



Memorandum

Politiek memorandum BVAS voor de verkiezingen 2024

Februari 2024



Inhoudsopgave

Inleiding	4
Over BVAS	6
Resultaten verkiezingen	7
Het 12-punten plan van BVAS	8
1. Huisarts mandaathouder en copiloot van de patiënt	9
2. Regulitis afbouwen en co-governance garanderen	10
3. Alles of niets voor hervorming van de nomenclatuur.....	11
4. Aandacht voor extramurale specialisten	12
5. Correcte vergoeding voor permanentie van artsen-specialisten.....	13
6. Concentratie van zorg alleen in het belang van de patiënt	15
7. Voordeeltarief voor echt noodlijdende patiënten.....	16
8. Medische kennis is doorslaggevend, richtlijnen zijn ondersteunend.....	18
9. Privacy en correct gebruik van patiëntengegevens	19
10. Inflatie en groeionorm	20
11. Minder overheid, niet meer overheid	21
12. Planning medisch aanbod verfijnen	23



Inleiding

De tevredenheid van de Belgische bevolking over onze gezondheidszorg was legendarisch maar tijdens de huidige legislatuur is het verval ingezet. De volgende regering moet er alles aan doen om te vermijden dat we afglijden naar Britse NHS-toestanden met lange wachtlijsten en een gebrekkige toegang tot de zorg.

De uitdagingen die op ons afkomen zijn gekend: toenemende armoede, een Covid-crisis die eenieder heeft uitgeput, toenemende afhankelijkheid van medicatie letterlijk en figuurlijk, de vergrijzing van de bevolking, hoge kosten van innovatie en technologie, te weinig handen aan het bed van de patiënt.

Het gezondheidszorgsysteem in België berust sinds meer dan 60 jaar op tariefakkoorden die gesloten worden tussen zorgverstrekkers en ziekenfondsen. De overheid, als toezichtshouder, bewaakt de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van het systeem. De deugdelijkheid van dit systeem heeft zich bewezen. De laatste jaren tracht de overheid steeds directer en overheersender de besluitvorming te bepalen om zo de Belgische gezondheidszorg te modeleren naar het Britse NHS-systeem. Het accent verlegt zich

naar strikte budgetten terwijl steeds meer taken worden afgenomen van de artsen. Het resultaat is geenszins betere zorg of betere kwaliteit, hoewel die switch wel op een bedrieglijke manier aan de publieke opinie verkocht wordt als kwaliteitsverbetering.

De inbreng van de huidige legislatuur was 'meer' overheid, 'meer' administratie, 'meer' regelgeving, 'meer' registratie, 'meer' commissies en werkgroepen, 'meer' centralisatie, 'meer' management, 'meer' overheidsgestuurde zorg en de introductie van een vocabularium dat enkel managers verstaan. Dat alles gaat ten koste van de contacttijd die artsen en verpleegkundigen hebben met de patiënt. In tegenstelling tot wat men de bevolking wil wijsmaken, **is er geen enkel bewijs** dat tijdens de huidige legislatuur de zorg kwaliteitsvoller is geworden. Integendeel.



Tot voor kort werd het Belgische gezondheidssysteem geroemd voor haar grote toegankelijkheid en beschikbaarheid van artsen en voor de hoge kwaliteit van de zorg. In het laatste OESO-rapport 'Health at a Glance 2022'¹ krijgt België nog een hoge score van 90% tevredenheid van de bevolking voor toegang tot en kwaliteit van zorg. Maar dat cijfer heeft betrekking op het jaar 2020 en dat is inmiddels 4 jaar geleden.

Meer recente cijfers van de 'Gemeente-Stadsmonitor'² die de Vlaamse overheid in januari 2024 publiceerde, geven aan dat die legendarische tevredenheid over het aanbod van lokale zorgvoorzieningen (huisartsen, ziekenhuizen, ...) op korte tijd dramatisch is gekelderde.

Oorzaken zijn enerzijds de ziekenhuis-hervorming die minister Vandenbroucke in gang zette en die ertoe leidt dat lokale ziekenhuizen patiënten voor bepaalde behandelingen moeten doorverwijzen naar grotere instellingen. Anderzijds is er het 'tekort' aan huisartsen dat zich zowel op het platteland als in de steden steeds meer laat voelen. Er zijn nochtans meer huisartsen dan vroeger, maar ze kunnen minder uren aan patiëntenzorg besteden. Dat leidt tot sterk afgenomen werkvreugde en jobtevredenheid van huisartsen. De betere work-life balans die de jongere generatie artsen nastreeft, wordt zo niet haalbaar.

¹ <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

² <https://gemeente-stadsmonitor.vlaanderen.be/>



Over BVAS

De vrije keuze van arts, de vrijheid van therapie en de bescherming van het medisch geheim zijn de historische troeven van onze gezondheidszorg. Deze drie universele waarden zijn actueler dan ooit en het is belangrijk dat de overheid deze principes blijft onderschrijven en garanderen. Dat vergt een ommekeer in het beleid want in één legislatuur is men er bijna in geslaagd om deze drie essentiële principes in de geneeskunde te kraken.



Resultaten

Verkiezingen 2023



31%

actieve artsen



56,80%
uitgebrachte stemmen



11.872
stemmen

De representativiteit van BVAS wordt bepaald door het resultaat van de medische verkiezingen. Bij de (niet-verplichte) medische verkiezingen van juni 2023 behaalde BVAS 11.872 van de 20.903 uitgebrachte stemmen, zijnde 56,80% van de stemmen. Wetende dat er in België 38.119 actieve artsen werkzaam zijn is dat 31% van alle actieve artsen. Bijna 12.000 artsen die dag in, dag uit zorg dragen voor hun patiënten en weten wat nodig is om deze zorg op niveau verder te kunnen zetten.

BVAS werd opgericht in 1963 om de belangen van de artsen te verdedigen. BVAS staat voor een toegankelijke geneeskunde waarin de patiënt erop kan rekenen dat de arts uitsluitend in het belang van de patiënt handelt. Daarom schreven we bij onze oprichting drie universele waarden ter bescherming van de patiënt in ons handvest:

- het individuele recht van de patiënt om zijn arts te kiezen
- de vrijheid van de arts om, op verantwoorde wijze, de nodige middelen aan te wenden om tot een diagnose en therapie te komen
- het respect voor het medisch geheim

Voor BVAS blijft het nodig erover te waken dat de rechten van de individuele patiënten - en dat is bij momenten ieder van ons - gevrijwaard blijven en niet opgaan in een populatiegeneeskunde als doel op zich. Iedere patiënt is anders en verdient een individuele benadering op zijn/haar maat.

BVAS blijft de arts zien als een gedreven beoefenaar van een vrij beroep met zin voor ethisch ondernemen. Wij zijn ervan overtuigd dat het behoud van een vrije geneeskunde de beste garantie biedt op toegankelijke en kwalitatief hoogstaande zorg.



BVAS stelt vanuit die optiek, een 12-punten plan voor aan de toekomstige regeringspartijen voor opname in het volgend regeerakkoord.



Memorandum verkiezingen

Het 12-punten plan van BVAS

Februari 2024

1 Huisarts mandaathouder en copiloot van de patiënt

De huisarts moet de centrale positie in het zorgnetwerk blijven bekleden. In onze visie blijft de huisarts verantwoordelijk om het beslissingsproces uit te stippelen, zowel diagnostisch als therapeutisch. Het centraal oproepnummer 1733, dat noodzakelijk is voor de triage van patiënten, moet zo snel mogelijk operationeel zijn over het hele land.

Onder het voorwendsel van grotere toegankelijkheid in de eerste lijn wordt de huisarts verdrongen naar de zijlijn en gereduceerd tot griffier van voorschriften, attesten en inkomende telefoons.

De huisarts moet administratief ontlast worden, omringd door bekwame gezondheidsmedewerkers, en met een duidelijke opdracht als mandaathouder van de patiënt. De **administratieve overbelasting** van de arts wordt te vaak misbruikt om taken te verschuiven naar paramedici. Dat kan niet de bedoeling zijn.

Hoewel de expertise van andere zorgprofessionals de overwegingen van de huisarts kunnen verrijken, is BVAS van oordeel dat **de huisarts de centrale positie in het eerstelijnsnetwerk moet behouden**. De huisarts begeleidt het beslissingsproces, zowel diagnostisch als therapeutisch. En natuurlijk zullen daarvoor taken gedelegeerd moeten kunnen worden naar andere zorgactoren, maar steeds met de huisarts

of de behandelende arts als mandaathouder van het zorgvoorschrift.

Binnen het gezondheidszorgbestel zijn het de huisartsenorganisaties die de knowhow hebben om de preventieve geneeskunde op populatieniveau te organiseren en te initiëren. De overheid dient hierbij te faciliteren. Het is opvallend dat doelmatige zorg gepredikt wordt voor de artsen, maar dat de overheid voor gezondheidsinitiatieven die ze zélf neemt de principes van doelmatige zorg naast zich neer legt, zoals bv. de proefprojecten voor geïntegreerde zorg aantonen.

Het **centraal oproepnummer 1733**, dat noodzakelijk is voor de triage van patiënten, moet zo snel mogelijk operationeel zijn over het hele land, en zeker tijdens de ‘diepe nacht’. Huisartsen hebben recht op een correcte vergoeding van hun prestaties en aanwezigheid in wachtposten. Wachtposten op hun beurt hebben nood aan een financiële toekomst die stabiel is.

2 Regulitis afbouwen en co-governance garanderen

Ziekenhuizen gaan gebukt onder een ongebreidelde regeldrift met vaak zinloze registratieverplichtingen, normen en reglementen. Door deze regulitis in te dijken brengen we meer handen aan het bed, met meer tijd voor kwaliteitsvolle patiëntenzorg. Patiënten hebben er baat bij als artsen via een systeem van co-governance participeren in het beheer van het ziekenhuis.

Het reglementair kader waarin de ziekenhuizen moeten functioneren is verstikend: normen, registraties, reglementen. Dit moet allemaal gebeuren binnen een gesloten budget. Onvermijdelijk veroorzaakt dit verschuivingen van handen aan het bed van de patiënt naar handen aan formulieren bij een bureau. In plaats van af te nemen, nemen die verplichtingen toe. De uitleg dat dit allemaal moet van Europa voldoet niet: de Belgische interpretatie van de Europese regelgeving is vele malen strikter dan in het buitenland.

De ziekenhuizen versmelten tot grotere entiteiten en er ontstaan tussenlagen tussen directies en artsen/verpleegkundigen. Een ontvetting van de zeer kostelijke reglementaire verplichtingen en registraties (die vaak tot niets dienen) zou een belangrijke zuurstofinjectie betekenen. Soms wordt er meer vergaderd dan behandeld.

Co-governance in de ziekenhuizen is de beste garantie op kwaliteitsvolle zorg in het belang van de patiënten. Ziekenhuizen functioneren het best als de artsen strategisch en operationeel betrokken worden bij het beheer van hun ziekenhuis en actief kunnen deelnemen aan de beslissingen die genomen worden. Maar er is nog werk aan de winkel om tot een echte co-governance te komen.

In het belang van de patiënten moet de volgende regering erop toezien dat co-governance het adviesrecht uitbreidt tot een medebeslissingsrecht van de artsen voor alle medische activiteiten in het ziekenhuis.

3 Alles of niets voor hervorming nomenclatuur

De hervorming van de nomenclatuur zal uiteindelijk leiden tot een herijking en herverdeling van de honoraria. Dit project heeft alleen kans op slagen als de hervorming op de hele nomenclatuur betrekking heeft en als alle wijzigingen tegelijk worden doorgevoerd.



De hervorming van de nomenclatuur is een meerjarenproject dat in drie fasen verloopt. Discipline per discipline wordt voor de verschillende verstrekkingen bepaald hoeveel tijd ze in beslag nemen en wat het medische risico en de noodzakelijke expertise is. Tegelijk is er ook de evaluatie van de werkingskosten die noodzakelijk zijn voor medische verrichtingen.

De hervorming zal uiteindelijk in fase 3 leiden tot een globale herijking en herverdeling van de door het RIZIV vastgelegde honoraria. Een herverdeling kan uitsluitend plaatsvinden tussen alle verstrekkingen, niet tussen een gedeelte ervan. Zonder een akkoord over alles kan er niets gewijzigd worden. **De hervorming van de nomenclatuur mag niet op een besparingsoperatie uitdraaien.**

De hervorming van de nomenclatuur kan niet los gezien worden van het debat over de supplementen die onder andere mee de ziekenhuizen financieren. Onze zorg werkt als een horloge. Je hebt het kleinste radertje nodig, of de hele zorg blokkeert.

4 Aandacht voor extramurale specialisten

De 9.000 extramurale specialisten in ons land voelen zich door het beleid onder de mat geveegd. Dat is niet alleen contraproductief, het staak ook haaks op de principes van evidence based medicine. Extramurale specialisten verdienen dezelfde kansen als hun collega's in het ziekenhuis of de polikliniek.

In de specialistische geneeskunde draait alles rond de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering. De ziekenhuiskoepels staan zo veel mogelijk op de rem voor de overheveling van ziekenhuisactiviteiten naar de extramurale sector. Dat betekent dat activiteiten die buiten het ziekenhuis uitgevoerd hadden kunnen worden - en dus minder kosten - binnen de ziekenhuismuren blijven. De activiteit van de extramurale specialisten zou een derde van de totale activiteit van de specialisten kunnen uitmaken maar de realiteit is anders.

De oogartsen, om een voorbeeld te nemen, hebben aangetoond dat ze cataract veilig buiten het ziekenhuis kunnen opereren.

De vraag is dan ook waarom deze ingreep buiten het ziekenhuis alleen terugbetaald kan worden als de patiënt een aanvullende privéverzekering heeft. Dat valt **niet** te rijmen met het principe van evidence based medicine.

Dermatologen, mond-, kaak- en aangezichtschirurgen (MKA-chirurgen), neus-, keel- en oorartsen (NKO-artsen), gynaecologen, urologen, artsen in de fysische geneeskunde, gastro-enterologen, orthopedische en plastische chirurgen zitten in hetzelfde schuitje. De 9.000 extramurale specialisten in ons land hebben recht op hetzelfde 'level playing field' en verdienen **dezelfde kansen als hun collega's in het ziekenhuis en in de polikliniek.**



5

Correcte vergoeding voor permanentie van artsen-specialisten

Artsen-specialisten hebben recht op een adequate vergoeding voor prestaties 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend.

Om belangrijke diagnoses zoals kanker goed te kunnen stellen en de behandeling snel op te starten, stellen artsen-specialisten hun diensten en toestellen ter beschikking tijdens de avonduren en tijdens de weekends. Dit brengt verhoogde personeelskosten met zich mee.

Deze meerkost moet vergoed worden en ook nachtpermanenties moeten adequaat vergoed worden. Voor alsmear meer medisch specialismen wordt verwacht dat de medische wachtdienst 24 uur op 24 wordt verzekerd. Voor alle beroepen die overdag ingevuld worden geldt dat nachtwerk een nachtvergoeding rechtvaardigt. Ook voor artsen.





6 Concentratie van zorg alleen in het belang van de patiënt

Concentratie van zorg moet steeds in het belang van de patiënt tot stand komen, niet in het belang van de universitaire ziekenhuizen en grote centra. Voor elke centralisatie-oefening is het nodig de kosten en baten en de impact op de organisatie van de zorg te analyseren.

Het heeft een jarenlange voorbereiding gevergd om tot een definitie te komen van locoregionale en supraregionale zorgopdrachten. De inkt van deze wet is nog niet droog of een nieuwe golf van verschuivingen wordt al doorgevoerd: centralisatie. Voor bepaalde aandoeningen zoals borstkanker, hoofd- en hals kanker, traumazorg, chirurgie van de pancreas en de slokdarm wordt de zorg geconcentreerd aan universiteiten en enkele grote centra en nagenoeg onmogelijk gemaakt voor een hele reeks ziekenhuizen. Zolang een betere zorg voor de patiënt beoogd wordt, is hiermee geen probleem. Centralisatie moet de patiënt ten goede komen, niet de instellingen.

Regel- en concentratiedrift wordt vaak vanuit grote centra gestuurd zonder enige impactanalyse op de organisatie van de zorg en met criteria en vereisten die veel verder gaan dan de evidentie verantwoordt. Het zou goed zijn om bij centralisatie-oefeningen simulaties te doen zowel

van baten als van kosten en nadelen. Al te vaak wordt vergeten dat het opleggen van minima (minstens zoveel bestralingen, minstens zoveel operaties, minstens zoveel chemotherapie-kuren) soms een vorm van therapeutische hardnekkigheid kan induceren, eerder dan therapeutische doeltreffendheid.

De volgende regering mag het basisprincipe van **'zorg dicht bij de patiënt'** niet uit het oog verliezen. Nabijheid en geografische toegankelijkheid van het zorgaanbod blijven belangrijk.



7 Voordeeltarief voor echt noodlijdende patiënten

Het akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2024-2025 bevat afspraken die de bevoegde minister niet zomaar naast zich kan neerleggen. Het verbod op ereloonsupplementen in de ambulante zorg moet beperkt blijven tot de groep van circa 1 miljoen echt noodlijdende patiënten met beperkte inkomsten.

In België bestaat er al decennia een systeem van “verhoogde tegemoetkoming”. Wie hiervoor in aanmerking komt spaart jaarlijks 3000 tot 4000 euro RIZIV-kosten uit en geniet daarnaast van tal van kortingen (korting op trein en bus, gratis energiescan, renteloze leningen, verwarmingstoelage e.a.). Dit systeem was oorspronkelijk bedoeld als vangnet voor noodlijdende patiënten zoals invaliden, gehandicapten, wezen, weduwen, leefloners, mensen in armoede, alleenstaande bejaarden op hoge leeftijd.

Geleidelijk is het systeem uitgehold door het statuut ook toe te kennen aan mensen die hun officieel inkomen op slimme manier laag kunnen houden maar daarnaast roerend en het onroerend patrimonium hebben dat niet mee in rekening wordt gebracht¹. Naargelang de bron 2,2 tot 2,7 miljoen Belgen (1 op 5) hebben recht op de voordelen van het systeem.

Volgens eigen berekeningen van BVAS zou de groep **echt noodlijdende patiënten beperkt zijn tot circa 1 miljoen inwoners** (1/10 Belgen i.p.v. 1/5).

Voor die groep zou de automatische derdebetalersregeling zinvol zijn evenals een laagdrempelige toegankelijkheid tot het gezondheidszorgsysteem.

Inzake vrije honoraria (ereloonsupplementen) kunnen de misverstanden maar opgelost worden wanneer in alle transparantie nagegaan wordt voor wie en waarvoor deze ereloonsupplementen dienen: nieuwe technologie, ziekenhuizen, niet-vergoedbare prestaties, medische hulpmiddelen, bijzondere eisen van de patiënt of extra-inkomen voor de zorgverstrekker.

De overheid kan artsen niet verplichten om voor een belangrijk deel van hun patiënten onder de kostprijs of met verlies te werken. BVAS vraagt dat de afspraken in het akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025 worden gerespecteerd.

We stellen overigens vast dat beperkingen met betrekking tot het statuut ‘verhoogde tegemoetkoming’ enkel opgelegd worden aan artsen en paramedici. De mutualiteiten bieden hun leden die onder dit statuut vallen geen verlaging van het lidgeld aan. Het bedrag dat deze patiënten aan hun mutualiteit betalen is aanzienlijk.

¹ Bij de beoordeling van de verhoogde tegemoetkoming wordt rekening gehouden met de bruto-belastbare jaarinkomens van de aanvrager. Het grensbedrag bedraagt 25.797,56 euro, verhoogd per persoon ten laste. Er wordt rekening gehouden met de beroeps- of vervangingsinkomens en ook met de onroerende (via kadastraal inkomen of huurinkomsten), roerende en diverse inkomsten. Er wordt géén rekening gehouden met het vermogen. Zo wordt geen rekening gehouden met het roerend en het onroerend patrimonium.





8

Medische kennis
is doorslaggevend,
richtlijnen zijn
ondersteunend

Iedere patiënt is uniek en verdient een individuele benadering waarbij de medische kennis van de arts beslissend is en richtlijnen en algoritmes de arts kunnen ondersteunen.

Op de trein van centralisatie worden algoritmes (beslissingsbomen) geënt waar zorgverleners én patiënten zich aan moeten houden, alsof geneeskunde een kookboek is met recepten en éénduidige symptomen. Het is de medische kennis die de overhand moet houden over richtlijnen en algoritmes, die te allen tijde ondersteunend moeten zijn maar niet beslissend.

Artsen moeten wel op regelmatige wijze en liefst in real time, feedback krijgen over hoe hun diagnostisch en therapeutisch gedrag zich verhoudt tot de peers. Dat geldt van voorschrijven van bepaalde medicatie tot het voorschrijven van bepaalde onderzoeken. Er is ruimte voor populatiegeneeskunde, zeker in de preventieve zorg, maar in de curatieve zorg moet de individuele patiënt de zorg krijgen die nodig is.

9 Privacy en correct gebruik van patiëntengegevens

Patiënten hebben het recht om te beslissen welke zorgverstrekkers toegang krijgen tot hun medische gegevens. Het informed consent van de patiënt is geen rekbaar begrip en is niet voor interpretatie vatbaar.

Of een patiënt een huisarts consulteert of een arts-specialist, alle gegevens worden opgeslagen als pakketjes digitale informatie. Door de toenemende informatica-snelwegen blijven deze pakketjes informatie niet bij de huisarts of specialist maar worden ze rondgestuurd naar andere artsen, verpleegkundigen, kinesisten, apothekers, logopedisten, psychologen, audiologen, tandartsen, mutualiteiten, verzekeringsinstellingen, en overheidsinstanties allerhande.

Het is belangrijk dat de patiënt eigenaar blijft van de pakketjes informatie, zeker van deze pakketjes informatie van wie hij/zij niet wenst dat ze verspreid worden over de volledige keten, maar uitsluitend worden verzonden naar dié zorgverstrekker die écht over die informatie moet beschikken en uitsluitend met de betrokkenheid en de goedkeuring van de patiënt.



Waakzaamheid is continu geboden want het correct gebruik van gezondheidsgegevens staat voortdurend onder druk. Tal van initiatieven nemen een loopje met het 'informed consent' van de patiënt of interpreteren die zoals het hen best uitkomt. Veiligheid bij het uitwisselen van patiëntendata is een absolute prioriteit waar niet aan getornd kan worden.

10

Inflatie en groeinorm

Het budget voor gezondheidszorg moet gelijke tred houden met de stijgende zorgnoden en de stijgende lonen voor zorgpersoneel. Daarom is een toename van 3,5% tot 4% boven de inflatie noodzakelijk.

De toename van de bevolking, de vergrijzing, de verhoogde zorgnood van chronisch zieken en van de geestelijke gezondheidszorg nopen tot een toename van het gezondheidszorgbudget met een groeinorm van 3,5% tot 4% boven de inflatie. De bevolkingsgroei en de vergrijzing alleen al doen de uitgaven jaarlijks met 2,5% stijgen.

Aangezien de meeste uitgaven in de gezondheidszorg personeel betreffen, moet het budget inflatievast zijn en gekoppeld worden aan de afgevlakte gezondheidsindex en aan de spilindex wat de lonen betreft. Het huidige en onredelijke systeem van correctiemaatregelen moet vervangen worden door een redelijk systeem.





11

Minder overheid, niet meer overheid

De overdaad aan werkgroepen, commissies en projecten maakt de organisatie van de gezondheidszorg onoverzichtelijk. Door deze wildgroei aan banden te leggen, maken we de gezondheidszorg efficiënter en kan er meer geld doorstromen naar de zorg voor patiënten.

De laatste jaren is er een sterke toename geweest van instellingen, commissies, werkgroepen, projecten allerhande zodat er sterke fragmentatie en verlies van overzicht is ontstaan binnen de gezondheidszorg. Pagina's volle rapporten met wollig taalgebruik van consultants en managers allerhande mogen niet de norm worden. Administratieve rapporten moeten helder geschreven, transparant en zinvol zijn.

Projecten moeten getoetst kunnen worden aan duidelijke doelstellingen en parameters. Hier dient zich een sterke sanering op waarbij de vrijgekomen middelen best worden besteed aan de directe zorg van de patiënt.



12 Planning van het medisch aanbod verfijnen

Luisteren naar de inzichten van de artsorganisaties kan vermijden dat er te veel specialisten opgeleid worden voor de ene discipline en te weinig voor de andere. Onder het voorwendsel van artsentekorten taken doorschuiven naar andere zorgverleners is onaanvaardbaar.

Tegenwoordig wordt het artsenaanbod sterk gereguleerd en op voorhand vastgelegd. Er wordt echter vastgesteld dat het berekeningsmodel niet is aangepast aan de realiteit. Het model wordt gebruikt voor alle gezondheidszorgberoepen. Dat maakt dat voor één medisch specialisme er op een bepaald moment veel te veel specialisten opgeleid worden, terwijl voor andere specialisten er grote tekorten bestaan.

Deze mismatch **kan slechts verbeteren wanneer geluisterd wordt naar de behoeften en de inzichten van de artsorganisaties** die de behoeften per specialisme veel fijnmaziger kunnen bepalen. Overleg met de artsorganisaties, die het terrein het beste kennen, kan vermijden dat er te veel specialisten opgeleid worden voor de ene discipline en te weinig voor de andere.

Wat alleszins niet opgaat, is dat onder het voorwendsel van artsentekorten medische bevoegdheden worden doorgeschoven naar andere zorgverstrekkers, die niet de voor artsen vereiste opleiding hebben gevolgd.



Het 12-punten plan van BVAS

1. Huisarts mandaathouder en copiloot van de patiënt
2. Regulitis afbouwen en co-governance garanderen
3. Alles of niets voor hervorming van de nomenclatuur
4. Aandacht voor extramurale specialisten
5. Correcte vergoeding voor permanentie van artsenspecialisten
6. Concentratie van zorg alleen in het belang van de patiënt
7. Voordeeltarief voor echt noodlijdende patiënten
8. Medische kennis is doorslaggevend, richtlijnen zijn ondersteunend
9. Privacy en correct gebruik van patiëntengegevens
10. Inflatie en groeionorm
11. Minder overheid, niet meer overheid
12. Planning medisch aanbod verfijnen



Terhulpsesteenweg 150
1170 Brussel

Tel: 02 644 12 88

E-mail: info@absym-bvas.be

Website: absym-bvas.be