

{Kartel}

magazine

Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België

Nieuwsbrief Nr.02
Maart → mei 2010
Driemaandelijks

www.asgb.be

Opgericht door het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB), de Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) en het Syndicaat van Belgische Geneesheren Specialisten (SBMS-SBGS). Het Kartel beoogt:

- de belangen van alle artsen te verdedigen, ongeacht hun statuut, discipline of plaats van tewerkstelling;
- een gezondheidszorg waarin een degelijke zorgverstreking voor alle burgers toegankelijk is.

Opwaardering
van 'intellectuele'
akten? **2**

Dringend: correcte
financiering voor
het ziekenhuis! **6**

Ziekenhuisspecialisten in
het ziekenhuis gevraagd **8**

Zijn assistenten in **10**
de toekomst beter af?

Werk in adviesraden
en comités vergoed? **11**



Prins Boudewijnlaan 1
2550 Kontich
Tel.: 03/238.49.48
www.asgb.be

In ons systeem voor gezondheidszorg worden artsen die weinig technische verstrekkingen hebben financieel gestraft. **Het Kartel ijvert al jaren voor een opwaardering van hun inkomen.**

'Intellectuele' arbeid beter vergoed!

Het inkomen van zogenaamd 'intellectuele' specialisten ligt ver onder het gemiddelde van dat van de zogenaamd 'technische' specialisten.

De oorzaken:

- het lagere aantal goed betaalde 'technische' interventies;
- de honoraria voor de raadplegingen staan nauwelijks in verhouding tot de duur ervan. Vaak gaat het om meer dan een half uur, en dat kan makkelijk uitlopen tot meer dan een uur;
- de directe en indirecte kosten van de polikliniek zijn aanzienlijk;

- de vergoeding voor een aantal prestaties als coördinatie en multidisciplinair overleg is vaak ontoereikend of zelfs onbestaand.

Sinds zijn oprichting doet het Kartel er alles aan om het inkomen voor de specialisten uit deze disciplines op te waarderen. Hoewel er al een behoorlijke vooruitgang werd geboekt, hebben we nog veel werk voor de boeg. We laten graag een aantal collega's aan het woord. Zijn zij tevreden over wat we al bereikten? Hoe zien zij de toekomst?

« In veel 'intellectuele' specialismen zijn de raadplegingen nog onderbetaald »

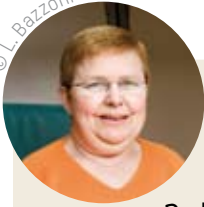


{Oncologie: meer dan financiële erkenning!}

Dr. Simon Van Belle, oncoloog in Gent

In de oncologie zijn er weinig technische interventies. Het grootste deel van onze tijd gaat naar de consultaties. Een consultatie oncologie wordt niet in tien minuten 'afgehaspeld'. We moeten tijd maken om met de patiënt en diens naaste familie te praten. Naast de medische aspecten is er een heel belangrijk luik van psychosociale ondersteuning. Dankzij de inspanningen van het Kartel, werden we in die rol erkend en opgewaardeerd. Ook ons werk als coördinator in het kader van een multidisciplinaire benadering van kankerpatiënten werd dankzij het Kartel gevaloriseerd. Het financiële aspect is zeker belangrijk, maar volgens mij betekent die opwaardering ook een welkome erkenning van ons werk, en met name van de wetenschappelijke en intellectuele uitdaging die ons specialisme vertegenwoordigt. Door de aard van kanker, worden we gedwongen een grondige kennis van het volledige menselijke lichaam uit te bouwen: we kunnen ons niet beperken tot één orgaan!

© L. Bezzoni



{Reumatologie: aanzienlijke vooruitgang}

Dr. Griet De Brabanter, reumatologe in Brugge

De huidige nomenclatuur valoriseert technische interventies. Die reële achterstand moest nog worden goedge maakt voor de meer 'intellectuele' disciplines, waartoe reumatologie behoort. Onze kernactiviteit, de raadpleging, werd tot voor kort vrij slecht betaald. In de voorbije jaren echter, zagen we de situatie geleidelijk verbeteren, mede dankzij de inspanningen van het Kartel:

- consultaties werden opgewaarderd: € 4 extra per consultatie in 2004, én binnenkort een geplande verhoging van € 5;
- sinds 1 november 2008 worden diagnostische en therapeutische gewrichtspuncties bij patiënten

met een inflammatoire reumatische aandoening opnieuw terugbetaald indien ze door een specialist-reumatoloog gebeuren;

- sinds 1 februari 2009 voorziet de nomenclatuur een specifieke prestatie voor de evaluatie van patiënten met een chronische inflammatoire reumatische aandoening;
- sinds 1 december 2009 krijgen reumatologen rechtstreeks toegang tot de nomenclatuur voor elektrofysiologie in het kader van hun revalidatieactiviteiten.

Toch is nog niet alles in orde. Wat de nomenclatuur voor osteoporose bijvoorbeeld betreft, is er al maan-

den een Koninklijk Besluit klaar dat nog steeds wacht op publicatie. Anderzijds hopen we dat nieuwe diagnostische technieken in de nomenclatuur zullen worden opgenomen, met name voor het sneller opsporen en behandelen van gewrichtserosie.

Tot slot werd op verzoek van het Kartel een principesakkoord gesloten binnen de Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen om in het volgende nationaal akkoord de consultaties van de reumatoloog verder op te trekken tot het (recent verhoogde) niveau van honoraria van endocrinologen, hematologen en medisch oncologen.



© Getty Images

{Pediatrie: werk aan de winkel}

Dr. Myriam Azou, kinderarts in Oostende



In de ziekenhuizen werd de pediatrie wel degelijk opgewaardeerd. Zo werden de toezichthonoraria voor de eerste vijf dagen van een ziekenhuisopname in de nomenclatuur verdubbeld. Tegelijk echter daalde het aantal pediatrische opnemingen, met name door de vaccinatie tegen het rotavirus. Daardoor werd het effect van die financiële revalorisering ietwat getemperd. Er blijven trouwens nog een aantal hete hangijzers:

- vorig jaar werden de beschikbaarheidshonoraria slechts gedeeltelijk uitbetaald. Wanneer krijgen we het saldo?
- sinds 1 januari 2009 zijn de nacht- en weekendtarieven voor de spoedraaplegingen afgeschaft. Dat is onaanvaardbaar: op spoed behandelen we kinderen 's nachts en in het weekend nu aan de helft van het tarief van de huisartsen!
- we willen ook graag vergoed worden voor dagopnemingen en tijdelijke opnemingen van enkele uren (bijvoorbeeld voor intraveneuze rehydratatie of voor diagnostiek tijdens enkele uren observatie).
- het permanentiehonorarium werd niet ingevoerd op 1 januari 2010, hoewel we wettelijk verplicht werden om de permanentie in de ziekenhuizen te verzekeren. Kunnen we dat honorarium nu eindelijk – en met terugwerkende kracht – ontvangen?

Naast die puur financiële problemen, moeten ook de meer organisatorische kwesties worden aangepakt.



{Geriatricie: een betere vergoeding voor coördinatie}

Dr. Jean-Pierre Baeyens, geriater in Oostende

Geriatricie is een vrij recent specialisme dat moeizaam vorm kreeg na 1972, toen internisten het gevoel kregen dat ze nauwgezetter moesten inspelen op de medische behoeften van oudere patiënten. Aanvankelijk was het een kwestie van solidariteit onder de best betaalde specialisten binnen elk ziekenhuis. Gerieters stellen weinig technische handelingen en terugbetalingen werden dan ook beperkt tot het toezichthonorarium. In 1988 werd een eerste stap in de goede richting gezet toen onze toezichthonoraria een specifiek nummer in de nomenclatuur kregen. Tegelijk werd de beperkte periode waarin een tegemoetkoming voor toezichthonoraria werd verleend (van de 5^{de} tot de 12^{de} dag) uitgebreid tot de 30^{ste} dag. In 1995 werden de

honoraria voor de eerste 5 dagen aanzienlijk opgetrokken. In 2006 gebeurde hetzelfde met de honoraria voor de 6^{de} tot de 30^{ste} dag. In de nomenclatuur werden ook nieuwe activiteiten opgenomen: geriatriche consulten buiten de afdelingen geriatriche, geriatriche ontslagonderzoeken, de opstelling van omstandige ontslagrapporten en het multidisciplinair overleg.

Die verbeteringen zijn het resultaat van een campagne die al jaren door het Kartel wordt gevoerd om de intellectuele arbeid te revaloriseren. Stilaan zien we een mentaliteitsverandering waarbij zowel de ziekenfondsen als de medici de noodzaak daarvan inzien. Het Kartel blijft de eisen van gerieters ondersteunen, onder meer:

- een vergoeding voor de coördinerende functie van gerieters die verantwoordelijk zijn voor het zorgprogramma van geriatriche patiënten;
- een vergoeding voor gerieters voor hun organiserende, leidinggevende functies en voor de organisatie van multidisciplinaire coördinatievergaderingen;
- ervoor zorgen dat het multidisciplinaire overleg niet langer beperkt blijft tot 1 maal per jaar;
- een opwaardering van de consultatiehonoraria: een geriatriche consultatie duurt effectief 45 minuten tot 1 uur. Die revalorisatie is vandaag mogelijk, aangezien het Kartel erin geslaagd is om aan de geriatriche raadpleging een specifiek nummer toe te kennen.



© Getty Images



© Reporters

{Een gebrek aan roepingen in de neuropsychiatrie}

Dr. Geert Bosma, neuropsychiater in Beernem

In de afgelopen jaren hebben we een lange weg afgelegd. Zo werden onze toezichthonoraria een aantal keer opgetrokken, zowel voor A-bedden (korte opnames) als voor T-bedden (lange verblijven in het ziekenhuis). We worden voortaan ook vergoed voor de opname- en ontslagrapporten van patiënten. En sinds januari van dit jaar krijgen we ook een vergoeding voor de multidisciplinaire vergaderingen in T-afdelingen. Er blijft wel nog heel wat werk te doen: wij behoren tot de specialisten die het minst verdienen. Volgens mij raakt dat stilaan bekend en keren steeds meer jongeren de psychiatrie de rug toe. Vacatures raken niet meer zo snel ingevuld en universitaire ziekenhuizen vinden met moeite voldoende stagiairs. Aan de Universiteit van Leuven waren er dit jaar bijvoorbeeld slechts 4 kandidaten voor 16 beschikbare plaatsen! Als ons beroep niet verder wordt opgewaardeerd, vrees ik voor ernstige problemen in de toekomst.

« Ondanks een positieve evolutie, blijven multidisciplinaire consultaties ondergefinancierd »

© P. De Schryver



{Endocrinologie: omkadering vergt inspanningen}

Dr. Frank Nobels, endocrinoloog in Aalst

Endocrinologie is een boeiend specialisme, maar helaas trekt het steeds minder jonge collega's aan. Endocrinologen worden hoofdzakelijk vergoed per consultatie. Ze stellen vrij weinig technische handelingen, maar besteden veel tijd aan taken waarvoor geen vergoeding is voorzien: het regelen van de glycemie van patiënten op andere afdelingen (ons ziekenhuis beschikt over 850 bedden, wat neerkomt op 150 patiënten per dag), de organisatie van multidisciplinaire zorgprogramma's (voeding, overgewicht, osteoporose...), de contacten met de eerstelijns... Endocrinologen kunnen pas echt efficiënt werken als ze onder-

steund worden door een multidisciplinair paramedisch team. De diabetesconventies scheppen mogelijkheden, maar zijn onvoldoende voor de begeleiding van patiënten die complexe zorg nodig hebben. Denk maar aan jongeren, patiënten die een pomp kregen ingeplant en zwangere vrouwen. Een conventie voorziet geen team voor gehospitaliseerde patiënten. Sinds enkele jaren bestaan er ook conventies voor multidisciplinaire follow-up van diabetici met voetproblemen, maar die worden zwaar ondergefinancierd. De conventies moeten gerevaloriseerd worden en we moeten andere financiële middelen vinden voor

de taken die de endocrinologische teams op zich nemen. Endocrinologen werken nauw samen met de eerste lijn voor de behandeling van de vaakst voorkomende metabole stoornissen. Zij zijn dan ook vragende partij voor een betere ondersteuning van de behandelende artsen, zodat de zorgverstrekking zo efficiënt mogelijk kan verlopen. Jammer genoeg hinkt België op dat vlak achterop, zowel wat betreft de omkadering van de eerstelijnszorg als qua informatisering van de dossiers en het verlichten van de administratieve belasting. Op al die terreinen tracht het Kartel actief vooruitgang te boeken.

De ontoereikende ziekenhuisfinanciering leidt tot een vicieuze cirkel die dringend moet worden doorbroken.

Specialisten terug naar de ziekenhuizen halen

De ziekenhuizen krijgen momenteel te weinig geld om hun financiering te verzekeren. "Binnen het huidige systeem, zijn de lonen van personeelsleden slechts voor zowat 90% gedekt", verduidelijkt dr. Robert Rutsaert, internist en voorzitter van het ASGB. "Ziekenhuisdirecties kunnen dat tekort op twee manieren trachten op te vangen: de patiënten supplementen aanrekenen en beknibbelen op de artsenhonoraria."

Inhoudingen

"De regering zet ziekenhuizen al jaren onder druk om de supplementen te beperken. En dus richten ze zich meer en meer tot de artsen", voegt onze gesprekspartner eraan toe. "Let wel, het Kartel is niet gekant tegen de inhoudingen op zich. Het lijkt ons logisch om als artsen bij te dragen in de directe kosten die uit onze medische activiteit voortvloeien: gebruik van consultatieruimte in het ziekenhuis, personeelskosten, materiaal, medische apparatuur... Maar de aanzienlijke indirecte personeelskosten waarop we geen enkele impact hebben – zoals bv. groepsverzekeringen voor het administratief personeel of voor kaderleden, of de saldo-verdeling na betaling van alle kosten – zijn dan weer ontoelaatbaar."

Vlucht van specialisten

"Die afkalking van de honoraria maakt het werk in een ziekenhuis een pak minder aantrekkelijk. Specialist die daartoe de kans krijgen, bouwen hun ambulante ziekenhuisactiviteit dan ook liever af (sommigen stoppen zelfs helemaal!) om een eigen praktijk te beginnen", bevestigt dr. Rutsaert. "De financiële voorwaarden zijn trouwens niet de enige oorzaak van die vlucht. De wachtdiensten, die de levenskwaliteit van de artsen zwaar onder druk zetten, verklaren mee waarom velen het ziekenhuis ontvluchten."



© Corbis

« De afhoudingen op de honoraria maken het werk in een ziekenhuis een pak minder aantrekkelijk »

"De recente opwaarderingen hebben de

bittere pil ietwat verguld, maar de weg is nog lang. Bovendien, wat is de zin van die opwaarderingen als inhoudingen de hogere bedragen weer min of meer teniet doen?", vraagt dr. Rutsaert zich af. "We willen tariefzekerheid ook voor artsen."

Vicieuze cirkel

Het vertrek van specialisten maakt de situatie alleen maar erger. "Aangezien het totaal aan indirecte kosten over minder koppen worden gespreid, verhoogt het individuele aandeel. Specialist die in het ziekenhuis blijven werken, worden in feite dus financieel gestraft", vindt dr. Rutsaert. Vooral voor

de medisch-technische diensten wegen de indirecte kosten (soms onder de vorm van een saldoverdeling) zwaar door. "Het wordt ook steeds moeilijker om wachtdiensten te verzekeren. Het gaat om een heuse vicieuze cirkel: elke verdere verslechtering in de situatie versterkt deze evolutie."

Tekorten

In bepaalde disciplines zorgt het gebrek aan interesse voor een tekort aan ziekenhuisspecialisten, terwijl velen onder hen wel een eigen praktijk openen. "Dat is met name het geval voor kinderartsen", weet dr. Rutsaert. Sommige specialisten wijken omwille van de ongunstige werkomstandigheden ook uit naar het buitenland. "Eén op de vier kinderpsychiaters die in Vlaanderen afstuderen, gaan in Nederland aan de slag. Ouders van kinderen met zware psychische problemen moeten daardoor 3 tot 6 maanden op begeleiding wachten."

Paradoxen

Ziekenhuizen trachten dat tekort aan artsen zo goed en zo kwaad ze kunnen op te vangen. "Assistenten in opleiding staan onder een hoge werkdruk. In afdelingen met weinig of geen assistenten, probeert men de situatie te verbeteren door huisartsen aan te trekken. Zo werken er heel wat huisartsen in de spoedgevallen", weet dr. Rutsaert. "Op die manier zien we een paradoxale situatie ontstaan: specialisten ontvluchten het ziekenhuis en huisartsen – naar wie in bepaalde streken een grote vraag bestaat – komen in het ziekenhuis terecht."

Herziening van de ziekenhuisfinanciering

"Om die vicieuze cirkel te doorbreken, moeten we het probleem bij de bron aanpakken", besluit dr. Rutsaert. "Het is belangrijk dat ziekenhuizen van de overheid de middelen krijgen om hun werking op een correcte manier te financieren zonder dat ze hun toevlucht moeten nemen tot bijkomende, onterechte inhoudingen. Verder moet er aan de werkomstandigheden van ziekenhuisartsen worden gesleuteld."

« Het budget dat de ziekenhuizen vandaag van de overheid ontvangen, volstaat niet om de opgelegde uitgaven te dekken. De tekorten worden veelal opgevangen door inhoudingen op de honoraria van artsen. Die situatie is op lange termijn onhoudbaar. »

{Onze eisen}

1°) De overheid moet de ziekenhuizen de nodige middelen verschaffen om hun missie te volbrengen. Als de collectieve arbeidsovereenkomsten loonsverhoging voorzien voor het administratief en verplegend personeel, moet de regering de nodige middelen geven om die engagementen waar te maken. Trouwens, de ziekenhuizen kampen ook nog met een tekort aan verplegend personeel: de bestaansnormen zijn al lang achterhaald.

2°) Om terug meer specialisten in de ziekenhuizen te krijgen, stuurt het Kartel aan op:
 } een verdere opwaardering van de intellectuele arbeid met name van de raadplegingshonoraria,
 } een bijkomende verhoging van de honoraria voor ziekenhuisconsultaties.

3°) Ziekenhuizen moeten ook ambulante patiënten opvangen: de kosten van de polikliniek zouden daarom

ook moeten opgenomen in het ziekenhuisbudget.

4°) Voor de algemene kosten (B1) zou opnieuw een benchmarking moeten worden ingevoerd zodat niet alleen de artsen maar ook de directies en het beheer terug geresponsabiliseerd worden.

5°) Afhoudingen die niet rechtstreeks gelinkt zijn aan de activiteiten van artsen moeten worden afgeschaft. De onderhandelingen over solidariteitsafhoudingen die momenteel in vele ziekenhuizen worden gevoerd, zouden beter naar het nationale niveau worden getild. Op die manier worden grote inkomensverschillen tussen ziekenhuizen vermeden en zullen de hogere honoraria die in een nationaal akkoord bedongen werden, ook resulteren in een reële inkomensverbetering voor de betrokken specialisten.



De 'vervloekte' specialismen

'Intellectuele' specialismen hebben het in het ziekenhuis knap lastig. Het ontbreken van technische verstrekkingen zet een rem op hun inkomen. Bovendien spelen de financieringsmechanismen van de ziekenhuizen eerder in hun nadeel. Anderen ondervinden dan weer dat hun levenskwaliteit op de werkvloer wordt aangetast.



Heel wat specialisten keren het ziekenhuis vandaag de rug toe om een eigen praktijk op te starten. Niet iedereen heeft echter die mogelijkheid. 'Intellectuele' specialisten worden vaak aan hun lot overgelaten: gerieters, endocrinologen, hematologen, reumatologen, neurologen, dermatologen, (kinder)psychiaters, pediaters... voelen zich ondergewaardeerd, al is recent toch een kentering merkbaar.

Weinig homogeniteit in de kostenberekening

Artsen wijzen onder meer op het gebrek aan homogeniteit in de berekening van de bedragen die aan specialisten worden aangerekend voor het gebruik van infrastructuur. "Ieder ziekenhuis pakt de financiering op een eigen manier aan", weet reumatologe dr. Griet De Brabanter. "Sommige ziekenhuizen houden een percentage in op de honoraria die de arts ontvangt. Andere eisen huur voor het gebruik van lokalen en administratieve voorzieningen. Dat laatste lijkt me al heel wat objectiever." Het probleem kan echter pas worden opgelost als er een uniformisering komt van de financieringsregels op nationaal niveau. "Zolang er geen federaal akkoord is voor een betere financiering van de werking van de ziekenhuizen – met name voor de kosten van infrastructuur – moeten de ziekenhuizen andere middelen zien te vinden, waaronder de bedragen die ze aan ziekenhuisartsen aanrekenen", meent Rita Cuypers, juriste bij het ASGB. Die laatsten zijn zich terdege van de situatie bewust. "We zitten in hetzelfde schuitje als de ziekenhuisbeheerders," bevestigt dr. Nicolas Berg, geriater in Luik. "Ziekenhuizen lijden onder chronische onderfinanciering. Bovendien verandert de regelgeving voor die financiering voortdurend en dus zijn we overgeleverd aan lokale disputen tussen artsen en beheerders."

Op weg naar een tekort aan artsen?

Verscheidene artsen die we ondervroegen, wijzen erop dat die situatie een negatieve impact kan hebben op de keuzes die toekomstige specialisten maken. "Ziekenhuizen vinden steeds moeilijker

« Ziekenhuizen ondervinden steeds meer moeilijkheden om in sommige disciplines specialisten te vinden »

specialisten in bepaalde disciplines, waaronder de geriatrie", vertelt dr. Berg. "Dat tekort leidt tot een hogere werkdruk voor de bestaande teams met o.a. een toenemend aantal wachtdiensten. Daardoor wordt het beroep minder aantrekkelijk, waardoor er minder mensen voor kiezen. Zo belanden we in een vicieuze cirkel.

Jonge artsen die na hun stage in die specialismen stappen, staan trouwens minder sterk tijdens onderhandelingen over hun arbeidsvoorwaarden. "Ze zijn aan handen en voeten gebonden aan het ziekenhuis overgeleverd", betreft oncoloog dr. Luc Dirix. "Hoe meer die situatie bekend raakt, hoe groter het tekort in bepaalde disciplines wordt." Toch zijn niet al zijn collega's het eens met die analyse. "Volgens mij blijft de keuze voor een specialisme in de meeste gevallen een kwestie van wetenschappelijke interesse", aldus oncoloog dr. Simon Van Belle. "Al heb ik natuurlijk ook geen glazen bol om te zien hoe de situatie binnen tien jaar zal evolueren."

Minder levenskwaliteit

In sommige gevallen geeft het gebrek aan artsen specialisten net méér macht tijdens onderhandelingen. "Het gebrek aan ziekenhuispediaters en de verplichting om over een afdeling pediatrie te beschikken, dwingt sommige ziekenhuizen tot het aanbieden van aantrekkelijke financiële voorwaarden voor de kinderartsen", stelt Dr. Questiaux, hoofd van de afdeling pediatrie in het ziekenhuis van Seraing. "Desondanks trekt het beroep niet méér geïnteresseerden: er heerst een heuse malaise onder kinderartsen die in een ziekenhuis werken.

Onze levenskwaliteit daalt voortdurend: door een gebrek aan artsen moeten we steeds meer wachtdiensten lopen, iets waartoe onze collega's met een privépraktijk niet worden verplicht. Het zijn met andere woorden de werkomstandigheden die de pediaters uit de ziekenhuizen 'jagen'. Ze verdienen liever iets minder voor minder wachtbelasting."

Administratieve taken en coördinatie nauwelijks naar waarde geschat

Tot slot kaarten heel wat specialisten een ander gevoelig punt aan: de gebrekige valorisering van prestaties op het vlak van coördinatie, die de situatie nochtans gedeeltelijk zou kunnen rechtzetten. Oncologen, endocrinologen, reumatologen en gerieters besteden er heel wat tijd aan. Hoewel de geleidelijke revalorisering van honoraria in bepaalde gevallen hun situatie verbeterde, blijven die coördinerende taken grotendeels onderbetaald.

Kinderartsen ontvluchten het ziekenhuis omwille van de arbeidsomstandigheden.



Het lot van de ASO verbeteren?

« De situatie van artsen-specialisten in opleiding blijft kritiek. Talloze problemen i.v.m. de omkadering wegen op de omstandigheden waarin ze hun opleiding genieten. »



© Brauner

In het verleden werd al vaker vastgesteld dat ASO's in moeilijke omstandigheden moeten werken. Hoe zit dat tegenwoordig?

Jonathan Brauner, assistent in de klinische biologie, vindt zijn situatie redelijk. "Maar specialismen waarvoor weinig artsen in opleiding kiezen – zoals die van mij – zijn niet te vergelijken met de specialismen die jaarlijks een groot aantal assistenten lokken, zoals: chirurgie, pediatrie, interne geneeskunde of gynaecologie. Daar zijn de arbeids- en opleidingsvoorwaarden veel minder gunstig", legt hij uit. "Stilaan begint dat helaas invloed te hebben op studiekeuzes van toekomstige assistenten."

Organisatorische problemen
Op heel wat afdelingen waar opleiding wordt gegeven is het gebrek aan ervaren specialisten, die jongere collega's kunnen opleiden, duidelijk voelbaar. De stagebegeleiders zijn overbevrraagd, en de assistenten worden vaak aan hun lot overgelaten. Het probleem is dat heel wat assistenten liever zwijgen uit angst voor een negatieve beoordeling, omdat ze pesterijen binnen de examencommissie vrezen of omdat ze het risico lopen naar een verder afgelegen ziekenhuis te worden gestuurd," beaamt dr. Brauner met spijt in de stem.

Lastige werkuren
"De werkomstandigheden zijn penibel, met zware uurroosters en hoge administratieve eisen. Dit wordt gedeeltelijk verklaard door het tekort in sommige specialismen, zoals kindergeneeskunde", stelt dr. Brauner. "Niet enkel is de omkadering van de assistenten onvoldoende. Er zijn ook te weinig assistenten om een degelijke dienstverlening te verzekeren. Daardoor moeten stagiairs na hun nachtelijke wachtdienst ook vaak overdag opdagen, zonder dat ze de kans krijgen om hun 'recup' te nemen, zoals de huidige wetgeving het toch voorziet."



© Stockphoto

Slecht gespreid aanbod?
"Men wou heel wat problemen aanpakken door de toestroom aan artsen te beperken. Intussen verwachten we nog steeds dat de FOD Volksgezondheid ons objectieve cijfers geeft over deze situatie. We hebben namelijk het kadaster van de specialisten nog steeds niet ontvangen. Het feit dat ziekenhuizen kandidaat-specialisten in opleiding uit andere Europese landen – dus buiten de quota - aanwerven, zwengelt het debat verder aan, en werkt onder meer een discriminatie in de hand ten opzichte van de artsen die in België worden opgeleid. Uiteraard is de situatie verre van homogeen: er bestaan grote verschillen tussen de gewesten en naargelang de medische disciplines. De situatie moet dan ook snel worden uitgeklaard."

Op betere weg?
"Een nieuwe wetgeving, gebaseerd op een Europese richtlijn, voorziet striktere voorwaarden, met name: gemiddeld 48 arbeidsuren per week, wachtdiensten inbegrepen, plus eventueel 12 bijkomende uren indien de assistent daarmee akkoord gaat", weet dr. Brauner. Het Kartel eist trouwens dat die bijkomende uren op een correcte manier zouden worden vergoed. "De arbeidsinspectie zal de naleving van die bepalingen controleren, en kan op vraag van assistenten of patiënten ingrijpen. Op die manier hopen we misbruiken tegen te gaan en artsen meer levenskwaliteit te waarborgen."

Het Kartel pleit ervoor om die werkzaamheden, essentieel voor de werking van het ziekenhuis, te honoreren.

De deelname aan adviesraden en commissies **vergoeden?**

Comité voor ziekenhuishygiëne, medisch-farmaceutisch comité, commissie voor de veiligheid van de patiënten, multidisciplinaire werkgroep rond antibiotica en commissie voor medisch materiaal. In die organen zijn vergoedingen via het BFM eerder uitzondering dan regel. Buiten de geneesheer-ziekenhuishygiënist, die vergoed wordt voor zijn functie binnen het comité voor ziekenhuishygiëne van het ziekenhuis, en een financiering voor de werkgroep rond antibiotica, voorziet ons systeem geen enkele vergoeding voor het deelnemen aan de vergaderingen van deze organen. "Artsen moeten vrijwillig aanwezig zijn, en ook nog eens gratis instaan voor de voorbereiding", benadrukt dr. Jean-Paul Ursi, specialist klinische biologie en in het ziekenhuis waar hij werkt voorzitter van het comité voor ziekenhuishygiëne, lid van het comité voor medisch materiaal en voor de veiligheid van patiënten.

Nadelige effecten

"Een - begrijpelijk - gevolg van die situatie is dat artsen na verloop van tijd steeds minder vergaderingen bijwonen", voegt dr. Ursi eraan toe. "Wettelijk gezien is dat geen probleem, aangezien de artsen alleen lid moeten zijn. Toch is die situatie op lange termijn uiteraard onhoudbaar. Vele commissies vergaderen inderdaad in afwezigheid van de artsen en nemen dus onvoldoende gefundeerde beslissingen."

Op zoek naar een oplossing

"De tijd dringt! Er moeten oplossingen worden gevonden", geeft dr. Ursi toe. "Het ligt in de lijn van de verwachtingen dat

« In elk ziekenhuis bestaan er werkgroepen, comités en commissies, waar de aanwezigheid van ziekenhuisartsen noodzakelijk is voor de erkenning van het ziekenhuis. Waarom worden ziekenhuisartsen die daaraan deelnemen niet vergoed? »

tijdens de doorlichting van ziekenhuizen ('visitaties' om de vijf jaar) steeds meer belang zal worden gehecht aan de aan- of afwezigheid van artsen tijdens uiteenlopende vergaderingen voor de evaluatie

GOED OM WETEN

De erkenning van ziekenhuizen gebeurt momenteel voornamelijk op basis van kwantitatieve criteria. Vlaanderen ontwikkelde onlangs een systeem van audits om de vijf jaar, de zogenaamde 'visitaties', door een comité van 5 tot 6 experts. Zij moeten een kwalitatieve controle op de werking van het ziekenhuis uitvoeren. In Brussel en Wallonië zou principieel hetzelfde systeem worden ingevoerd.

van de kwaliteit van de zorg." De enige manier om deze actieve aanwezigheid te verzekeren, is hen degelijk voor dat werk te vergoeden.

© Reporters



{Onze eisen}

Het Kartel pleit voor een vergoeding van € 250 per vergadering voor effectieve aanwezigheid in alle adviesraden en commissies waarover het ziekenhuis moet beschikken om te worden erkend. Wij zijn van mening dat de overheid aan de artsen en ziekenhuizen de nodige middelen moet geven om aan de hen opgelegde verplichtingen te kunnen voldoen.

Verkiezingen

Zeer binnenkort kan u uw vertegenwoordigers in de Riziv-organen opnieuw verkiezen. Dit heeft een rechtstreekse impact op uw werkomstandigheden en op uw inkomen. Laat deze kans niet liggen!

☑ **Stem 2 Kartel**
(ASGB-GBO).

Meer weten over het Kartel www.asgb.be

President van het Kartel:

Dr. Philippe Vandermeeren

Leden:

- **ASGB** (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België)
Voorzitter: Dr. Robert Rutsaert
- **GBO** (Groupement Belge des Omnipraticiens)
Voorzitter: Dr. Philippe Vandermeeren
- **SBGS - SBMS** (Syndicaat van Belgische Geneesheren Specialisten - Syndicat Belge des Médecins Spécialistes)
Verantwoordelijken: Dr. Nicolas Berg
Dr. Dirk Bernard

Leden van het Kartel die zetelen in de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen

EFFECTIEVEN	OPVOLGERS
Dr. Philippe Vandermeeren Huisarts, Namen	Dr. Milan Roex Huisarts, Anderlecht
Dr. Robert Rutsaert Internist, GZA, Antwerpen	Dr. Nicolas Berg Geriatr, CHBAH, Luik
Dr. Reinier Hueting Huisarts, Geraardsbergen	Dr. Paul Putzeys Huisarts, Berchem
Dr. Anne Gillet Huisarts, Brussel	Dr. Marcel Bauval Huisarts, Luik

{Erratum}

Hoewel we aan experts vroegen om informatie rond deze complexe materie te verzamelen, zijn er in het vorige nummer van uw Kartel Magazine over sociale bescherming enkele foutjes en onnauwkeurigheden geslopen. Gelieve ons daarvoor te verontschuldigen. Hieronder de nodige aanvullingen en verduidelijkingen.

WERKEN NA UW PENSIOEN (BLZ. 3)

Na de leeftijd van 65 en zonder gezinslast, bedragen de maxima voor 2010: € 17.149,19 voor zelfstandigen en € 21.346,50 voor loontrekkenden (en dus niet: € 29.986,25 en € 23.988,97). Ligt uw inkomen meer dan 15% hoger dan die plafonds, dan ontvangt u niet langer een pensioen. Bedraagt de overschrijding minder dan 15%, dan wordt uw pensioen met het overschrijdingspercentage verlaagd. Meer info leest u op onze website: www.asgb.be.

ARBEIDSONGESCHIKTHEID (BLZ. 4)

Verduidelijking: vanaf de tweede maand van arbeidsongeschiktheid ontvangt de loontrekkende een bedrag ten belope van 60% van zijn laatste brutosalaris, en dat voor een maximum van € 71,02 per dag, zes dagen per week.

ZWANGERSCHAPSVERLOF VOOR ZELFSTANDIGEN (BLZ. 5)

"Zij ontvangen een zwangerschapspremie van € 2.250, een vergoeding van € 372,75 per week en 105 dienstencheques" moet worden vervangen door: "In de loop van hun zwangerschapsverlof ontvangen zij via de ziekteverzekering een bedrag van € 375,72 per week. Ze ontvangen eveneens 105 dienstencheques".

Kartel magazine

is een publicatie van het Kartel

Prins Boudewijnlaan 1
2550 Kontich

Tel. +32(0)3/238.49.48
Fax +32(0)3/216.30.64

E-mail: asgb@telenet.be
Website: www.asgb.be

Verantwoordelijke uitgever

Robert Rutsaert
Prins Boudewijnlaan 1
2550 Kontich

Ontwerp en realisatie

V&V Communication Company N.V.



Rodenbachstraat 70
1190 Brussel
Tel. +32(0)2/640.49.13
Fax +32(0)2/640.97.56
E-mail: info@vivio.com

Redactiecoördinatie

Frédéric Wauters
E-mail: fw@vivio.com

Eindredactie

Claudine De Kock

Redactie

Rita Cuypers, Robert Rutsaert,
Philippe Vandermeeren,
Frédéric Wauters

Ontwerp en lay-out

Marie Bourgois, Noémie Chevalier

Foto's en illustraties

L. Bazzoni, Corbis, P. De Schryver,
Getty Images, iStockphoto, Reporters

Druk Druco

Verschijnt driemaandelijks
Oplage 30.000 exemplaren
Parait également en français

Hebben sommige van onze artikels uw belangstelling gewekt en **wenst u er meer over te weten?**

Wilt u lid worden en de missie van het ASGB steunen om uw rechten te verdedigen?

Neem telefonisch contact op op het nr. **03/238.49.48**, stuur ons een e-mail op asgb@telenet.be of bezoek onze website www.asgb.be.

