dr. Devos is 44 jaar, anesthesist en diensthoofd intensieve zorgen aan het CHC Saint Joseph in Luik. Hij is opvolger van dr. Marc Moens³ die zijn vierde mandaat afsluit.

Dr. Marc Moens kwam in 1998 voor het eerst aan het hoofd van BVAS. Na dit eerste voorzittersmandaat van drie jaar, volgden later nog drie nieuwe mandaten. Gespreid over een periode van 21 jaar heeft hij 12 jaar lang de teugels in handen gehad.

Zijn 'Franstalige evenknie', dr. Jacques de Toeuf, heeft daarbij eveneens een stapje opzijgezet en zijn mandaat van ondervoorzitter van BVAS afgerond.

Als erkenning voor hun jarenlange engagement dragen de dokters Moens en de Toeuf voortaan de titel van erevoorzitter. Ook dr. Roland Lemye, oud-voorzitter van de Kamer van Henegouwen, Namen en Waals-Brabant, kreeg deze eretitel.

Het nieuwe directiecomité van BVAS is nu als volgt samengesteld:

- Voorzitter: dr. Philippe Devos
- Ondervoorzitters:
 - dr. Bart Dehaes
 - dr. Luc Herry
 - dr. Scheveneels
 - en dr. Pierre Duprez
- Secretarissen-generaal:
 - dr. Yves Louis
 - en dr. Gilbert Bejjani
- Penningmeester: dr. Alin Derom
- Leden:
 - dr. Wim Debrabandere
 - dr. Roeland Dierickx
 - dr. Pierre De Plaen
 - dr. Jean Rosillon

Collectieve verdediging

2019 was een bijzonder jaar in die zin dat we sinds midden december 2018 (na het vertrek van de N-VA) een **regering in lopende zaken** hebben, en dit ondanks dat er op 26 mei 2019 verkiezingen hebben plaatsgevonden.

We onthouden niettemin de concretisering van meerdere grote projecten.

1. Installatie van ziekenhuisnetwerken

³ Dr. Moens werd ook laureaat van de Prijs van Specialist van het Jaar, uitgereikt door de Artsenkrant.

Al jaren hebben we het erover in onze jaarverslagen: de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, werd eindelijk gepubliceerd, namelijk op 28 maart 2019. Deze wijzigingen zijn eenvoudiger leesbaar als men deze tekst apart van de wet van 2008 bekijkt, in plaats van de gecoördineerde versie van de wet van 2008, met toevoeging van al wat betrekking heeft op het netwerk. Wij gaan hier niet in op de inhoud van de wet waaraan BVAS ruimschoots heeft bijgedragen via zijn afgevaardigden en juristen. We verwijzen in dit verband naar de vorige verslagen.

Noteer in deze context ook de normatieve bepalingen van 2019 vanwege de gefedereerde entiteiten die verantwoordelijk zijn voor de erkenning van de ziekenhuizen en netwerken⁴.

Vanaf de uitgangspunten van deze globale hervorming van het ziekenhuislandschap heeft BVAS meegewerkt aan de diverse officiële werkgroepen en onderhandelingen om de plaats van de artsen optimaal te verdedigen. Terwijl de prospectieve financiering van de pathologieën met zwak variabiliteitsniveau van kracht is sinds 1 januari 2019, moeten de netwerken van hun kant gevormd en erkend zijn tegen 1 januari 2020. De juristen van de Kamers hebben de medische raden van de aangesloten ziekenhuizen dus zo goed mogelijk begeleid om ze te helpen de nieuwe wetgeving te begrijpen, evenals de reikwijdte van hun rechten en plichten in deze context, zodat ze met kennis van zaken hun advies konden formuleren.

Merk ook op dat 2019 het jaar was van besprekingen inzake de redactie van een koninklijk besluit aangaande de medische netwerkraad en de actualisering van de besprekingen aangaande de herziening van het koninklijk besluit over de medische raad van het individuele ziekenhuis die jaren geleden al werden aangevat. BVAS heeft met haar meerderheidsvertegenwoordiging in de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen ruimschoots bijgedragen aan de lopende besprekingen in dit verband.

2. Wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg en eerste uitvoeringsbesluit voor de wacht

Wij komen hier niet terug op de tekst die al werd verduidelijkt in ons vorige activiteitenverslag. Noteer enkel dat de wet van 22 april 2019 op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg op 14 mei 2019 werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Deze tekst bevat een aantal verwijzingen naar uitvoeringsbesluiten die later moeten volgen. Eind 2019 was er nieuws over een eerste ontwerp van koninklijk besluit aangaande de uitvoeringsmaatregelen inzake medische permanentie door de huisartsen en de erkenning van de functionele coöperaties zoals bepaald in de wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering van de gezondheidszorg van 22 april 2019.

In dit verband schreven we in het jaarverslag 2018 dat BVAS op zich geen probleem had met de verplichting van een wachtdienst die minister De Block oplegt via de 'kwaliteitswet'. De deelname aan een wachtdienst was tot nu een deontologische maar geen wettelijke verplichting. Op basis van de wettekst vervolgden we de analyse als volgt: *het zijn effectief de huisartsen van een zone die kiezen hoe zij daar de permanentie van de zorgverlening 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*

⁴ Lees in dit verband bijlage 1 van dit verslag.

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.

Na lezing van het ontwerp van KB over de wachtdiensten en van de verklaring van minister De Block: *“Ten laatste tegen juli 2021 moet de huisarts op een vaste wachtpost te vinden zijn. Gedaan dus met huisartsen die vanuit hun eigen praktijk hun wachtdienst vervullen”⁵*, heeft BVAS meteen gereageerd met de vaststelling dat deze tekst haaks staat op diezelfde kwaliteitswet die de huisartsen de vrijheid geeft inzake samenwerking voor de medische permanentie.

In een brief naar minister De Block (einde november) betwistte de VBAS het ontwerp van KB dat bepaalde dat de huisartsen in de toekomst hun permanentie enkel nog in de wachtposten mochten organiseren, meer bepaald binnen coöperaties van minstens drie wachtposten in huisartsenij voor minstens 300.000 inwoners.

In de wet is er nochtans geen sprake van verplichting om wachtposten te creëren. Er wordt enkel gestipuleerd dat de huisartsen de plicht hebben om mee te werken aan de medische permanentie van de zone waar zij hun beroep uitoefenen. De VBAS is niet gekant tegen het systeem van de wachtposten, maar houdt vast aan het principe dat huisartsen de vrije keuze moeten behouden om hun permanentie te organiseren op de manier die het best past bij hun geografische situatie en die zich vooral het best leent voor de behoeften van hun patiënten. De wachtdienst moet derhalve evengoed mogelijk zijn in een specifieke wachtpost als in het reeds bestaande kabinet van de huisarts met wachtdienst.

Wij stellen ook vast dat dit ontwerp van besluit twee extra problemen creëert:

1. De artsen zijn verplicht een extra vzw op te richten voor de coöperatie, terwijl al een vzw bestaat voor de wachtpost. Deze vzw's vergen dus financiële middelen waarvoor geen enkel budget voorzien is. Dit komt neer op geld pompen in structuren in plaats van het te investeren voor de patiënten.
2. Via de geëiste schaalvergroting wordt de arts geconfronteerd met aanzienlijke verplaatsingen (minstens drie wachtposten per minstens 300.000 inwoners), hetgeen de voordelen van de oprichting van wachtposten annuleert.

Ondanks deze brief heeft de minister bevestigd dat ze haar ontwerp van besluit wenst door te drukken. De huisartsen zouden dus tegen midden 2021 verplicht zijn om deel te nemen aan deze wachtposten.

Het verbaast BVAS dat minister De Block op geen enkel ogenblik heeft aangetoond dat het permanentiesysteem dat haar ontwerp van KB beoogt, een kwaliteitsvollere zorgverlening zou bieden dan het andere. Volgens BVAS zal het opleggen van één systeem van wachtposten onmiskenbaar meer geld kosten, te beginnen met de bouw of aankoop van gebouwen die nodig zijn voor het voorgestelde systeem.

Tot slot vermoedt BVAS dat er een link is tussen het doel dat de minister nastreeft met de oprichting van wachtposten over het hele territorium, en haar plannen tot sluiting van een groot aantal urgentiediensten van ziekenhuizen. Indien de minister als doel heeft de spoeddiensten te vervangen door huisartsenwachtposten, moet ze de politieke moed hebben om dit uit te leggen aan de bevolking en om de huisartsenkringen op de hoogte te brengen zodat ze hun wachtdiensten daarop kunnen voorbereiden.

⁵ Opgetekend in de Vlaamse krant De Standaard.

3. Onderzoek naar de multidisciplinariteit

In het kader van de besprekingen rond de creatie van een praktijkassistent of verpleegkundige-specialist (concept gecreëerd door de wet van 22 april tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 14 mei 2019⁶), heeft BVAS in oktober 2019 op initiatief van dr. Simon, lid van de Kamer van Henegouwen, Namen en Waals-Brabant, en in samenwerking met de Artsenkrant een uitgebreid onderzoek gevoerd naar de multidisciplinariteit, namelijk de samenwerking met de apothekers, de kinesitherapeuten en de andere zorgverstrekkers. Niet minder dan 655 artsen hebben deze enquête beantwoord.

Hieruit blijkt dat de geregistreerde antwoorden in grote trekken overeenkomen met de standpunten die BVAS de voorbije jaren heeft ingenomen: de Belgische arts staat gunstig tegenover de delegering van taken en de creatie van een praktijkassistent. Deze handelingen worden om evidente redenen van kwaliteitsvolle zorg en verantwoordelijkheid echter gedelegeerd onder rechtstreeks toezicht, al dan niet in nabijheid. De artsen prediken voorzichtigheid bij de lancering van deze nieuwe beroepen.

Wij onthouden meer bepaald:

- Twee derden (63%) van de respondenten vinden de multidisciplinariteit 'nuttig'; 25% 'te overwegen'. Slechts 5% vindt ze 'nutteloos'; 7% 'gevaarlijk'. De Nederlandstaligen tonen zich meer bereid tot samenwerking dan de Franstaligen.
- De artsen hebben duidelijk regelmatigere contacten met verpleegkundigen dan met apothekers en kinesitherapeuten. De samenwerkingsfrequentie met verpleegkundigen wordt door 75% van de respondenten 'regelmatig' genoemd. Samenwerking met kinesitherapeuten en apothekers wordt daarentegen 'occasioneel' genoemd.
- Wanneer de artsen samenwerken met andere dienstverleners, doen ze dat geregeld – in afnemende volgorde – telefonisch, schriftelijk, via telematica, via taakdelegering, een overlegvergadering of een virtuele vergadering. Ongeveer 18% van de respondenten vindt dat de virtuele vergadering verder moet worden ontwikkeld. Idem voor de taakdelegering: 11% van de respondenten zou hier graag een ontwikkeling zien.
- 61% van de artsen staan gunstig tegenover doorverwijzing naar een ander beroep voor taken die meestal voorbehouden blijven voor de huisarts (18% vindt dit 'onmisbaar' en 43% 'nuttig'). Omgekeerd vindt bijna een derde (namelijk 28%) dit gevaarlijk. Ook in dit geval blijken de Nederlandstalige artsen meer dan de Franstalige open te staan voor deze evolutie.
- Welke taken zouden de artsen eventueel willen doorverwijzen naar een ander beroep? Vooraan staan biometrie (arteriële bloeddruk, pols, gewicht, grootte, ...), gevolgd door preventie (dieetadvies, tabak, fysieke activiteit, controle van het inentingenschema) en de technische onderzoeken (ECG, spirometrie) zonder protocol.
- De respondenten zijn duidelijk behoedzamer wat betreft delegering van taken met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen die nu aan voorschrift onderworpen zijn (95% tegenstanders). Een meerderheid spreekt zich uit tegen delegering van taken inzake

⁶ Verwar deze wet niet met de hogergenoemde wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, ook al hebben ze dezelfde publicatie- en uitvaardigingsdatum.

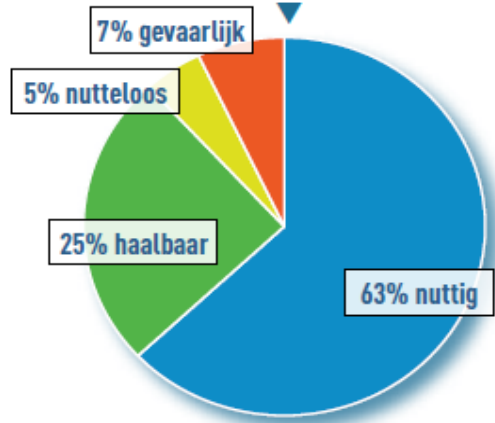
aanpassing van de dosering van chronische medicatie (94% tegen), aanpassing van het schema voor insulinotherapie (77% tegen), toediening van vaccinaties (64% tegen) evenals wat screening van darm- en borstkanker aangaat (61% tegen).

- De artsen tonen zich in het algemeen in meerderheid voorstander van de rol van de praktijkassistent. Voor 12% is deze 'onmisbaar'; voor 58% 'nuttig'. Slechts 8% vindt dit 'nuttelos' en zelfs 'gevaarlijk'.
- Welke taken zouden artsen durven te delegeren aan een praktijkassistent onder hun toezicht? De enquête geeft aan dat de respondenten bereid zijn een praktijkassistent in te zetten voor biometrie (93% 'pro'), technische onderzoeken (84% 'pro'), controle van het inentingenschema (81% 'pro') en preventie (78% 'pro'). De meningen zijn verdeeld als het gaat over screening van darm- en borstkanker (50% 'pro' en 50% 'contra') en de inspuiting van inenting (49% 'pro' en 51% 'contra'). Voor de meesten zijn echter uitgesloten: de aanpassing van de dosering van chronische medicatie (91% 'contra'), het voorschrijven van medicatie die onderworpen is aan voorschrift (89% 'contra'), de beperkte diagnoses (85% 'contra') en de aanpassing van het schema voor insulinotherapie (79% 'contra').
- Meer dan één arts op twee (56%) zou het 'gevaarlijk' vinden om apothekers toe te staan om terugbetaalde behandelingen zomaar te vernieuwen, zonder voorschrift. De vraag om de apotheker terugbetaalde behandelingen te laten starten zonder voorschrift stuit op nog heviger verzet. Acht artsen op tien (79%) vinden dit 'gevaarlijk' en 9% vinden dit 'onnuttig'. Het feit dat sommige apothekers deze vaccins zouden willen toedienen, vormt een even gevoelig thema. Voor 81% van de respondenten gaat dit te ver: 63% van hen vinden de toediening van vaccins door de apothekers 'gevaarlijk', en 18% vinden het 'onnuttig'.

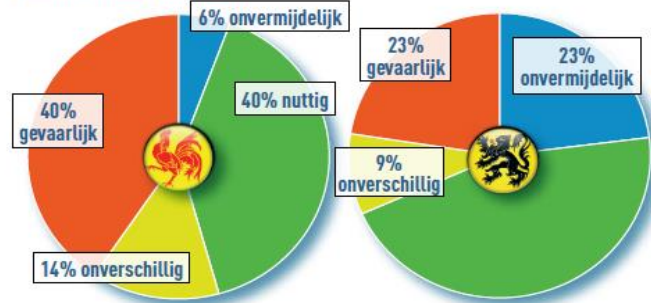
De meer gedetailleerde resultaten van de enquête zijn hier te vinden⁷:

⁷ Grafieken uit de Artsenkrant.

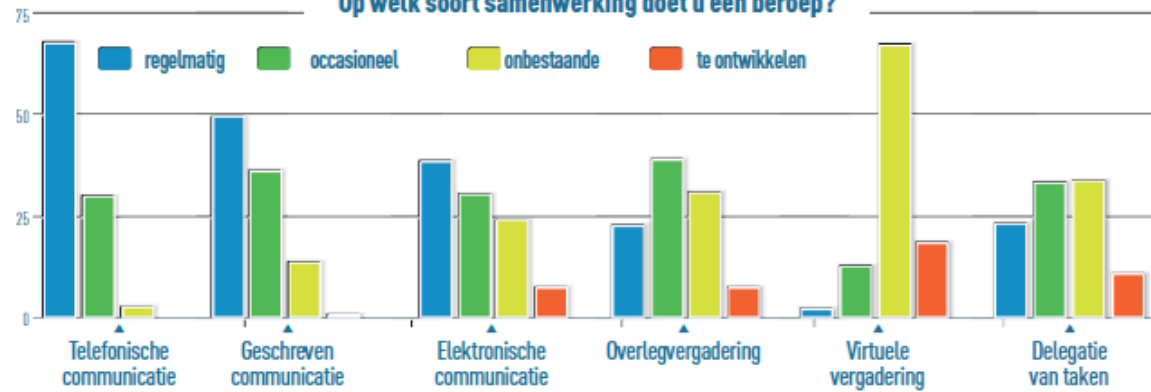
Wat is het gevoel dat het woord "multidisciplinariteit" bij u oproept?

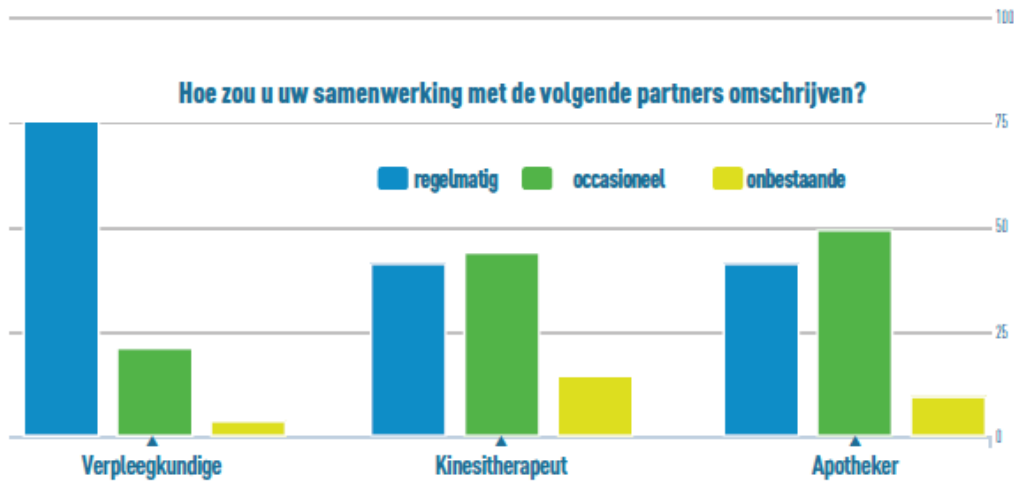


Wat is uw mening over het delegeren van taken die gewoonlijk door de huisarts worden verricht aan een andere gezondheidszorgbeoefenaar?

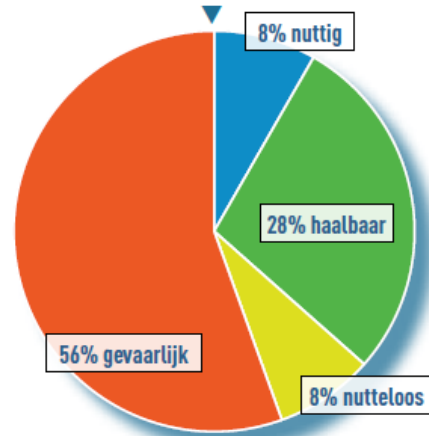


Op welk soort samenwerking doet u een beroep?

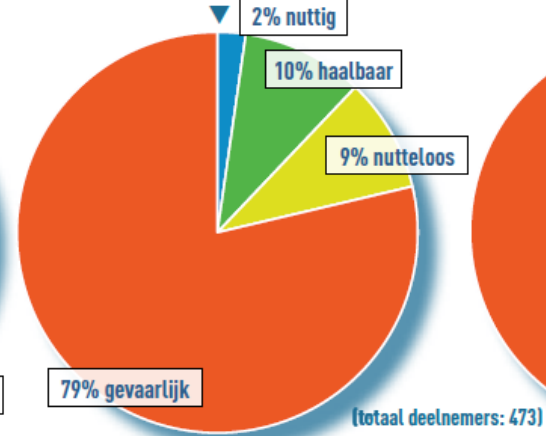




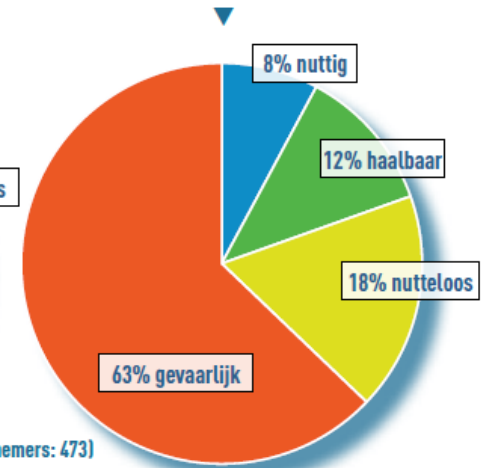
Hoe denkt u over het hernieuwen door de apotheker van terugbetaalde behandelingen zonder voorschrift?

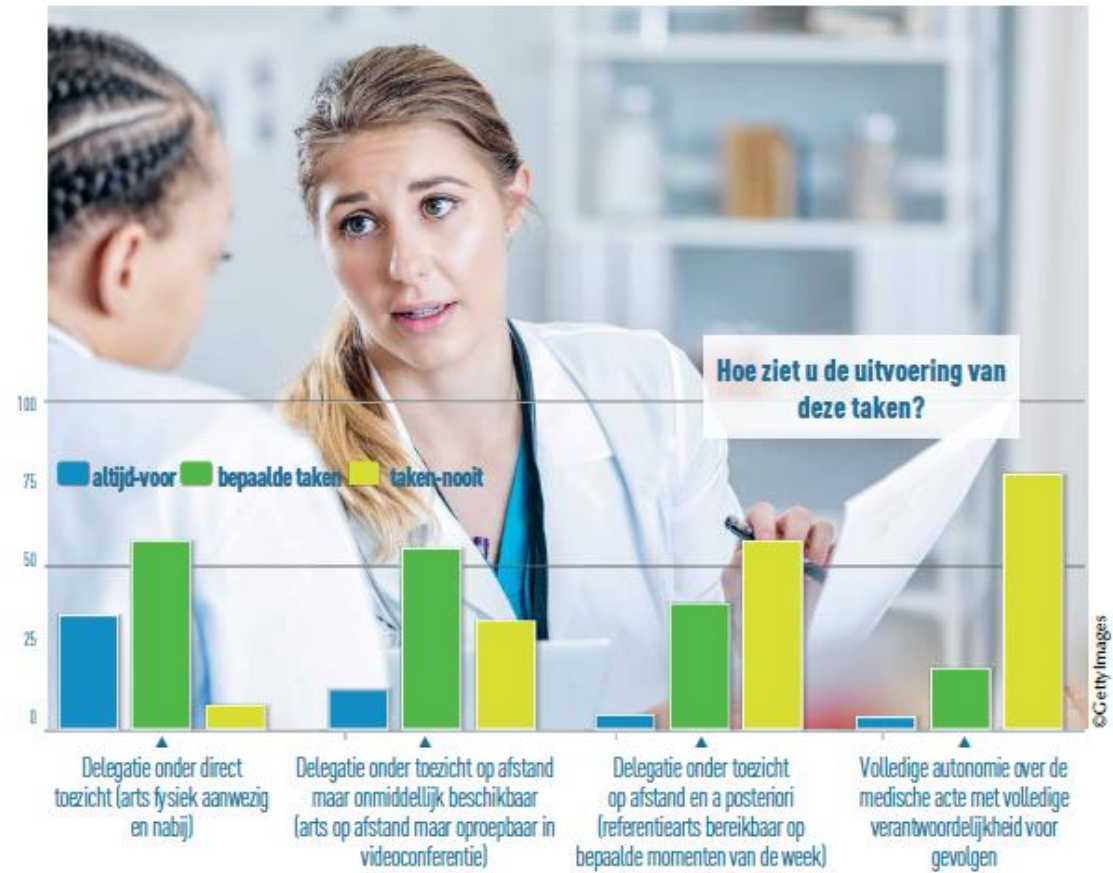


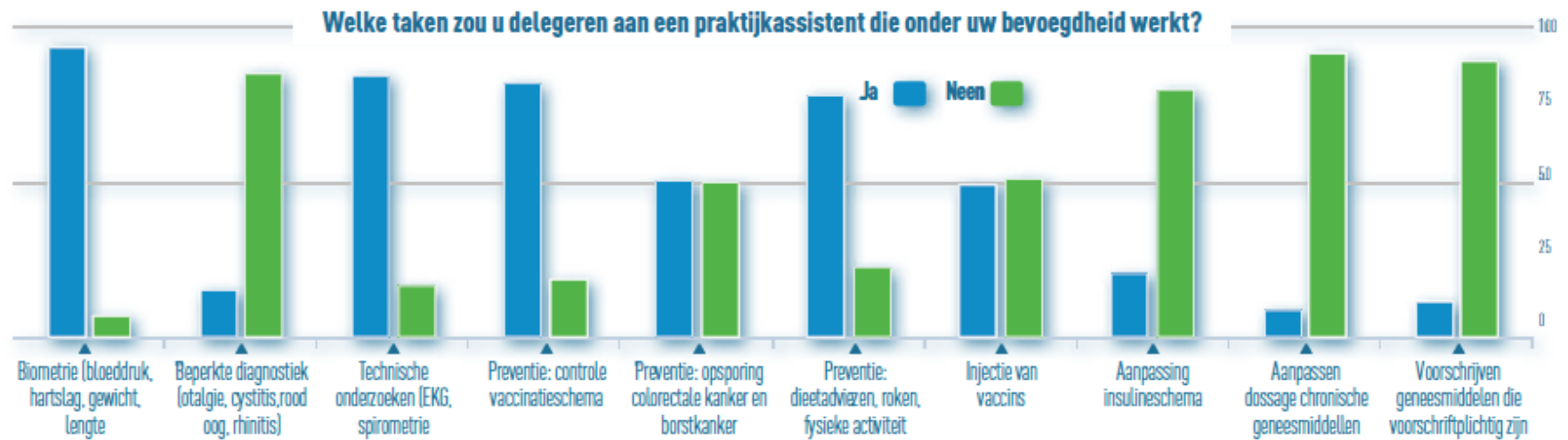
Hoe denkt u over het opstarten door de apotheker van terugbetaalde behandelingen zonder voorschrift?



Wat is uw mening over het toedienen van vaccins door de apotheker?







In diezelfde context onthouden we ook het standpunt van BVAS **aangaande het substitutierecht in het voordeel van de apothekers.**

Eind oktober 2019 lazen we in La Libre Belgique een toch wel flagrant pleidooi van Jean-Paul Knaepen, gedelegeerd bestuurder van de farmaceutische distributiecoöperatie EPC-Familia, om de apothekers te erkennen voor het recht tot substitutie met betrekking tot het voorschrift van de artsen. De argumenten die hij daarbij hanteerde, waren schandalig. De rol van de apotheker zou moeten evolueren, vond hij, *“want de artsen hebben niet altijd een geactualiseerde kennis van de geneesmiddelen; sommigen schrijven dingen voor die in feite niet eens meer op de markt zijn.”* BVAS vraagt zich af wat hij daarmee bedoelt. Dat de artsen geneesmiddelen voorschrijven die tijdelijk uitgeput zijn? Of dat hun kennis van de geneesmiddelen niet up-to-date is, wat toch wel een enorm schokkende bewering is.

Enkele weken later kwam het thema opnieuw op tafel, deze keer in de context van de toenemende schaarste aan geneesmiddelen. Hoewel BVAS zich bewust is van deze problematiek, verzet ze zich categoriek tegen dit recht op systematische substitutie voor de apothekers⁸ voor de geneesmiddelen die zij niet in voorraad hebben in hun apotheek.

De substitutie kan een bron van verwarring zijn voor de patiënt. Een patiënt die een gesubstitueerd geneesmiddel niet herkent als deel uitmakend van zijn vertrouwde behandeling, kan de inname ervan onderbreken. Een patiënt die vaststelt dat het geneesmiddel dat de apotheker hem heeft gegeven, verschilt van hetgeen hem werd voorgeschreven, kan zich ervan onthouden om het te nemen. En een patiënt die niet begrijpt dat twee specialiteiten dezelfde molecule bevatten, kan beide specialiteiten tegelijk nemen. BVAS heeft herhaaldelijk vastgesteld dat deze drie struikelstenen de patiënt mogelijk gevaarlijke tot levensgevaarlijke risico's doen lopen.

BVAS is zich bewust van de toenemende problematiek van onbeschikbaarheid van geneesmiddelen maar eist evenzeer dat deze onbeschikbaarheid strikt wordt omkaderd. De onbeschikbaarheid moet worden bewezen door een officieel document dat uitgaat van de groothandelaar en dat de apotheker een jaar lang zal bewaren. Vooraleer hij overgaat tot substitutie moet de apotheker de voorschrijvende arts raadplegen om hem in te lichten over de onbeschikbaarheid van een voorgeschreven geneesmiddel. Samen met de arts kiest de apotheker vervolgens het geneesmiddel dat het ontbrekende product zal substitueren.

⁸ De kwestie werd uiteindelijk geregeld in de wet van 20 december 2019 tot wijziging van diverse wetgevingen wat de tekorten aan geneesmiddelen betreft, op 3 februari 2020 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Met name artikel 7 van deze wet, tot wijziging van artikel 31 van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, preciseert: *“Bij onbeschikbaarheid van een geneesmiddel, gemeld aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en bekendgemaakt op de website van dat Agentschap, mag de apotheker de voorgeschreven farmaceutische specialiteit die wordt afgeleverd in een publiek toegankelijke apotheek substitueren door een ander geneesmiddel met eenzelfde werkzaam bestanddeel of combinatie van werkzame bestanddelen, eenzelfde sterkte, eenzelfde toedieningswijze en eenzelfde toedieningsfrequentie, op voorwaarde dat de richtsnoeren van het FAGG worden nageleefd en dat de voorschrijver hier geen therapeutisch bezwaar tegen heeft aangetekend.”*2 Deze redenen voor het therapeutisch bezwaar moeten worden vermeld in het dossier van de patiënt. 2[De apotheker stelt de patiënt in kennis van de substitutie. De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere toepassingsregels met betrekking tot de substitutie in geval van onbeschikbaarheid.]2

Artikel 8 van zijn kant wijzigt de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, door de volgende zinnen toe te voegen: enerzijds, dezelfde paragraaf als hieronder: [Bij onbeschikbaarheid bezwaar tegen heeft aangetekend] en anderzijds: 1[De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere toepassingsregels met betrekking tot de substitutie in geval van onbeschikbaarheid.]1

Momenteel zijn de apothekers burgerlijk en strafrechtelijk aansprakelijk voor de substitutie die zij doorvoeren zonder het akkoord van de voorschrijvende arts. De apothekers pleiten nu voor een wetgeving inzake het substitutierecht waardoor zij zouden ontsnappen aan burgerlijke en strafrechtelijke vervolging die tegen hen kan worden aangespannen bij schade waarvan de substitutie de potentiële oorzaak zou zijn. BVAS verzet zich met klem tegen deze vraag. De burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid van de arts kan in geen enkel geval de keuze van de apotheker dekken om af te wijken van de inhoud van zijn voorschrift.

De apotheker moet de volle burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid dragen voor schade aangericht door aflevering van een ander geneesmiddel dan hetgeen de arts heeft voorgeschreven. De apotheker moet de patiënt een bewijsstuk afleveren dat zijn volle verantwoordelijkheid voor de substitutie staft. De patiënt van zijn kant moet dit document overhandigen aan zijn voorschrijvende arts.

4. Akkoord artsen-ziekenfondsen 2020⁹

⁹ Noteer ook de publicatie, eind oktober 2019, van twee koninklijke besluiten (KB's) over het sociaal statuut van de geconventioneerde artsen.

- Het KB van 19 september 2019 (BS 21 oktober 2019 met inwerkingtreding op 1 januari 2017) betreft **de assimilatie van bepaalde situaties tegenover de wettelijke voorwaarden om van het sociaal statuut te genieten**. Artsen die van het sociaal statuut wensen te genieten, moeten sinds 2017 immers vastgestelde activiteitendrempels bereiken. Bepaalde artsencategorieën hebben echter recht op het sociaal statuut zonder de vastgestelde minimale activiteitendrempel te halen. Vooral voor deze artsen was een regeling nodig. BVAS is tevreden dat het KB met deze regeling eindelijk gepubliceerd werd. BVAS heeft erg veel tijd en energie besteed aan de voorbereiding van het dossier rond de zogenaamde 'assimilatiecategorieën' van artsen die in aanmerking komen voor de sociale voordelen. Ter herinnering: begin 2018 ontving een RIZIV-werkgroep meer dan 800 assimilatieaanvragen. Deze werden onderzocht om categorieën op te stellen van artsen die baat kunnen hebben bij de voordelen van een regeling ter zake. Zo konden de artsen met het oog op deze minimumdrempel niet alleen verstrekkingen meetellen die op hun persoonlijke naam geregistreerd staan, maar ook prestaties die in het referentiejaar (jaar X-2) geboekt werden op naam van het diensthoofd of een andere arts, op voorwaarde dat er een schriftelijk bewijs is van deze constructie. Komen ook in aanmerking: de artsen die tijdens het referentiejaar in het buitenland werkten. Voor deze artsen volstaat een verklaring op eer; de hoofdartsen, diensthoofden, ziekenhuishygiënist en equivalenten die expliciet betrokken zijn bij een klinische activiteit in het ziekenhuis; van hen wordt een schriftelijk bewijs verwacht van deze prestatie ten belope van gemiddeld 13 uur per week. De regeling geldt niet voor artsen met een overwegend administratieve functie zoals databeheer of bestuur. Het KB is evenmin van toepassing op adviserende artsen, verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, gevangenisartsen, gerechtsartsen of artsen met een louter academische functie.
- Het KB van 24 september 2019 (BS 21.10.2019) installeert (met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016) een premie die het RIZIV rechtstreeks op het door de arts opgegeven rekeningnummer stort, ten gunste van bepaalde **zorgverstrekkers die na hun wettelijk pensioen** (dat ze nemen vanaf 1 januari 2016) **blijven voortwerken** en het akkoord artsen-ziekenfondsen respecteren. We spreken voortaan van '**conventievoordeel**' voor deze premie en van '**sociaal voordeel**' voor het sociaal statuut zoals we dat tot nu kenden. Het premiebedrag is identiek aan het vastgestelde bedrag voor het sociaal voordeel voor de betrokken premiejaren, conform de voorwaarden inzake activiteit, prestaties en conventionering zoals gepreciseerd in het KB van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren. De premie voor de artsen die na 1 januari 2016 met pensioen gaan, moet worden aangevraagd volgens de procedure die al bestaat voor het sociaal voordeel, met dien verstande dat geen gegevens te leveren zijn inzake verzekeringscontract, en hierover geen verklaring moet worden afgelegd, en dat de arts - op

Einde 2019 hebben de artsen en de ziekenfondsen een medicomut-akkoord voor 2020 bereikt. Het was in de instabiele politieke context¹⁰ die we sinds half december 2018 kennen inderdaad niet mogelijk een akkoord voor 2 jaar te bereiken zoals de regel wil (art. 50 §8 van de wet van 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

➤ **In de context van deze onderhandelingen heeft BVAS haar eisen op tafel gelegd.**

Voor BVAS zijn de terugbetaling van de **teleconsultatie**, een **informaticapremie** voor de artsen-**specialisten** en het behoud van de **lineaire indexering van 1,95%** primordiale elementen in de onderhandelingen voor een nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen. Een andere prioriteit is de **herwaardering van het beschikbaarheidshonorarium** voor de huisartsen. BVAS pleit ook voor een **tariefverhoging voor de eerste raadpleging**, die vaak complexer is en meer tijd vergt dan een vervolgraadpleging.

De teleconsultatie tegen een tarief van 25 euro voor alle artsen is een voorstel dat budgettair neutraal is omdat de teleconsultatie een aantal standaardconsultaties zal vervangen. BVAS suggereert hier de volgende voorwaarden: een arts mag geen teleconsultatie aanrekenen zonder een voorafgaande 'fysieke' consultatie met de patiënt. Verder komen alleen artsen in aanmerking die een RIZIV-nummer hebben en hun praktijk uitoefenen op het Belgische grondgebied.

BVAS vindt het tijd dat ook artsen-specialisten aanspraak kunnen maken op een telematicapremie¹¹. De huisartsen, tandartsen en thuisverpleegkundigen genieten al van een tussenkomst in hun kosten voor informatica. BVAS denkt aan een premie van 1.750 euro als vergoeding voor hun basiskosten. Rekening houdend met het feit dat 30.750 artsen-specialisten in aanmerking komen, zou hiervoor een budget van 53,81 miljoen euro nodig zijn.

Indien het huidige systeem van één huisarts van wacht voor 25.000 inwoners overgaat naar een systeem van huisartsenwachtposten per 400.000 inwoners, is een herwaardering van de beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen noodzakelijk. Deze evolutie zou ongetwijfeld leiden tot een aanzienlijke daling van het aantal beschikbaarheidshonoraria dat huisartsen aanrekenen. BVAS

straffe van niet-ontvankelijkheid - het rekeningnummer moet vermelden waarop de premie moet worden gestort, evenals de rekeninghouder.

De 'premie' zal fiscaal gezien minder interessant zijn dan het sociaal statuut. BVAS blijft in een mededeling, zoals ze al herhaaldelijk heeft gedaan, aandringen op een fiscaal gunstige oplossing en stelt voor om deze premie te belasten tegen hetzelfde beperkte tarief dat geldt voor de Impulseo I-premie voor huisartsen, namelijk 16,5%.

Ter herinnering: de arts die zijn wettelijk pensioen vóór 1 januari 2016 heeft genomen, kan nog altijd de toelagen vragen die verbonden zijn met de sociale voordelen in de vorming van een vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen (VAPZ), aangegaan vóór 1 januari 2016.

¹⁰ We onthouden vooral dat de artsen zich na de verwerping van het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité in oktober volledig in diskrediet gebracht voelden. In november legde minister De Block haar eigen voorstel voor aan de artsen, waarbij ze de naleving van de wettelijke groeinorm van 1,5% en de totaliteit van de indexeringsmassa garandeerde. BVAS toonde zich dan tevreden met de stap van Maggie De Block. Voor de financiering van dit voorstel legde minister De Block immers besparingsmaatregelen op die volledig gericht zijn op de farmaceutische industrie, sector die zijn budget de voorbije jaren heeft overschreden. Het gaat hier om een logisch en billijk compensatiemechanisme dat overigens al werd toegepast op andere sectoren die hun budget hadden overschreden.

¹¹ Sinds 2016 betaalt het RIZIV de huisartsen elk jaar een forfaitair bedrag om de werking van hun praktijk en het gebruik van e-services te ondersteunen. De premie varieert van 1.000 tot 6.000 euro, afhankelijk van de situatie van de HA en van het gebruik van de digitale tools van het e-healthplatform. BVAS dringt erop aan om ook een telematicapremie te creëren voor de specialisten die actief zijn in een privépraktijk of in ziekenhuiscontext.

wenst dat de aldus gerealiseerde besparing van 20 miljoen euro zou worden gebruikt om het beschikbaarheidshonorarium te herwaarderen.

De constante eis om de lineaire indexering te handhaven op 1,95%, de groeicijfer en de structureel gereserveerde bedragen sluiten het prioriteitenlijstje van BVAS af.

Parallel hiermee steunt BVAS een aantal andere maatregelen. Zo zou het mogelijk moeten zijn om een gedeelte van **de index te gebruiken voor de radiologie om bepaalde dossiers te herwaarderen**, bijv. dat van de coronaire CT-scan. De sector van de medische beeldvorming zou dan met 1,35% geïndexeerd worden. De overige 0,6% zouden worden afgeleid naar de coronaire CT-scan.

BVAS staat ook achter de vraag van de artsen-specialisten in **fysische en revalidatiegeneeskunde**. Deze sector is al jaren ondergefinancierd, met dramatische tekorten als gevolg. In de komende drie jaar zal 5 tot 6 miljoen euro per jaar nodig zijn om te voorkomen dat de toestand onhoudbaar wordt.

BVAS ondersteunt ook alle dossiers die voor evaluatie voorliggen bij het RIZIV, meer bepaald de **anesthesieconsultatie en bepaalde prestaties in de klinische biologie**.

Tot slot vraagt BVAS een extra budget voor de **automatische verlenging van het globaal medisch dossier (GMD)**¹² zonder contact met de patiënt. Deze automatische verlenging vergt 19,5 miljoen euro aan recurrente extra kosten vanaf 2020 waarmee rekening moet worden gehouden in de begrotingsberekeningen. Zij verzet zich ook tegen het voorstel om de GMD-gebonden honoraria gespreid te storten, en eist dat de eenmalige storting wordt gehandhaafd.

- **BVAS is globaal tevreden over het ‘medicomut’-akkoord 2020. Hierover werd midden december nachtelijk onderhandeld tot de finish.**

De artsen kregen een budget van 8,59 miljard euro toegewezen voor hun honoraria. Voor het derde jaar op rij heeft BVAS een verhoging kunnen afdwingen voor de honoraria voor raadplegingen, bezoeken, adviezen en toezicht. Deze worden vanaf 1 januari 2020 met 1,95% verhoogd. Bovenop die globale inspanning is er in het nieuwe akkoord speciale aandacht voor de pediaters. Hun raadplegingen worden geherwaardeerd met 4,7% bovenop de voorziene indexering.

Het nieuwe akkoord voorziet ook in een herwaardering voor andere prestaties. Er wordt een bedrag van 5 miljoen euro vrijgemaakt voor revalidatie en fysische geneeskunde. Er komen ook meer middelen voor palliatieve zorg, voor het toezicht in het oncologische dagziekenhuis, voor patiënten in MIC-centra (maternal intensive care) en voor de pre-operatieve consultatie in de anesthesie.

Dankzij BVAS ging er ook bijzondere aandacht naar de huisartsen in opleiding (HAIO's) en naar de artsen-specialisten in opleiding (ASO's). Als overgangmaatregel voor 2020 wordt hun sociaal statuut

¹² Vanaf 1 januari 2021 wordt het elektronische globaal medisch dossier (eGMD) via MyCareNet inderdaad de enige en uitsluitende financieringsbron voor het GMD-beheer. Doel van dit plan is tot een administratief eenvoudigere en transparantere GMD-terugbetaling te komen. Dit betekent dat in 2021 een prefinanciering van de GMD-honoraria zou plaatsvinden, en dit op basis van het aantal patiënten met een door de ziekenfondsen gerepertorieerd GMD aan het eind van december 2020. Op een nog te bepalen datum in 2021 zou dit bedrag dat aan de GMD-honoraria gerelateerd is, aan de betrokken artsen overgemaakt worden, ongeacht of er in 2021 al dan niet contact is geweest (via een consultatie en/of een huisbezoek). BVAS is voorstander van een eenmalige storting. Indien deze honoraria in twee (of meer) keren worden gestort, betekent dit concreet dat het honorariumbedrag voor een GMD-opening 15,5 euro zou bedragen. Bij betaling per kwartaal komen we dus tot een storting van 7,625 euro. Volgens BVAS is dit onaanvaardbaar. Voor BVAS zijn de administratieve vereenvoudiging en de onmisbare transparantie rond het GMD primordiaal, net zoals het principe van een automatische verlenging zonder contact.

tot 1.250 euro opgetrokken, goed voor een investering van 10,5 miljoen euro. In afwachting van een wetwijziging die dit mogelijk maakt, is BVAAS het enige artsensyndicaat dat een salarisverhoging tot 1.250 euro voor alle artsen in opleiding verdedigt in plaats van een financiering van hun pensioen.

Verder heeft BVAAS de automatische verlenging van het globaal medisch dossier (GMD) zonder contact met de patiënt ondersteund. Aangezien er geen enkel extra budget voorzien was om dit te financieren, heeft de medicomut - op verzoek van BVAAS - aanvaard om met voorrang een deel van de indexeringsmassa voor alle artsen hieraan te besteden.

Het budget voor de huisartsenwachtposten stijgt met 11 miljoen euro. Een belangrijke verwezenlijking van BVAAS is dat huisartsen de vrijheid behouden om hun permanentie te organiseren via een wachtpost of via een wachtdienst die door hun kring wordt georganiseerd. De huisartsenkringen zullen dan wel moeten aansluiten bij bestaande samenwerkingsverbanden om gebruik te kunnen maken van het centrale oproepnummer 1733 dat nog uitgerold moet worden.

Een werkgroep, bestaande uit leden van de artsenkringen en -syndicaten, zal regio per regio de betrokken huisartsen uitnodigen voor overleg. Er is ook sprake van deblokking van een financiering voor een proefproject dat inherent is aan de opening van de huisartsenwachtposten tijdens de week. Op verzoek van BVAAS vermeldt het akkoord expliciet dat het voorziene budget van 3 miljoen euro uitsluitend zal worden besteed aan de honoraria van de artsen en niet aan de financiering van de structuren of van personeel.

Aangaande de problematiek van de burn-out en de ondersteuning van collega's in moeilijkheden zal een extra budget worden toegekend aan initiatieven zoals 'Artsen in nood' en 'doctors4doctors'.

BVAAS is ook bijzonder tevreden over de eerste stappen die dit akkoord zet naar telegeneeskunde in België. We lanceren de telegeneeskunde¹³ officieel in de dermatologie. Voor de huisartsen bestaat ook de mogelijkheid om via teleconferentie deel te nemen aan de MOC.

5. Hervorming van de nomenclatuur

Begin 2019 deelde de algemene directie van het RIZIV mee dat ze op redelijke termijn een herstructurering van de nomenclatuur¹⁴ wenste. De hervorming heeft als doelstelling vooral om de

¹³ Lees in dit verband het advies van de Orde van 21 september 2019: 'Teleconsultatie met het oog op het stellen van een diagnose en het voorstellen van een behandeling'.

¹⁴ Fragment uit een artikel van dr. de Toeuf over deze kwestie: "De nomenclatuur wordt al sinds 1964 volgens hetzelfde model uitgewerkt: elke handeling wordt beschreven (omschrijvingen), met regels voor niet-cumul, diagnose of toepassing, en met honoraria waarvan de waarde wordt bepaald door vermenigvuldiging met een code (waarvan de waarde in euro geïndexeerd, geherwaardeerd of verlaagd kan worden) en met een relatieve coëfficiënt die een relatieve moeilijkheidsgraad, vereiste tijd voor de prestatie, enz. zou moeten weerspiegelen. Het honorarium staat deels voor de vergoeding van de arts en deels voor de dekking van zijn kosten hiervoor: investering in materiaal en gebouwen, onderhoud daarvan, personeelskosten, administratie (facturatie enz.). Het inkomen van de arts is afhankelijk van de omvang van de kosten die hij moet dekken en het soort prestaties dat hij levert binnen zijn eigen nomenclatuur.

Er bestaan uitzonderingen op de regel van kostendekking door honoraria: de nomenclatuur stipuleert dat de honoraria van de anesthesist géén kosten bevatten. De ziekenhuisbeheerders hebben daar uiteraard geen moeite mee. Ook de hardwarekosten bij interventie onder controle van medische beeldvorming zijn niet inbegrepen in de honoraria (artikel 34); idem voor de gipspleisters bij orthopedie.

Meer fundamenteel bepaalt art. 155 van de Ziekenhuiswet dat de honoraria niet meetellen om de kosten te coveren die deel uitmaken van de begroting van de financiële middelen van het ziekenhuis, bijvoorbeeld de kosten van de ziekenhuiskamer, kosten van het operatiekwartier, diensten als intensive care of spoed. Kortom: de honoraria voor de prestaties aan het ziekenbed zijn vrij van kosten.

nomenclatuur beter leesbaar te maken maar ook om de verschillen in de honoraria tussen huisartsen en artsen-specialisten, en tussen artsen-specialisten onderling te verminderen. Doel is ook de nomenclatuur beter te laten overeenstemmen met de ontwikkelingen in de medische activiteit en met de nieuwe modellen van zorgverlening.

Er werden twee studies besteld voor dit hervormingsplan. De ene bij de KU Leuven en een andere bij de professoren Leclercq en Pirson. Uiteindelijk werd het document van deze laatste gebruikt om het debat binnen de medicomutcommissie te starten.

De analyse die de AD van het RIZIV had besteld, tracht een inventaris te maken van de huidige nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zoals van kracht op 1 december 2018 ('NGV VO') om, na standaardisering, te komen tot de nieuwe nomenclatuur: 'NGZ V1'.

Op 19/11/2018 hebben de onderzoekers in de NGZ VO 7.556 omschrijvingen gerepertorieerd. De NGZ VO 2018 wordt opgesplitst in 'medische' NGZ- en 'paramedische en andere' NGZ-omschrijvingen. De laatste categorie geldt voor niet-medische (tandheelkundige, verpleegkundige, ...) zorgen en diverse RVT-codes (rust- en verzorgingstehuizen). Deze 'niet-medische' NGV bevat 3.773 omschrijvingen; de 'medische' NGV telt er 3.748.

Het is de bedoeling de medische handelingen te ordenen per systeem, handeling, benadering en artikel van de oude nomenclatuur. Daarna moet een plan van aanpak worden ingevoerd om het professionele gedeelte van de medische handelingen te tarifieren om tot een betere transparantie te komen in de tariefberekening en ongelijkheden in medische retributies te beperken. Dubbels worden vermeden en omschrijvingen worden geherstructureerd of zelfs gecreëerd. De reële werktijd van de arts wordt de belangrijkste factor voor zijn inkomen, gemoduleerd volgens stressniveau, competentie, vereiste ervaring en ongemakken (nachtwerk, ...).

Tijdens de uitlegssessie van 25 september 2019 meldde het RIZIV de start van het nomenclatuurherzieningsprogramma. Drie teams zullen deze hervorming (die normaal in drie fasen verloopt) wetenschappelijk ondersteunen: ULB, UGent¹⁵ (met meer bepaald de gezondheidseconomen Lieven Annemans en Jeroen Trybou) en Möbius, kantoor met specialisatie in business redesign.

Gevolg: elk voorstel tot vernieuwing van de nomenclatuur zal dus moeten afrekenen met het kostenprobleem. Minister De Block heeft voorgesteld om het honorarium voor prestaties te splitsen in een deel voor de arts en een deel dat de kosten dekt. Zij preciseerde dat het kostendekkende gedeelte evenzeer tot het honorarium van de arts zou behoren.

Men zal dus zeer aandachtig moeten zijn voor nieuwe modelvoorstellen, want de ambulante prestaties (in consultatie/polyklinisch, in/buiten het ziekenhuis) dragen niet dezelfde kostenlast als wanneer uitgevoerd bij dag- of klassieke hospitalisatie, gezien de bepalingen van de hogergenoemde ziekenhuiswet.

De grondige hervorming van de nomenclatuur moet noodzakelijkerwijze gepaard gaan met de aftrek van de bedragen die de ziekenhuizen onterecht innen ten nadele van de honoraria. Daarom is een streng beheer vereist van de uitgaven in de begroting van de financiële middelen, naast een significante herfinanciering van deze begroting. Het wordt tijd dat de honoraria niet langer de variabelen vormen die moeten zorgen voor het evenwicht van de ziekenhuisbegroting, en dat er meer transparantie komt.

De zorgverzekering moet bijzonder waakzaam zijn en positief tegemoetkomen aan de legitieme eisen van de artsen voor een behoorlijke vergoeding. Er moet ook worden nagegaan in welke mate men in het waarderooster van de prestaties parameters zal kunnen opnemen zoals ervaring, functie en verantwoordelijkheden van de arts in zijn praktijkgroep, zijn academische status, enz. In de huidige nomenclatuur wordt geen rekening gehouden met al die kwaliteiten.

Dit wordt geen 'walk in the park'. Hopelijk zullen de professionals in de gezondheidszorgsector op één lijn geraken om een herfinanciering van hun beroepen door te drukken. "

¹⁵ De groep UGent zal focussen op de nomenclatuur van de consultaties - bezoeken - toezicht.

Het totale project werd dus verdeeld in diverse projecten, waarvan één gestuurd door de firma **Möbius** voor de specifieke sectoren **klinische biologie, pathologische anatomie, radiotherapie en nucleaire geneeskunde**. Het gaat om een lang programma: de duur wordt geraamd op minstens vier jaar. Toch wil Möbius voor deze verschillende sectoren een verkennende fase realiseren vooraleer de meest geschikte methodologie te bepalen voor de herziening van de nomenclatuurcodes voor de betrokken sectoren. BVAS heeft dus experts geleverd om deel te nemen aan deze vergaderingen.

Vervolgens werden werkgroepen geïnstalleerd voor de volgende klinische disciplines: **heelkunde op het abdomen, gastro-enterologie, urologie, heelkunde op de thorax, KNO, pneumologie en cardiologie**.

6. Actieplan eGezondheid 2019 – 2021

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC VG, samengesteld uit 8 ministers) keurde eind januari 2019 het actieplan eGezondheid 2019-2021 goed.

Het actieplan 2019-2021 positioneert zich als een (logisch) vervolg op het actieplan 2013-2018 (in 2015 geactualiseerd), met de klemtoon op:

- De verruiming van de bestaande concepten tot andere doelgroepen of andere toepassingsdomeinen;
- De voortzetting van de lopende projecten, met bijzondere klemtoon op het concrete gebruik in de praktijk;
- De uitwerking van een kader en van een beheersmodel voor het gebruik van de bestaande systemen die werden opgebouwd door de overheid en/of de privésector;
- ‘De operationele uitmuntendheid’: ondersteuning voor het gebruik, rapporten over het gebruik (KPI’s enz.), over de beschikbaarheid en de prestaties, verbetering van de testinstallaties, ... ;
- De verbinding met Europa en met internationale initiatieven en programma’s;
- Bijsturing van lopende projecten; stopzetting van projecten die niet meer relevant zijn; lancering van nieuwe projecten, beperkt tot projecten die de lopende projecten kunnen consolideren, harmoniseren en stabiliseren.

Het Actieplan eGezondheid 2019-2021 beschrijft voor alle **zeven clusters en 44 projecten** de huidige situatie, de gewenste situatie en de voornaamste uitdagingen om tot die gewenste situatie te komen. De Interministeriële Conferentie zal de uitvoering van het eGezondheidsplan periodiek monitoren.

Deze 7 clusters zijn:

- **De fundamenten van het eGezondheidslandschap:** het betreft bijv. het beheer en de evolutie van de principes en systemen inzake geïnfomatiseerde toestemming door de patiënt, de toegangsmatrix tot eGezondheidsdiensten en -informatie voor zorgverleners, het beheer en gebruik van de basisdiensten, de gebruikte terminologische en technische standaarden, etc. Dit betekent dus dat, zowel voor de patiënt, voor de zorgverlener als voor de softwareleveranciers, dezelfde regels en afspraken van toepassing zijn.
- **De transversale aspecten van het eGezondheidsplan:** bijv. het voorzien in gepaste communicatie, alsook het verzekeren van een goede aansturing en opvolging van de projecten door de samenhang ervan nauwgezet op te volgen.
- **De ondersteuning van de implementatie:** dit betreft bijv. het beleid inzake incentives voor het gebruik van eGezondheidsdiensten door de zorgverleners.
- **De operationele excellentie:** in de periode 2013-2018 gingen we voor veel eGezondheidsprojecten over van de 'idee'-fase naar de ontwikkeling en de reële toepassing ervan op het terrein. Daarbij zijn ook een aantal problemen en aandachtspunten vastgesteld, bv. op vlak van de stabiliteit van de systemen en de te behalen kwaliteitsniveaus. Zoals hoger vermeld, meent de IMC dat het verhogen van de operationele excellentie een belangrijk werkpunt is; daarom omvat het Actieplan ook concrete projecten om een vlotte implementatie van de nieuwe tools en systemen te verzekeren, zowel met sterke/betrouwbare technische infrastructuur, als met ondersteunende en begeleidende initiatieven voor alle actoren: burger, verstrekker, softwareleveranciers...
- **De zorgverstrekkers en de zorginstellingen:** deze cluster omvat een reeks projecten die diensten met toegevoegde waarde ten aanzien van de zorgverleners willen realiseren, zoals tools voor multidisciplinaire en transmurale gegevensuitwisseling, de verdere ontwikkeling van het elektronisch voorschrift, de verdere ontwikkeling van het EPD in de ziekenhuizen, de implementatie van het BelRai-instrument, etc. Zoals blijkt, betreft het hier in belangrijke mate projecten die in het vorige Actieplan reeds werden aangevat en die nu verder uitgevoerd en uitgebreid worden.
- **De patiënt als co-piloot:** deze cluster omvat de eGezondheidsprojecten die zich rechtstreeks tot de patiënt richten. Het gaat bv. om de verdere ontwikkeling van het persoonlijk gezondheidsportaal Mijngezondheid (Personal Health Viewer), met de ambitie dat een burger, via 1 ingangspoort, toegang heeft tot alle, bestaande elektronische informatie van zijn gezondheidsdossier, onafhankelijk van de 'bron' ervan. De burgers zullen ook de mogelijkheid hebben om rechtstreeks hun verklaring inzake orgaandonatie te beheren.
- **Ziekenfondsen:** een specifieke cluster van het eGezondheidsplan richting zich tot de ziekenfondsen die op het vlak van de digitale transformatie van administratieve processen met zorgverstrekkers, de patiënten en de overheid een reeks projecten hebben lopen, zoals eAttest, eFacturatie, digitalisering van akkoorden en toestemmingen zoals voor Hoofdstuk IV-geneesmiddelen, enz.

			Governance		
			Federaal	Inter-Federaal	Gefedereerde entiteiten
Cluster					
0 Fundamenten					
	0.1	Informed Consent		X	
	0.2	Toegangsmatrix, therapeutische,zorg- en andere relaties		X	
	0.3	Basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer		X	
	0.4	Regels voor Kluis van e-Gezondheid		X	
	0.5	Informatie-standaarden	X		
	0.6	Terminologie	X		
	0.7	Cobrha Next Generation & UPPAD		X	
	0.8	Strategisch onderzoek naar efficiëntere samenwerkingsmodellen met externe betrokkenen		X	
1 Transversaal					
	1.1	Communicatie		X	
	1.2	Programma-monitoring		X	
2 Ondersteuning					
	2.1	Incentives	X		
	2.2	Gedragcode&richtlijnen over delen van persoonlijke gezondheidsgegevens		X	
3 Operational Excellence					
	3.1	Basisarchitectuur		X	
	3.2	SLA's en Service Management	X		
	3.3	Business Continuity	X		
	3.4	Documentatie, help desk & support	X		
	3.5	Testomgevingen, flows, processen, data		X	
	3.6	Kwaliteit van gezondheidssoftware		X	
	3.7	Opleiding en vorming			X
	3.8	Administratieve werklasterlag voor zorgverleners	X		

			Governance		
			Federaal	Inter-Federaal	Gefedereerde entiteiten
Cluster					
4 Zorgverstrekkers en zorginstellingen					
4.1	Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling		X		
4.2	Multi-disciplinaire functionaliteiten			X	
4.3	Electronisch voorschrift		X		
4.4	VIDIS - evolutie van electronisch voorschrijven		X		
4.5	Beslissingsondersteunend platform		X		
4.6	BelRAI			X	
4.7	Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt)		X		
4.8	MEDEX		X		
4.9	EPD in alle hospitalen		X		
4.10	Publicatie van gestructureerde informatie		X		
4.11	Registers		X		
4.12	Communicatie over en planning van zorg			X	
4.13	Europees CEF			X	
4.14	Modulation accès patient par les prestataires de soins			X	
5 Patient als co-piloot					
5.1	Persoonlijk gezondheidsportaal		X		
5.2	Digitaal Verwijsplatform		X		
5.3	Orgadon		X		
6 eGezondheid met Mutualiteiten					
6.1	e-Attest voor arts-specialist, tandarts, kiné & logopedisten		X		
6.2	eFac pour maison médicales, kiné & logopédes		X		
6.3	Consultation des données du membre		X		
6.4	Digitalisation des conventions de revalidation		X		
6.5	Digitalisation des accord Chapitre IV		X		
6.6	Inscription en Maison Médicales		X		
6.7	Digitalisation des accord kinés		X		

Het plan 2013- 2018 omvatte 20 actiepunten, gericht op zowel overheden als zorgverstrekkers en patiënten. Uit een evaluatie door de IMC blijkt dat 72% van de doelstellingen gerealiseerd werden.

Zoals aangegeven als één van de principes is het nieuwe actieplan een voortzetting van het vorige. De mapping van de vorige projecten naar de projecten in het nieuwe actieplan is als volgt:

Actieplan 2013-2018		Actieplan 2019-2021	
Actiepunt		Cluster&Project	
AP01	GMD = EMD => SUMEHR / DMG = DMI => SUMEHR	4.1	Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling
AP02	ZIEKENHUIS-EPD / DPI HOSPITALIER	4.9	EPD in alle hospitalen
AP03	MEDICATIESCHEMA / SCHEMA DE MEDICATION	4.4	VIDIS - evolutie van elektronisch voorschrijven
AP04	ELEKTRONISCH VOORSCHRIFT / PRESCRIPTION ELECTRONIC	4.3	Electronisch voorschrift
AP05	Gegevens delen via het systeem hubs & metahub algemeen	4.10	Publicatie van gestructureerde informatie
AP06	Delen om samen te werken / PARTAGER AFIN DE COLLABORATION	4.1	Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling
AP07	Psychiatrische en andere instellingen en het systeem hubs	4.10	Publicatie van gestructureerde informatie
AP08	BELRAI : UNIFORM EVALUTIE-INSTRUMENT / UN INSTRUMENT	4.6	BelRAI
AP09	INCENTIVES VOOR GEBRUIK / INCITANTS A L'UTILISATION	2.1	Incentives
AP10	TOEGANG TOT DE GEGEVENS DOOR DE PATIËNT (PHR) / ACCESS	5.1	Persoonlijk gezondheidsportaal
AP11	COMMUNICATIE / COMMUNICATION	1.1	Communicatie
AP12	OPLEIDING EN ICT-ONDERSTEUNING VAN ZORGVERSTREKKERS	Operationele Service	
AP13	STANDAARDEN EN TERMINOLOGIEBELEID / STANDARDS AND	0.5 en 0.6	Informatie-standaarden & Terminologie
AP14	MYCARENET	Cluster 6 eGezondheid met Mutualiteiten	
AP15	ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING / SIMPLIFICATION	4.7	Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt)
AP16	TRACERBAARHEID VAN DE IMPLANTATEN EN VAN DE GEVE	Operationele Service	
AP17	VERALGEMEEND GEBRUIK VAN DE EHEALTHBOX EN GEGEV	0.7	Cobrha Next Generation & UPPAD
AP18	INVENTARISATIE EN CONSOLIDATIE VAN REGISTERS / INVE	4.11	Registers
AP19	MOBILE HEALTH	Operationele Service	
AP20	GOVERNANCE, ROLL OUT EN MONITORING E-GEZONDHEID	1.2	Programma-monitoring

Op 26 februari 2019 heeft BVAS de ministers aangeschreven om het feit aan te klagen dat zij niet werd bevraagd voor dit nieuwe plan:

“Het actieplan werd intussen gepubliceerd zonder dat de vertegenwoordigers van de artsen, meer bepaald BVAS, een stem in het kapittel hadden voor wat de ontwikkeling en financiering van het plan aangaat, noch voor de projecten die de komende drie jaren zullen worden aangesneden. Wij vernemen dat zelfs dr. Jacques de Toeuf, voorzitter van het eHealth-platform, hierover niet werd geraadpleegd.

Wij zijn er diep van overtuigd dat een Actieplan eGezondheid enkel kan slagen als het wordt opgesteld in nauwe samenwerking met alle betrokken stakeholders en zorgverstrekkers. De deelname van de artsen vormt volgens BVAS een primordiale voorwaarde om goede oriënteringen te vestigen en voor de bepaling van de juiste prioriteiten van het bedoelde Actieplan. Een plan moet op de grootst mogelijke schaal gedragen worden, om vooruitgang te boeken op een omvangrijk domein zoals dat van de eGezondheid.

BVAS stelt vast dat het nieuwe Actieplan voor de basisdiensten van de eGezondheid akkoorden op het serviceniveau (Service Level Agreements) definieert met betrekking tot prestaties en beschikbaarheid. Dat is meer dan ooit onmisbaar. Nog al te vaak moeten de artsen en andere zorgverstrekkers vaststellen dat ze worden geconfronteerd met pannes tijdens het gebruik van het eGezondheidsplatform. Wij dringen er dus op aan dat het systeem zijn stabiliteit bewijst vooraleer enige nieuwe toepassing te lanceren. “

BVAS wenst nauw betrokken te worden bij de ontplooiing van dit actieplan en zou bijzonder graag betrokken worden bij de voorbereiding van een eventueel volgend actieplan, en dit vanaf de start daarvan.

7. De opleiding geneeskunde: verhoging van de quota in Vlaanderen

Einde 2019 formuleerde de Vlaamse vleugel van BVAS haar ontevredenheid over de beslissing van de Vlaamse overheid om het aantal toegelaten kandidaten voor de studie geneeskunde en tandheelkunde in Vlaanderen met 374 eenheden te verhogen.

Deze beslissing om de quota te verhogen is duidelijk schadelijk voor de kwaliteit van de opleiding. Vlaanderen creëert zichzelf hierdoor overigens dezelfde problematische situatie als in Franstalig België, namelijk dat deze gediplomeerden geen enkele zekerheid hebben dat ze een RIZIV-nummer zullen krijgen vermits er minder nummers zijn dan het huidige aantal toegelaten studenten.

BVAS heeft er bij de Vlaamse overheid ook op aangedrongen om in het kader van haar eigen planningscommissie voorrang te geven aan de differentiatie van de verschillende specialiteiten volgens de behoeften van de bevolking. De overheid zou ook moeten bekijken hoe ze specialiteiten als huisartsenij, geriatrie, pedopsychiatrie, pathologische anatomie, ... aantrekkelijker kan maken.

8. Financiering van de huisartsenwachtposten (HAWP's)

Begin 2019 brachten onze huisartsen ons op de hoogte van de problemen die zij ondervinden in het kader van de conventies met betrekking tot de toegekende budgetten voor de werking van de HAWP's (huisartsenwachtposten).

Wij konden hun klachten globaal als volgt samenvatten:

1. De conventies worden ter ondertekening aangeboden terwijl het jaar al gestart is. Er is dus nog altijd onzekerheid.
2. Deze conventies bevatten steeds meer beperkingen.
3. Het RIZIV wil het budget voor 2018 met terugwerkende kracht herzien.
4. De HAWP-verantwoordelijken hebben geen weet van de verdeling van het aan de HAWP toekende budget in subrubrieken.
5. Deze subrubrieken zijn strikt van elkaar gescheiden, zodat een overschrijding in de ene subrubriek niet kan worden aangezuiverd met overtollige fondsen in een andere subrubriek waarin minder zou zijn uitgegeven.
6. De berekeningsmethode voor het budget 2019 wordt geheld: men steunt op de reële uitgaven van 2017 + 4%: waar men minder had uitgegeven dan het budget, verliest men; wie méér dan het budget had uitgegeven, wint erbij. De HAWP's zouden meer bepaald niet meer de gebruikelijke budgetten mét een marge (boven de effectieve noden) ontvangen, waarmee men het hoofd kan bieden aan het onvoorspelbare – met name extra loonkosten bij werkonbekwaamheid of bevallingsverlof. Er wordt hun aangekondigd dat zij zullen ontvangen wat in 2017 reëel werd uitgegeven, + 2% voor 2018 en + 2% voor 2019 (dus plus 4% in 2019).

BVAS heeft haar juristen deze verschillende problemen laten onderzoeken om na te gaan welke rechtsmiddelen deze artsen konden inzetten.

Dit werd door onze vertegenwoordigers bij de commissie artsen-ziekenfondsen verder uitgespit.

Zo meldde BVAS in juli 2019, na meerdere maanden werk in dit verband binnen de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ), grote vorderingen inzake de financiering van de huisartsenwachtposten.

Terwijl het budget van een huisartsenwachtpost tot dan vergrendeld was door een strakke groeinorm (2%), met individueel geplafonneerde specifieke rubrieken (coördinatie, vervoer, informatica, personeel, ...), zal het RIZIV voortaan - ook al blijft een standaardisering van de financieringscriteria van kracht - rekening houden met de specifieke context van elke wachtpost, met name voor de extra uitgaven, voor zover deze gerechtvaardigd en gedocumenteerd zijn. Meerdere wachtposten in moeilijkheden hebben al gebruik kunnen maken van deze vorderingen.

In de praktijk gelden nu al sommige maatregelen voor het budget 2018:

- Voor de berekening van het eindsaldo wordt niet alleen rekening gehouden met specifieke rubrieken maar ook met het globale jaarbedrag. Zo kan een wachtpost het plafond van een rubriek overschrijden voor zover het globale budget gerespecteerd blijft.
- Er wordt ook overgegaan tot een evaluatie op basis van de reële lasten en uitgaven die voortvloeien uit bepaalde verplichtingen, bijv. bepaalde anciënniteiten op het niveau van de lonen van personeel met een arbeidscontract. Parallel hiermee kunnen bepaalde evoluties in de prijs van externe diensten in rekening gebracht worden. In voorkomend geval kan dit leiden tot overschrijding van het initieel voorziene globaal bedrag voor 2018.

Voor de latere budgetten (vanaf 2019):

- De twee beschreven mechanismen voor 2018 worden eveneens toegepast.
- De wachtposten kunnen een analytische fiche voorstellen met een alternatieve samenstelling en toewijzing van het huidige budget, zodat in bepaalde rubrieken overschrijdingen mogelijk zijn.
- In het budget wordt rekening gehouden met de arbeidsonbekwaamheid van loontrekkers: betaling van gewaarborgd loon en van vervangingen.
- De ICT-financiering houdt rekening met de moeilijkheden op het terrein.
- De wachtposten hebben de mogelijkheid om aanvragen tot budgetverhoging in te dienen. Deze geprogrammeerde aanvragen voor budgetverhoging moeten vooraf worden ingediend op het adres: postedegarde@riziv-inami.fgov.be.

De NCAZ beklemtoont dat de toepassing van deze mechanismen kan leiden tot overbodige of overdreven uitgaven. Er komt uiteraard controle op het gerechtvaardigde karakter van de extra uitgaven; de realiteit hiervan zal systematisch gecontroleerd worden op basis van de facturen en de fiches.

Begin 2020 zal een overgangsooplossing gezocht worden om de periode vóór de jaarlijkse conventievernieuwing te overbruggen om de contractuele verplichtingen van de wachtposten te kunnen vervullen.

Samengevat: deze diverse mechanismen vormen een grote vooruitgang wat betreft de financiering van de wachtposten; de vrees met betrekking tot jaarlijks terugkerende budgettaire onzekerheid zou nu gesust moeten zijn.

Parallel hiermee heeft BVAS herhaald dat de financiering van de huisartsenwachtposten, en a fortiori de personeelskosten met de bijbehorende sociale lasten, in geen geval mag komen van het budget dat wordt toegekend voor **de beschikbaarheidshonoraria van de artsen**. Indien sommige huisartsenkringen hun HAWP ook in de week wensen te openen, is hiervoor dus een financiering nodig. Wij vinden dat deze financiering van het RIZIV moet komen en niet van een transfer van de beschikbaarheidshonoraria. De huisartsen met wachtdienst zijn nu al onderbetaald voor het werk dat zij uitvoeren in het weekend, op feestdagen en 's nachts. Het toegekende budget voor de beschikbaarheid van deze artsen moet derhalve dienen voor betere honoraria voor wachtactiviteiten en dus precies voor die beschikbaarheidshonoraria. Volgens BVAS blijven de beschikbaarheidshonoraria hoe dan ook honoraria.

9. Politieke verkiezingen

We hebben het hele jaar 2019 (zelfs al vanaf half december 2018) 'in lopende zaken' geleefd. Toch vonden er op 26 mei 2019 diverse verkiezingen plaats: Europese, federale en gewestverkiezingen.

Begin februari 2019 heeft BVAS met het oog op de verkiezingen haar memorandum voor de beleidsmakers gepubliceerd.

Het artsensyndicaat heeft twintig eisen¹⁶:

1. Behoud van betaling per handeling, met de forfaitaire honoraria als complement.
2. Toepassing van de spilindex op alle artsenhonoraria.
3. Invoering van een taalexamen en een examen over de kennis van het Belgische gezondheidssysteem voor de artsen uit de EU.
4. Correcte financiering van de opleiding.
5. De contingentering blijft onmisbaar.
6. Een volledig sociaal statuut aanbieden aan de artsen in opleiding.
7. Een fiscaal gunstig sociaal RIZIV-statuuut voor de gepensioneerde artsen.
8. Een beter evenwicht tussen privé- en beroepsleven ontwikkelen.
9. Geleidelijk uitrol (zonder haast en spoed) van de eHealth-toepassingen.
10. Correcte organisatie van de medische verkiezingen.
11. De huisarts moet een centrale rol behouden.
12. Eenzelfde 'speelveld' voor alle HA's.
13. Wachtdiensten: de huisartsen moeten de vrijheid behouden om initiatieven te nemen en al dan niet de HAWP-formule te kiezen.
14. Zerotolerantie voor agressie tegenover artsen.
15. Een gunstig parkeerbeleid voor de HA's.
16. Medezeggenschap van de artsen binnen de ziekenhuizen en de ziekenhuisnetwerken.
17. Transparante financiering voor laagvariabele zorgverstrekking.
18. Een genuanceerd beleid opzetten inzake honorariasupplementen.

¹⁶ Het volledige detail van het memorandum is op de BVAS-website beschikbaar via de link <https://www.absym-bvas.be/downloads/rnep/MemorandumFR.pdf>

19. Geen monopolie voor de universitaire ziekenhuizen.
20. Terugbetaling van de kosten met betrekking tot de informatisering.

Wat de installatie van de Waalse Gewestregering aangaat, heeft BVAS (c.q. ABSyM) de politieke gesprekspartners eraan moeten herinneren dat de syndicaten de enige wettelijk erkende structuren zijn om de artsen te vertegenwoordigen. BVAS (ABSyM) is hiertoe door de artsen verkozen; het PPLW (Plate-forme première ligne wallonne) waartoe de Kamer van Luik behoort, is op geen enkele manier een artsensyndicaat!

In oktober 2019 reageerde het Vlaams Artsensyndicaat positief op het regeerakkoord van de nieuwe Vlaamse regering. Het VAS is verheugd dat het regeerakkoord het belang erkent van zelfstandigen en vrije beroepers bij het tot stand komen van een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg. De nieuwe Vlaamse regering zal erover waken dat in de hervormingen voldoende aandacht gaat naar hun noden. Dat is een punt waar het VAS al geruime tijd aandacht voor vraagt. Daarnaast garandeert het regeerakkoord een gelijk speelveld in de zorg met dezelfde regels en financiering voor alle zorgaanbieders.

Dat het regeerakkoord de huisarts erkent als eerste aanspreekpunt bij de eerstelijnspsychologische functie krijgt eveneens onze goedkeuring. Bij de behandeling mag de inbreng van de psychiater natuurlijk niet vergeten worden.

Het VAS is wel bezorgd over de invulling van de lokale zorgraden van de eerstelijnszones. We blijven erop hameren dat de zelfstandige zorgverstrekkers, in het bijzonder de huisartsen, niet weggedrumd mogen worden door de vele andere zorgberoepen die een plaats krijgen binnen de zorgraden.

De Vlaamse regering kondigt een grondige verlaging aan van de administratieve taken bij het zorgpersoneel en ook dat is goed nieuws. Er komen concrete voorstellen om administratieve verplichtingen af te schaffen, te vereenvoudigen of te integreren en er is volgens het regeerakkoord nood aan doorgedreven taakuitzuivering tussen de zorgberoepen onderling. BVAS hoopt dat deze voornemens ook zullen gelden voor de (huis-)artsen.

Het Vlaams Artsensyndicaat roept wel op tot waakzaamheid bij de ontwikkeling van een Vlaams actieplan rond vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg.

10. Internationale vergaderingen

BVAS is ook aanwezig tijdens de internationale vergaderingen.

i. Voorjaarsvergadering van de UEMO in Roemenië

De eerste Algemene Vergadering in het voorjaar, in het kader van het Roemeense voorzitterschap, vond op 24 en 25 mei 2019 plaats in Cluj (Roemenië).

Voor dit evenement vond op 23 mei de Raad van Bestuur van de UEMO plaats. De deelnemers bespraken er de belangrijkste thema's met betrekking tot de primaire zorgverlening.

Verder openden zowel de Raad als de Algemene Vergadering de weg naar een dialoog om het beleid voor de komende jaren te bepalen en om een actief beleid met werkgroepen en taskforces op te zetten.

De UEMO presenteerde voorts de resultaten van een enquête bij haar leden over het voorkomen van professionele uitputting. De werkzaamheden leidden tot een beleidsverklaring met het thema 'Gezonde professionals, gezonde patiënten', evenals over de weigerachtigheid tegenover vaccinaties. Wat het belang van de werkvoorwaarden van artsen aangaat, besliste de UEMO om een werkgroep op te richten die zich zal toeleveren op deze vraagstukken.

ii. Najaarsvergadering van de UEMO in Servië

De AV van de UEMO vond op 18 en 19 oktober 2019 plaats in Belgrado.

Een overzicht van de verschillende werkgroepen:

- De UEMO zou in het kader van Artificiële Intelligentie (AI) de ethische en algemene principes voor de algemene geneeskunde en de gemeenschapzorg moeten bespreken, met de patiënt centraal in het debat. Sommige professionals verwelkomen AI als een bron van tijdswinst. AI is nuttig in eenvoudige gevallen maar niet bruikbaar in complexere dossiers.
- CME/CPD (continue medische opleiding/ continue professionele ontwikkeling). Volgens onderzoek van P. Ouvrard (F) over de Europese IT-organisatie voor continue opleiding, moest de UEMO kiezen tussen EABCME/CPD (op te richten accreditatiesysteem, bediend door UEMO) en EACCME (bestaand systeem bij de Europese vereniging van artsen-specialisten). De meerderheid besliste om contact op te nemen met UEMS en onderhandelingen te starten over het opzetten van een experimentele periode voor het gebruik van de accreditatie.
- Preventie: verklaring van de UEMO over de schaarste aan geneesmiddelen: "De nationale geneesmiddelenagentschappen moeten de schaarste-informatie verspreiden en de bestaande alternatieven vermelden om risico's bij de patiënten te vermijden. De beste informatiebronnen moeten worden aanbevolen: bij voorkeur deze met realtime-updates. De UEMO formuleert haar ongerustheid inzake de toenemende geneesmiddelenschaarste, vaak van commerciële aard. De wijzigingen die hieruit voortvloeien, zijn bron van verwarring bij de patiënten. De UEMO vraagt aan het EMA (Europees medicatie-agentschap, Amsterdam) om in te grijpen in deze situatie.
- Grensoverschrijdende verzorging: oproep van de UEMO naar de Europese Unie en naar het Verenigd Koninkrijk om gepaste maatregelen te nemen voor de handhaving van medische behandelingen, opleidingen en onderzoeken, om de negatieve impacten tussen de Ierse Republiek en Noord-Ierland te vermijden, om de activiteit van Europese artsen in het VK te garanderen, en de grensoverschrijdende activiteiten van huisartsen te handhaven.
- De huisartsenij als specialiteit: in meer dan de helft van de EU-lidstaten wordt de huisartsenij als een specialiteit beschouwd na de erkenning door de nationale gezondheidsautoriteit. De UEMO vraagt aan elke betrokken nationale delegatie om druk uit te oefenen op de nationale

autoriteit teneinde zich af te stemmen op die landen met het oog op eenvormigheid in de situatie van de HA in Europa.

iii. Vergadering van de EANA in Bratislava

De EANA vergaderde op 21 juni 2019 in Bratislava. Zij nam een standpunt in inzake de nodige stappen op weg naar erkenning voor de kwaliteitsaanpak van de vrije artsen in Europa.

De EANA heeft de volgende aanbevelingen voor deze kwaliteitsaanpak:

- valoriserend voor alle vrije artsen;
- meer veiligheid voor de patiënten;
- garanties voor een kwaliteitsvolle relatie tussen arts en patiënt.

De EANA dringt erop aan dat deze kwaliteitsaanpak een aansporing zou vormen voor de vrije artsen en in handen van hun beroep zou blijven.

Tot slot pleit de EANA voor een eenvoudige en haalbare voorziening die interessant is voor alle betrokken professionals, in al hun diversiteit.

De EANA heeft kennis genomen van de verschillende tools die in gebruik zijn in de Europese landen. Ze stelt vast dat, gezien hun complementariteit, coherentie nodig is om het gewenste doel te bereiken.

Besluit

2019 was een jaar van veranderingen, meer binnen BVAS zelf (met de voorbereidingen van de fusie van de twee Waalse Kamers en wat de leiding van de organisatie betreft) dan op het niveau van de politieke dossiers, vermits de regering het hele jaar - vóór én na de verkiezingen van mei - 'in lopende zaken' was.

Op het politieke niveau is de hervorming van de nomenclatuur inderdaad het belangrijkste nieuwe project van 2019. Het overige had, meer bepaald als gevolg van een regering die het hele jaar de status van lopende zaken had, vooral betrekking op de concretisering of de voortzetting van projecten die al eerder waren aangevat.

Wat het werk van de Kamers betreft: dit neemt daarentegen nog toe. We hebben ook dit jaar kunnen vaststellen dat wij de artsen veel hulp kunnen bieden in hun beroepsleven, en dat onze interventies nuttig zijn én gebruikt worden. Met de jaren hebben we met onze leden een relatie opgebouwd van wederzijds respect en erkenning van ieders werk. Wij ontvangen van onze leden geregeld getuigenissen in die zin. Onze diverse Raden van Bestuur en Technische Bureaus danken u hiervoor.

Bijlage 1 Lijst van de normatieve schikkingen die werden getroffen in de context van de netwerkvorming van de ziekenhuizen:

- De Waalse omzendbrief van 20 november 2019 naar de algemene en psychiatrische ziekenhuizen met betrekking tot de netwerkvorming van de ziekenhuizen;
- Decreet van 12 december 2019 tot wijziging van de artikelen 411 en 412 van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, en tot invoeging van een artikel 413bis;
- Decreet van 28 november 2019 betreffende de samenwerking tussen ziekenhuizen waarbij een publiekrechtelijke rechtspersoon die onderworpen is aan de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn betrokken is;
- Decreet van 28 november 2019 betreffende de samenwerking tussen ziekenhuizen waarbij een publiekrechtelijke rechtspersoon die onderworpen is aan het Wetboek van de plaatselijke democratie en de decentralisatie betrokken is;
- Een ontwerp van besluit van de Waalse regering dat voorziet in een specifieke procedure voor goedkeuring en bestraffing van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken;
- Een protocolakkoord tussen de verschillende gefedereerde entiteiten om de goedkeuring in gemeenschappelijk overleg van 'trans-entiteitnetwerken' mogelijk te maken;
- Het decreet van 18 december 2019 van de Franse Gemeenschap betreffende de samenwerking tussen universitaire ziekenhuizen en een privaatrechtelijke en/of publiekrechtelijke rechtspersoon en betreffende de erkenning van de universitaire ziekenhuizen;
- Ordonnantie van 4 april 2019 betreffende de erkenning, de programmatie en de erkenningsprocedures van de ziekenhuizen, vormen van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen of ziekenhuisactiviteiten;
- Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot bepaling van de procedure van erkenning, intrekking van erkenning en sluiting van de ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en ziekenhuisactiviteiten.

We verwijzen ook naar:

- Het advies van 28.09.2017 van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) over de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten;
- Het advies van 11.04.2019 van de FRZV betreffende de financiering van een forfait voor de ondersteuning van de ziekenhuisnetwerken;
- De besprekingen in de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (NPCAZ) betreffende de hervorming van het KB met betrekking tot de CM van het individuele ziekenhuis;
- Het ontwerp van KB betreffende de netwerk-CM, met de bijbehorende omzendbrief en het advies van de NPCAZ hierover.