Afbeelding met Lettertype, tekst, logo, Graphics

Automatisch gegenereerde beschrijving

Kontich, 18 maart 2024

Aan de heer Jo De Cock

Voorzitter NCAZ

Riziv

Galileelaan 5

Brussel

Mijnheer de voorzitter

In verband met de nota 2024/025 (MIC) die hedenavond besproken wordt op de vergadering van de NCAZ wensen we u een aantal bedenkingen over te maken.

Het verheugt ons aan de ene kant dat het budget waarvoor we in 2020 een behoeftenfiche hebben ingediend nu eindelijk, na meer dan 4 jaar discussie, kan worden vrijgemaakt. Aan de andere kant zijn we teleurgesteld in de manier waarop dit dossier technisch werd uitgewerkt.

Verwijshonorarium:

Dit moet vooral gezien worden als een incentive om tijdig te verwijzen, in mindere mate omwille van de werkbelasting die o.i. niet in verhouding is tot de belasting van een 24/24 intramurale permanentie. Maar we hebben ons daar in de werkgroep uiteindelijk bij neergelegd en komen er ook niet op terug.

Er werd veel nadruk gelegd op verwijzingen die op de oncomfortabele uren moeten georganiseerd worden maar dat is niet de meerderheid van de gevallen.

Indien er, zoals destijds door het KCE werd vooropgesteld, te weinig verwezen wordt dan is het verwonderlijk dat patiënten eerst op een M-dienst moeten worden opgenomen vooraleer ze kunnen verwezen worden. Patiënten met diabetes, chronische hypertensie, chronische nierinsufficiëntie, kunnen ook vanuit een ambulante situatie verwezen worden indien de gynaecoloog dat nuttig acht. Er wordt zo eerder een rem op tijdige verwijzing gecreëerd dan een incentive. En in sommige gevallen kan de verwijzing gebeuren vanuit een dienst intensieve zorg i.p.v. de M-dienst.

We nemen aan dat dit verslag ook door de ASO kan worden opgemaakt?

We kregen geen antwoord op de vraag of een niet-MIC-gynaecoloog of een MIC-gynaecoloog naar de eigen MIC-functie mag verwijzen. Die bedden zijn vaak virtueel zonder afzonderlijke architectonische structuur (en soms).

Evenmin op de vraag wanneer dit verslag moet verstuurd worden. Het is best mogelijk dat het om een telefonische verwijzing op afstand gaat en dat het verslag later wordt opgemaakt.

De uitgebreide nachtelijke counseling is in het ontwerp-KB een inlichting geworden, wat allicht meer met de realiteit overeenstemt.

Permanentiehonorarium:

Toen we de behoeftenfiche hebben ingediend was het uitdrukkelijk de bedoeling om dit honorarium voor te behouden voor de wachtdiensten verricht door erkende gynaecologen. Daar was bij de bespreking in de werkgroep initieel ook consensus over. Het argument was uiteraard dat dergelijke permanentie een zware fysieke, mentale en familiale belasting betekent. Even vanzelfsprekend valt die argumentatie in het water wanneer men die permanentie vervolgens afschuift op een ASO.

Er werd aangehaald dat sommige ziekenhuizen meerdere materniteiten hebben en omdat de MIC-arts zijn locatie niet mag verlaten (in het geval hij de permanentie zelf waarneemt) leek het logisch om het beschikbaarheidshonorarium voor de andere campus te behouden. Maar toch niet voor dezelfde campus, en al zeker niet in hoofde van dezelfde arts? Dat zou betekenen dat hij het permanentiehonorarium ontvangt terwijl hij thuis is, en het beschikbaarheidshonorarium omdat hij oproepbaar is. Volgens sommige directieleden kunnen de verwezen patiënten dan nog langs de spoed passeren en kan wie weet ook nog een C-honorarium worden aangerekend.

Indien de permanentie toch mag worden waargenomen door een ASO en het volstaat dat de gynaecoloog oproepbaar is dan vragen wij ons af of deze erkenningscriteria niet moeten herzien worden, met name of een 24/7 intramurale permanentie zoals omschreven in het KB wel noodzakelijk is. Zeker wanneer die dan bv. niet geldt voor de anesthesist. Voor de echt levensbedreigende situaties zoals bloeding, shock, eclampsie, kan altijd beroep gedaan worden op de intensivist. De term MIC is overigens een misnomer want helemaal geen intensieve zorg. Het KCE verkiest daarom de term intermediate care.

We zouden dus net zo goed het budget kunnen besteden aan een opwaardering van het toezichthonorarium (attribuut MIC-gynaecoloog). Dan zou het budget meteen kunnen besteed worden terwijl het nu nog minstens een jaar zal verloren gaan. Het aantal ligdagen werd destijds geraamd op 40 000/jaar. Indien de MIC-centra de verplichte registratie wat beter hadden ter harte genomen dan hadden we daar nu precieze cijfers over gehad. Over die registratie wordt overigens niet meer gesproken.

Om de arbeidstijd te kunnen respecteren zullen per functie minstens een vijftal ASO moeten worden tewerkgesteld. Het is dus mathematisch al bijna onmogelijk dat deze allen een jaar opleiding in hoogrisicozwangerschappen zouden kunnen gehad hebben (en wie heeft dat ooit al gecontroleerd?). De meeste gynaecologen die in een MIC worden aangeworven hebben daarvoor vaak zelfs een bijkomende opleiding gevolgd nà de erkenning. Indien een tweedejaars-ASO bekwaam geacht wordt om deze permanentie waar te nemen dan is het wraakroepend dat een erkende gynaecoloog die niet tot de MIC-equipe behoort daar -volgens het KB- niet toe niet in staat geacht wordt. Grote en universitaire centra hebben de onbedwingbare neiging om erkenningscriteria zo streng mogelijk op te stellen tot ze er soms zelf niet meer kunnen aan voldoen. Daarom moeten alsmaar meer ASO worden opgeleid. Zodra ze erkend zijn en het opleidingscentrum verlaten worden ze plots onbekwaam geacht om borstkanker te behandelen, ze kennen niets van endometriose, mogen binnenkort geen ovariumtumoren meer behandelen, en hebben blijkbaar volgens sommigen ook geen kennis van de menopauze. Pathologie moet alsmaar meer geconcentreerd worden waarna het gros van de opvang door weer een nieuwe ploeg ASO gebeurt (die ons intussen komen vragen om een werkloosheidsvergoeding in te voeren).

In de centra waar erkende gynaecologen wel zelf (geheel of gedeeltelijk) de intramurale permanentie waarnemen zullen ze dit aan hetzelfde honorarium moeten doen als de centra die daarvoor hun ASO inzetten en waar de gynaecoloog thuis blijft. Dit blijft bijzonder moeilijk uit te leggen.

Op p.3/5 is sprake van het creëren van een toezichthonorarium in een volgende fase maar dat bestaat nu al.

Om uw vergadertijd te respecteren vragen we u om deze opmerkingen op te nemen in het PV. We onthouden ons bij een eventuele stemming. Het heeft geen zin om het dossier terug te verwijzen naar de werkgroep, er zal toch geen consensus gevonden worden en we willen het budget ook niet langer bevriezen.

Wij willen uiteraard ook de belangen van onze collega’s verdedigen, zeker wanneer meermaals bevestigd wordt dat hun inkomen lager is dan dat van de andere gynaecologen. Maar we willen daar dan ook een reële prestatie of meerwaarde aan verbinden. Blijkbaar is niet iedereen diezelfde mening toegedaan maar dan heeft men ook geen recht van spreken wanneer binnenkort appropriate care terug op tafel komt.

Met de meeste hoogachting

Dr. Thomas Gevaert Dr. Ahmed Goubella Dr. Robert Rutsaert