

41. Regeling derde betaler

Met de plannen van de overheid om de regeling derde betaler uit te breiden wil ze de toegankelijkheid tot de zorg verbeteren. De uitbreiding naar Omnio-patiënten (een derde van de bevolking) en daarna naar chronisch zieken vanaf 1 januari 2015, geeft niet alleen de indruk dat alles gratis is, het aantal consultaties zal significant stijgen en overconsumptie in de hand werken. De BVAS is van mening dat de regeling derde betaler voorbehouden moet blijven voor die groep van patiënten die het financieel moeilijk hebben.

42. De huisarts speelt een centrale rol bij chronisch zieken

De overheden wensen een multidisciplinaire aanpak van chronisch zieken. Voor de BVAS speelt elk specialisme een essentiële rol maar neemt de huisarts de centrale plaats in en blijft zij/hij de eindverantwoordelijke. Het inzetten van case managers is voor de BVAS een grove fout. De coördinatie van de chronisch zieke moet door de huisarts gebeuren. Assistentie kan aan de huisarts worden aangeboden maar onder haar of zijn gezag en de financieringsmodaliteiten ervan moeten nog worden bepaald.

43. Gelijke financiering voor opleiding artsen specialisten in opleiding

De universitaire ziekenhuizen krijgen vanuit hun Budget van Financiële Middelen (BFM) een financiering per stagemester en per stagiair. De stagemesters (en stagiairs) in de niet-universitaire ziekenhuizen daarentegen krijgen geen enkele vorm van financiering en het zijn de stagemesters zelf die de stagiairs moeten betalen. De BVAS wil een einde aan deze vorm van discriminatie want de stagiairs en de stagemesters van zowel de universitaire als de niet-universitaire ziekenhuizen draaien dezelfde uren, hebben dezelfde verantwoordelijkheid, et cetera. Subsidies voor stagemesters in de niet-universitaire ziekenhuizen kunnen deze discriminatie de wereld uit helpen.

44. Financiering van de spoeddiensten

Het nieuwe financieringssysteem van de spoeddiensten, dat op 1 juli 2013 in werking trad, heeft perverse effecten. Bij dit nieuwe systeem krijgen patiënten die meer zorg nodig hebben meer punten. Hoe meer punten, hoe groter het deel van de gesloten financieringsenveloppe. Meer spoedgevallen in één ziekenhuis heeft dus gevolgen voor de financiering van andere ziekenhuizen. Spoeddiensten die eerder maatregelen hebben genomen om hun diensten te ontlasten, worden dus door dit systeem gestraft. Het is niet uitgesloten dat sommige ziekenhuizen hierdoor twee derden van hun huidige financiering zullen verliezen. In overleg met de spoedartsen wil de BVAS tot een standpunt komen om zowel de belangen van de artsen als de kwaliteit van de zorg te verzekeren.

45. Prospectieve financiering per pathologie

De BVAS is al jaren vragende partij om de ziekenhuisfinanciering ingrijpend te veranderen en aan te passen aan de huidige uitdagingen die zich aanbieden. Het actuele financieringsmodel houdt onvoldoende rekening met externe factoren zoals een meer en meer hoogtechnologische geneeskunde, veranderende behandelingstrajecten, demografische evoluties, et cetera. Het stappenplan van minister Onkelinx om tot een prospectieve financiering (forfait) per pathologie te komen overtuigde de BVAS niet, omdat het gevaar voor wachtlijsten, rantsoenering van de zorg en minder zorgkwaliteit nog steeds aanwezig is. De BVAS zal nooit instemmen met een financieringsmodel met deze neveneffecten.

46. Aanwerving van een ziekenhuisarts door een openbare aanbesteding

Europese regelgeving rond openbare aanbestedingen zou ziekenhuizen verplichten om bij de aanwerving van een ziekenhuisarts een openbare aanbesteding uit te schrijven. De omzetting naar Belgisch recht zorgt bij juristen voor de nodige discussie. Volgens sommigen vallen ziekenhuizen wel onder die regelgeving, volgens andere niet. De BVAS zal zich verzetten tegen de aanwerving van ziekenhuisartsen door een openbare aanbesteding en zal vragen om een uitzondering voor artsen te maken.

47. Pensioen

De BVAS verbindt er zich toe, met name door evenwichtige schikkingen, de overname van een kabinet door een jonge arts te vergemakkelijken. Ze verbindt er zich eveneens toe om de samenwerking tussen artsen die aan het einde van hun loopbaan komen en jonge beginnende artsen, aan te moedigen.

Tot slot wil de BVAS de gepensioneerde artsen de mogelijkheid bieden om een professionele activiteit te behouden zonder de verplichte beschikbaarheid die ze hadden voor ze met pensioen gingen. Deze groep van artsen moeten in geëquipeerde wachtposten een wachtdienst kunnen verzekeren, maar enkel overdag. Dit systeem laat hen toe dat ze een betaalde activiteit behouden zonder een kabinet met alle kosten te moeten openhouden, op hun eigen ritme en dat ze tegelijkertijd kunnen genieten van de vrijheid van hun pensionering. Dit kan het werk van de jongere artsen verlichten en de oudere artsen die nog altijd een activiteit uitoefenen ontlasten van een deel van hun wachtverplichtingen, en vooral van de verplichtingen die deze artsen het zwaarst vallen.

48. Fiscaal onbelaste wachtdiensthonoraria

Huisartsen zijn geen vragende partij om de verplichte wachtdiensten te verzekeren. Het gaat hier over een openbare dienstverlening die wordt opgelegd aan zelfstandigen die, in principe, volledig vrij hun werk moeten kunnen organiseren. De huisartsen aanvaarden echter deze opoffering die ten koste gaat van de weinige tijd die ze aan hun privé en familiale leven kunnen besteden. Financieel leveren deze wachtdiensten eigenlijk niets op, omdat de wachtdiensthonoraria bij hun inkomen worden opgeteld en dus maximaal belast worden. De BVAS eist daarom fiscaal onbelaste wachtdiensthonoraria (met inbegrip van de beschikbaarheidshonoraria).

49. Regeling met betrekking tot de professionele integratieperiode aanpassen

Om recht te hebben op de integratietoelagen moeten de pas afgestudeerde artsen 310 professionele integratiedagen op hun actief hebben, om zich niet van de arbeidsmarkt te onttrekken. Artsen die zich echter bijvoorbeeld gedurende deze periode in het buitenland hebben bijgeschoold, kunnen deze dagen enkel in rekening brengen na goedkeuring van de VDAB in Vlaanderen of van de FOREM, ACTIRIS of ADG (in Wallonië en in Brussel), afhankelijk van de regio vanwaar ze afkomstig zijn. Ook de gecumuleerde dagen onder het sui generis statuut mogen niet opgeteld worden bij deze dagen van professionele integratie. De BVAS is van mening dat deze dagen effectief moeten meetellen en wil een aanpassing van de regeling met betrekking tot de professionele integratie voor de artsen.

50. Extra muros zorg

Een arts werkt gedurende de meeste tijd van zijn of haar loopbaan als zelfstandige. Zij/hij is dus geen werknemer in de juridisch zin van de term. Hij of zij kan zijn tijd zelf indelen en heeft de vrijheid om verschillende activiteiten uit te oefenen. Het is dus onrechtmatig als ziekenhuizen in een contract met een ziekenhuisarts vastleggen dat hij of zij geen extra muros activiteiten mag hebben. Als een ziekenhuis deze voorwaarde aan een ziekenhuisarts wil opleggen, dan treedt het ziekenhuis als werkgever op en wordt de arts een bediende. Deze arts moet dan aanspraak kunnen maken op een salaris in functie van zijn competentie, verantwoordelijkheden, beschikbaarheid, et cetera.

De prospectieve financiering per pathologie kan als gevolg hebben dat specialisten geen privé kabinetten meer mogen hebben. In de optiek van de pathologiefinanciering zouden artsen alleen nog zuivere honoraria ontvangen, met andere waarden honoraria waar het gedeelte dat toelaat om de medische activiteit te financieren werd van geamputeerd. In de ziekenhuizen worden op de honoraria afdrachten ingehouden voor de instandhouding van de medische activiteit. Als de artsen enkel nog zuivere honoraria zouden ontvangen, dan moeten er geen afdrachten meer zijn; dit deel zal automatisch voor rekening van het ziekenhuis zijn. Met dergelijk geamputeerde honoraria wordt het voor de arts onmogelijk om nog een zelfstandige activiteit in een privé kabinet uit te oefenen want hij of zij zal dit niet meer kunnen financieren.

Deze evolutie is voor de BVAS onaanvaardbaar en ze zal dit met alle middelen bestrijden.

Het is belangrijk:

- a. dat de arts die gekozen heeft om zijn volledige praktijk in het ziekenhuis uit te oefenen, al was het maar in theorie, een privé praktijk kan openen om niet helemaal in een zwaktepositie tegenover de ziekenhuisbeheerder te komen staan;
- b. dat de arts kan kiezen voor een gemengde praktijk, verdeeld tussen het ziekenhuis en een privé kabinet. In het kader van het zelfstandigenstatuut is het onaanvaardbaar zijn dat hem deze vrijheid zou worden ontnomen;
- c. dat de arts die ervoor heeft gekozen om alleen in een privé kabinet te werken dat kan blijven doen zonder afhankelijk te zijn van een ziekenhuis.

Men moet goed voor ogen houden dat de bedreiging niet alleen voortvloeit uit een pervers effect van de prospectieve financiering per pathologie, maar dat er een politieke wil is om de specialisten in de ziekenhuizen te isoleren en om van huisartsen zoneverantwoordelijken te maken in de ambulante sector.