

**Voorwoord van de Voorzitter Dr. Y. Louis**  
**Periode oktober – november – december 2014**

Eén van de centrale doelstellingen van de regeringsverklaring bestond erin om aan alle burgers van dit land een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen. Terzelfdertijd werd de groeinorm van 3% in 2014 gehalveerd tot 1,5% en wordt er fors bespaard op de erelonen.

Volhouden dat we hetzelfde kwaliteitsvolle niveau behouden en terzelfdertijd fors besparen houdt geen steek.

De indexmassa van 0,53% of 42,4 miljoen euro wordt niet toegekend.

Gezien sinds het laatste akkoord geen nieuwe middelen meer werden toegekend werd de indexmassa vooral aangewend voor de herwaardering van specialisten met vooral intellectuele prestaties. Het voortdurend verzwaren van de administratieve belasting - wij denken aan de transparantiewet die voor bepaalde prestaties de arts vanaf 1 juli zal verplichten een factuur op te stellen, evenals aan de verplichte sociale derde betaler-, de stijgende praktijkkosten, hogere verwachtingen vanwege de patiënten; het vermindert de rentabiliteit van specialisten zoals dermatologie, oftalmologie en gynaecologie.

Een hoge deconventiegraad van deze specialisten hoeft dus niet te verbazen.

Hun consultatiehonoraria zijn te laag en niet meer aangepast aan de huidige tijd.

Het opbod van de ziekenfondsen, eerst om dermatologen, oftalmologen en gynaecologen onder druk te zetten om hun conventiegraad te verhogen, dan om volledige transparantie te verkrijgen van alle erelonen, en dit in een kader van budgettaire krapte, zet de toekomst van het akkoordensysteem op de helling. Tariefzekerheid voor de patiënt moge een eis zijn van de ziekenfondsen en de regering, zij moet ook gelden voor de artsen.

Verder bezuinigen op de honoraria van de artsen kunnen we niet meer aanvaarden.

Het zwaar werk van ons beroep hoeft immers niet meer aangetoond te worden (grote medico-legale risico's, nachtwerk, toename van de administratieve last...).

Het afleiden van honoraria naar structurele investeringen botst ook op steeds meer weerstand, zoals nu in de huisartsgeneeskunde met de uitbreiding van het aantal wachtposten.

Iedereen zonder uitzondering zal zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid moeten nemen.

Indien deze regering enige sociale geloofwaardigheid wil behouden, zal ze een vermogen (winst)belasting tenminste moeten overwegen om alle actoren te responsabiliseren.

Volgens de Europese commissie zal de groei dit en volgend jaar 0,9% bedragen in plaats van de voorziene respectievelijke 1,1 en 1,5%. Als die cijfers kloppen zal het begrotingstekort in 2016 2,8 % bedragen in plaats van 1,3% of een verschil van 6 miljard euro.

Ook andere beleidsmakers, zoals de Voorzitter van de Nationale Bank zijn van oordeel dat de budgettaire vooruitzichten veel te optimistisch zijn. Tijdens de begrotingscontrole in april mogen we ons dus verwachten aan nieuwe saneringsmaatregelen. Het akkoord 2013-2014 was pas afgesloten of de regering besliste om nieuwe besparingen op te leggen aan de artsen. Zal het ditmaal anders zijn?

Een van de voorwaarden van de BVAS voor het afsluiten van het nieuwe akkoord is dan ook tariefzekerheid, ook voor de artsen.

Een nieuw ziekenhuisbeleid en financiering, evenals de herijking van de erelonen staan op de agenda van de nieuwe regering.

Men is er tot nu toe nooit in geslaagd de commissie voor hernieuwing van de nomenclatuur in het RIZIV samen te roepen, bovendien wordt de groep artsen en experts die de nomenclatuur beheersen met de dag schaarser. Men riskeert dus in het chronofage dossier herijking vele onjuistheden en frustraties te verwekken.

We moeten de huidige besparingen kaderen in het vooruitzicht van de nieuwe ziekenhuis-financiering.

Als tweede stap in de routekaart voor een toekomstige financiering van de ziekenhuizen is op 26 september het KCE rapport verschenen.

Dit rapport wil een weergave zijn van de standpunten van de verschillende stakeholders in de Belgische gezondheidszorg. Het doorloopt mogelijke pistes voor een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Officieel zou het nieuwe ziekenhuisbeleid er niet moeten komen om te besparen.

Een eerste pijler omvat een hervorming van het ziekenhuisbudget of BFM naar een prospectieve pathologiefinanciering door de op DRG bestaande vergoeding uit te breiden en te baseren op kosten. Een tweede pijler omvat een hervorming van de honoraria.

Het KCE pleit voor een betaling per prestatie, maar met het afschaffen van alle afhoudingen en herberekening of herijking van de honoraria. Dit zuiver honorarium vergoedt de cognitieve en fysieke arbeid van de arts.

Een deel van de huidige afdrachten moet dienen voor het wegwerken van de huidige onderfinanciering; een ander deel komt terecht in een investeringsfonds dat gezamenlijk beheerd wordt door de beheerder en de arts.

Een derde pijler beoogt een herinrichting van het ziekenhuislandschap.

Organisatie van de ziekenhuizen in netwerken per geografische zorgzone, met centralisatie van gespecialiseerde en complexe diensten in referentiecentra (meestal universitair).

Bij een overschrijding van het aantal cases in een zorgregio voorziet men een geleidelijke verlaging van het DRG tarief.

Het KCE stelt alleszins dat een brutale destabilisatie van het systeem niet wenselijk is.

De BVAS is gekant tegen de invoering van een zuiver honorarium, dat beschouwd kan worden als een hold-up op de erelonen.

De arts is het best geplaatst om zelf de kosten van zijn praktijkvoering te beheersen.

Ondanks alle beloften van medebeheer bestaat een reële vrees dat de gemiddelde overheveling van 40% van het honorarium naar de beheerder in de eerste plaats zal dienen om de onderfinanciering te compenseren en de beheerder zelfs kan aanzetten tot nieuwe uitgavenposten.

Door een zuiver honorarium verliest de arts bovendien de controle over zijn werkingsmiddelen en de organisatie van zijn praktijk.

In de beoogde regionale netwerken zullen sluitingen van bedden en diensten vooral de kleinere ziekenhuizen treffen.

Welke arts zal er nog willen werken? Er dreigt hierbij een uitdoofscenario.

De toekomst van de ereloon-supplementen baart ons ook zorgen. Momenteel worden die nog getolereerd tenminste voor wat de eenpersoonskamers betreft, maar de meeste politieke partijen en de mutualiteiten staan negatief tegenover de supplementen die nochtans een niet te verwaarlozen deel van de inkomens van de meeste specialisten betekenen.

Men zal zeker gebruik maken van de nieuwe financiering om die te liquideren en zagezegd ter incorporeren in de nieuwe honoraria.

Als wij alleen maar al kijken naar de herijking van de erelonen en de hertekening van het ziekenhuislandschap belooft het een zeer moeizame oefening te worden in dit complex land.

We betwijfelen of een planmatige en bureaucratische organisatie van de gezondheidszorg met zijn theoretische modellen van verticale en horizontale integratie zal leiden tot minder uitgaven en werkelijke verbetering van de gezondheidszorg.