GERICHTE ALTERNATIEVEN VOOR TERUG NAAR WERK II

Kernboodschap

We onderschrijven de doelstellingen van de federale regering uit het regeerakkoord: attestshopping tegengaan, continuïteit versterken, re-integratie tijdig bespreken en problematisch voorschrijfgedrag gericht controleren.
De voorgestelde instrumenten zijn echter te rigide, niet wetenschappelijk onderbouwd en kunnen onnodige zorg, rechtsonzekerheid en bijkomende administratie voor de patiënt en behandelend arts veroorzaken.
Wij stellen daarom drie samenhangende alternatieven voor, met als uitgangspunt: ondersteuning en zorgcontinuïteit als norm, gerichte controle waar nodig.

De pijnpunten van het huidige wetsontwerp

Het voorontwerp van wet vertaalt deze doelstellingen in drie maatregelen m.b.t. het getuigschrift arbeidsongeschiktheid ten aanzien van het ziekenfonds, die volgens ons te weinig rekening houden met de realiteit in de huisartsenpraktijk:

1. Enkel de GMD-houdende arts mag arbeidsongeschiktheid attesteren, behalve als er van overmacht sprake zou zijn.
2. Vanaf een getuigschrift van zes weken arbeidsongeschiktheid of bij arbeidsongeschiktheid van langer dan zes weken moet de huisarts advies inwinnen bij een andere gezondheidszorgbeoefenaar, of een verwijsbrief kunnen voorleggen.
3. Het eerste getuigschrift heeft een maximumduur van drie weken.

Daarnaast schiet het voorontwerp van wet schromelijk zijn doel voorbij daar waar het vooral gericht is op repressieve maatregelen in plaats van op de kwaliteitsbeoordeling en -verbetering van het attesteren.

Essentiële principes voor effectieve regelgeving

De huidige voorstellen vertrekken niet vanuit de eerder gevalideerde visie op de rol van de behandelend arts en lijken vooral gebaseerd op controlemechanismen, zonder dat er een onderliggende problematiek wordt aangetoond.

Essentiële uitgangsprincipes zijn:

- Proportionaliteit: De verschillende maatregelen moeten aantoonbaar bijdragen aan het beoogde doel en mogen geen disproportionele administratieve last creëren voor de grote meerderheid die zorgvuldig handelt.
- Patiëntveiligheid en rechtszekerheid: De patiënt mag niet achteraf worden geconfronteerd met de ongeldigheid van een medisch verantwoord attest door onduidelijke bevoegdheidsregels.
- Klinische autonomie: De behandelende arts moet kunnen afwijken van richttermijnen wanneer de gezondheidstoestand, veiligheid of context dat vereist.
- Gedeelde verantwoordelijkheid voor re-integratie: Re-integratie en het voorkomen van onterechte arbeidsongeschiktheid vergt engagement van patiënt, werkgever, arbeidsarts, adviserend arts, zorgverleners en overheid. Huisartsen delen een verantwoordelijkheid in het re-integratieproces met adviserend artsen en arbeidsartsen vanaf het meedelen van de diagnose die valt onder het medisch beroepsgeheim.
- Dataminimalisatie: Alleen gegevens die noodzakelijk zijn voor beoordeling, opvolging en veilige samenwerking worden gedeeld. Informatie voor werkgever en medische actoren blijft gescheiden.
- Uitvoerbaarheid in de praktijk: De regeling moet aansluiten bij de realiteit op het terrein (bv. wachtdienst, vervangingen, huidige digitale systemen, ...).

Drie gerichte alternatieven

We stellen drie alternatieven voor.

Alternatief 1: zorgcontinuïteit op praktijk- en netwerkniveau

Vervang de exclusieve koppeling aan de individuele GMD-houder door een regeling op het niveau van de behandelende huisartspraktijk. Elke huisarts binnen die praktijk kan arbeidsongeschiktheid attesteren wanneer voldoende relevante dossierinformatie beschikbaar is en de opvolging binnen de praktijk verzekerd blijft. Hetzelfde kan gelden voor een formeel of functioneel zorgnetwerk dat met een gedeeld of toegankelijk dossier werkt.

Reguliere zorgcontexten rechtstreeks erkennen

Vervanging wegens ziekte, vakantie, of andere tijdelijke onbeschikbaarheid, handelen in de wachtdienst, dringende zorg en interne doorverwijzing binnen een praktijk zijn geen uitzonderlijke overmacht, maar normale onderdelen van de zorgorganisatie. Zij moeten ook zo worden erkend.

Overmacht vervangen door duidelijke positieve en negatieve criteria

Een beoordeling achteraf van een niet-limitatief begrip als "overmacht" creëert onzekerheid voor arts en patiënt. Een werkbaarder model bepaalt positief in welke zorgcontexten een andere arts rechtsgeldig kan voorschrijven en omschrijft exhaustief welke concrete situaties niet zijn toegestaan. Alleen duidelijk afgebakende misbruiksituaties mogen tot weigering of controle leiden. De bewijslast voor de interne organisatie van de praktijk mag niet bij de patiënt liggen.

Als er niet gekozen wordt voor een limitatieve lijst die aangeeft wanneer er geen sprake is van overmacht, stellen wij voor om naast de zeven specifiek omschreven situaties die werden uitgeschreven in het ontwerp KB tot wijziging van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgen en uitkeringen een achtste, algemene restcategorie toe te voegen:

8° de gerechtigde bevindt zich in andere, met de in de voorgaande punten bedoelde situaties vergelijkbare omstandigheden waarin het om objectieve redenen niet redelijkerwijs mogelijk is de huisarts die zijn globaal medisch dossier beheert te raadplegen.

Een limitatieve opsomming kan nooit alle situaties van zorgverlening en -organisatie voorzien. Een beperkte restcategorie voorkomt dat een medisch verantwoord attest niet kan worden opgesteld louter omdat een concrete situatie niet letterlijk onder één van de zeven categorieën valt.

De verbinding tussen tweede en eerste lijn explicieter maken

De behandelende huisartspraktijk heeft doorgaans geen zicht op arbeidsongeschiktheid die door andere actoren wordt voorgeschreven. Dat deze informatie zichtbaar wordt voor de huisartspraktijk, met respect voor van het beroepsgeheim en de gegevensbescherming, is een noodzakelijke structurele vereiste. Het is momenteel niet duidelijk wat de impact is van een periode van arbeidsongeschiktheid die in de tweede lijn door een arts-specialist of een andere actor werd voorgeschreven, op de termijnen van bv. zes weken of de maximale duur van het eerste attest die zullen gelden voor de huisarts.

Ook de connectie met de huisartspraktijk kan verloren gaan als arbeidsongeschiktheid in de tweede lijn structureel wordt voorgeschreven. Wanneer arbeidsongeschiktheid langdurig vanuit de tweede lijn wordt voorgeschreven, moet er na een bepaald moment afstemming met de behandelende huisartspraktijk worden gevraagd.

Alternatief 2: klinisch onderbouwde opvolging, geen 6 weken

Vervang de automatische verwijzing na zes weken door een klinische herbeoordeling op een medisch relevant moment. De timing daarvan moet aansluiten bij wetenschappelijk onderbouwde richttermijnen, die ook de basis vormen van de Terug-Naar-Werkfiches, en rekening houden met het verloop van de aandoening en de situatie van de patiënt. Vertrek daarbij van een lijst van aandoeningen waarvoor er voldoende wetenschappelijk bewijs is dat opvolging of doorverwijzing binnen zes weken nodig is. Hierdoor worden ook onnodige uitgaven binnen de gezondheidszorg en de nutteloze inzet van zorgverleners voorkomen.

Niet automatisch verwijzen, wel aantoonbaar beoordelen

Als alternatief voor een automatische verwijzing kan na de vooropgestelde termijn een verplicht beoordelingsmoment worden ingevoerd. De behandelend arts beoordeelt samen met de patiënt of bijkomende zorg, ondersteuning of overleg nodig is en registreert de uitkomst. Dat hoeft niet altijd tot een verwijzing te leiden. Ook verdere opvolging door de huisarts, een gerichte adviesvraag, een verslag van een reeds betrokken zorgverlener of een melding/overleg met de arbeidsarts of adviserend arts via het TRIO-platform kan volstaan. Zo wordt een tweede professionele blik mogelijk waar die meerwaarde heeft. Wachtlijsten maken een automatische verwijzing immers weinig zinvol.

Meest geschikte hulp is niet noodzakelijk (para)medisch van aard

De relevante actor is niet noodzakelijk een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep. Bij een moeilijke scheiding kan bemiddeling nuttiger zijn; bij sociale problemen kan maatschappelijk werk passend zijn; bij een werkorganisatieprobleem ligt de sleutel mogelijk bij de arbeidsarts of werkgever. De regelgeving moet daarom functioneel omschrijven welk type ondersteuning nodig is en mag de huisarts niet verplichten om niet-medische adviezen integraal in het EMD te verwerken.

Bescherming van arts en patiënt

- Een registratie dat het gesprek plaatsvond en welke vervolgstap werd afgesproken, volstaat als basiscontrole.
- De arts wordt niet gesanctioneerd omdat een patiënt een advies niet volgt, een andere actor anders handelt of passende zorg niet tijdig beschikbaar is.
- Bij intrafamiliaal geweld, psychische kwetsbaarheid of een andere veiligheidscontext kan de arts afzien van verwijzing, contactname of brede informatiedeling. Veiligheid primeert, een verwijzing of informatiedeling mag niet worden opgelegd wanneer dit, gelet op de concrete situatie, een reëel veiligheidsrisico voor de patiënt kan creëren.

Alternatief 3: mogelijkheid tot een fitnote in plaats van getuigschrift op drie weken

In plaats van de duur van het eerste getuigschrift algemeen te beperken tot drie weken, kan de fit note facultatief worden gebruikt om patiënten waarbij het nodig is vanaf het begin gerichter op te volgen. De fit note brengt niet alleen de arbeidsongeschiktheid in kaart, maar ook de functionele mogelijkheden van de patiënt, eventuele aandachtspunten voor re-integratie en het aangewezen opvolgmoment. De focus van het behandeltraject moet liggen op het functioneren van de patiënt, niet op de attestduur, om de re-integratie te ondersteunen.

Relevante medische informatie kan worden gedeeld met de adviserend arts en arbeidsarts binnen de regels van het beroepsgeheim en de gegevensbescherming. De werkgever ontvangt geen diagnose, maar alleen de informatie die nodig is om eventuele aanpassingen of een gedeeltelijke werkhervatting te onderzoeken. Zo wordt vroege opvolging op een meer structurele manier ingebouwd, en moet elke patiënt niet na drie weken verplicht opnieuw op consultatie komen zonder dat er een noodzakelijke medische meerwaarde is. Op die manier worden onnodige consultaties vermeden, die ook een impact hebben op het budget van de gezondheidszorg.

Vergelijking met het huidige wetsontwerp

Onderstaande tabel vergelijkt de doelstellingen van het wetsontwerp met de alternatieven die volgens ons dezelfde beleidsdoelen realiseren.

Maatregel	Beleidsdoel	Voorgesteld alternatief
GMD-houdende arts	Attestshopping beperken en zorgcontinuïteit versterken	Bevoegdheid op niveau van de behandelende huisartspraktijk en het zorgnetwerk met toegang tot hetzelfde relevante dossier
Andere zorgverlener na zes weken	Vermijden dat noodzakelijke doorverwijzing niet gebeurt	Klinische beoordeling van noodzaak doorverwijzing aan de hand van wetenschappelijke evidence; evidence uit medische fiches (die reeds gevalideerd zijn) richtinggevend voor noodzaak
Eerste attest maximaal drie weken	Vroege opvolging en controle stimuleren	Gebruik fitnote hier als facultatief alternatief, zodat er tijdige uitwisseling van informatie tussen artsen betrokken bij re-integratie is; focus op toekomstbestendig beleid

Fundamentele tekortkomingen van de huidige 3 maatregelen

Enkel de GMD-houdende arts mag arbeidsongeschiktheid voorschrijven, behoudens bij overmacht:

- De exclusieve koppeling aan de individuele GMD-houder houdt onvoldoende rekening met groepspraktijken, vervangingen, wachtdiensten en gedeelde dossieropvolging.
- De koppeling aan de GMD-houdende huisarts kan artsen ertoe aanzetten het GMD over te nemen om mogelijke sancties te vermijden. Omdat een GMD-overname eenvoudig is en kan zonder medeweten van de oorspronkelijke GMD-houdende arts en de patiënt, kan de arts het GMD overnemen uit vrees voor sancties om toch een getuigschrift te kunnen afleveren. De maatregel dreigt attestshopping daardoor niet te verminderen, maar te verschuiven naar oneigenlijke GMD-overnames. De patiënt en de oorspronkelijke huisartspraktijk dragen daarvan de gevolgen, onder meer door verminderde inkomsten, minder opvolging en minder continuïteit van zorg.
- Het GMD is vrijwillig. Wanneer een patiënt geen GMD heeft, is er volgens de ontwerpen altijd sprake van overmacht. Voor deze groep patiënten gelden dus niet dezelfde beperkingen als een huisarts arbeidsongeschiktheid attesteert. Hierdoor ontstaat er een incentive voor patiënten die nog geen GMD hebben, om er ook geen te laten openen. Dit staat haaks op de doelstelling om de continuïteit van zorg en de structurele opvolging door een vaste huisartspraktijk te versterken.

- Een beoordeling achteraf van "overmacht" creëert rechtsonzekerheid en bijkomende administratie. Op het moment dat het attest wordt opgesteld, weten de arts en de patiënt niet met zekerheid of de adviserend arts de situatie later als overmacht zal aanvaarden. Bovendien blijft onduidelijk wat de gevolgen zijn wanneer achteraf wordt geoordeeld dat er volgens de regelgeving geen sprake was van overmacht. Wordt het attest dan ongeldig en komt ook de erkenning van de arbeidsongeschiktheid in het gedrang, zelfs wanneer de arts medisch correct heeft vastgesteld dat de patiënt arbeidsongeschikt is? Een niet-limitatieve opsomming van situaties die niet als overmacht gelden, vergroot deze onzekerheid. Een limitatieve opsomming van situaties die wél als overmacht gelden, dreigt juist belangrijke gerechtvaardigde situaties van overmacht te missen. Daarom is een duidelijker systeem nodig dat positief bepaalt in welke zorgcontexten een niet GMD-houdende arts rechtsgeldig kan attesteren en omschrijft in welke concrete situaties een arts geen arbeidsongeschiktheidsattest mag afleveren. Een voorbeeld hiervan zou bijvoorbeeld kunnen zijn om de maximumduur van afwezigheidsattesten voor de werkgever afgeleverd in de huisartsenwachtpost te beperken tot maximum vier dagen. Maar dan spreken we over een andere wetgeving die los staat van de GVU-wet en de getuigschriften voor het ziekenfonds.

Doorverwijzing vanaf een getuigschrift van zes weken:

- De algemene zeswekendrempel is klinisch blind. Hij is niet medisch onderbouwd en kan aanzienlijke bijkomende kosten binnen de gezondheidszorg veroorzaken. Niet voor elke aandoening is een verwijzing na zes weken medisch relevant of wetenschappelijk aangewezen. Bij bepaalde musculoskeletale aandoeningen kan een vroegere interventie nodig zijn, terwijl bij andere aandoeningen een verwijzing pas later of helemaal niet zinvol is. Een automatische verwijzingsplicht kan dus leiden tot bijkomende consultaties en uitgaven zonder aantoonbare therapeutische meerwaarde. De timing van een eventuele verwijzing moet daarom aansluiten bij de individuele klinische situatie en evidence-based richttermijnen, zoals de Terug-Naar-Werkfiches. Vertrekken vanuit de Terug-Naar-Werkfiches betekent dat we ons altijd aansluiten bij de wetenschappelijke evidence en tegelijk ook de dialoog kunnen voeren met de patiënt over het belang van ondersteuning.
- Niet in elke situatie is een gezondheidszorgbeoefenaar de meest aangewezen actor. Afhankelijk van het onderliggende probleem kan bijvoorbeeld een rouwtherapeut, bemiddelaar of dienst maatschappelijk werk meer relevante ondersteuning bieden. De regelgeving moet daarom uitgaan van de inhoudelijke meerwaarde van de ondersteuning en niet uitsluitend van het formele statuut van de betrokken actor. Ook in dit geval is er nog steeds bij elke afwezigheid van meer dan twee weken de melding naar de adviserend arts, en in de toekomst naar de arbeidsarts, wat wil zeggen dat het 4-ogenprincipe wordt toegepast. Zij kunnen bijkomende informatie vragen aan de behandelende huisartsenpraktijk indien de duur van arbeidsongeschiktheid afwijkt van de gemiddelde normale duur.
- De voorgestelde verwijzingsplicht houdt onvoldoende rekening met wachtlijsten en biedt geen garantie op effectieve vervolgzorg. Bij lange wachttijden zal een verwijsbrief mogelijk volstaan om formeel aan de verplichting te voldoen, zonder dat de behandeling of begeleiding daadwerkelijk start. Bovendien kan de huisarts niet garanderen dat de patiënt het voorgestelde traject volgt.
- Het risico bestaat daarnaast dat een andere zorgverlener een traject voorstelt dat minder gericht is op re-integratie en daardoor de periode van arbeidsongeschiktheid langer wordt dan dat de huisarts wil.

Het eerste getuigschrift heeft een maximumduur van drie weken:

- Een uniforme maximumduur van drie weken biedt geen garantie op een inhoudelijke herbeoordeling. Een arts die de regeling wil omzeilen, kan een eerste getuigschrift voor een korte periode afleveren en dit vervolgens met zes weken of langer verlengen. Voor artsen die patiënten wel zorgvuldig opvolgen, kan de maatregel daarentegen leiden tot bijkomende consultaties en administratieve verlengingen zonder een mogelijke kwaliteitswinst. Een uniforme wettelijke grens voegt in dergelijke gevallen weinig toe aan de bestaande medische praktijk, en kan leiden tot meer onnodige uitgaven binnen de gezondheidszorg.
- Het risico bestaat dat attestshopping zich niet vermindert, maar verschuift naar de tweede lijn. Ook bij arts-specialisten is er attestshoppen. De voorgestelde beperkingen gelden enkel voor huisartsen. Patiënten kunnen daardoor voor een arbeidsongeschiktheidsattest sneller contact zoeken met een arts-specialist, wat de continuïteit van de opvolging in gevaar brengt, en met hogere kosten voor de gezondheidszorg als gevolg.

Advies Orde der Artsen

Ook de Orde der Artsen wijst al langer op de spanning tussen de behandeling van een patiënt en de beoordeling van diens arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts. Beide zijn medische opdrachten, maar hebben een ander doel en vragen een andere rol van de arts. Om beide opdrachten op de meest optimale manier te vervullen, mogen deze opdrachten niet vermengd worden. De behandelend arts moet in de eerste plaats de gezondheidstoestand beoordelen, de behandeling bepalen en adviseren welke rust of aanpassingen medisch nodig zijn.

De Orde wijst er ook op dat een attestplicht mensen onnodig in het medische circuit kan brengen, zeker bij korte afwezigheden waarvoor geen medische zorg nodig is. De Orde meldt daarnaast in dit advies dat er een grote meerderheid binnen de toenmalige delegatie voorstander is voor een afschaffing van de arbeidsongeschiktheidsattesten van korte duur. Hierbij benoemen ze expliciet dat de behandelend arts degene blijft die in het belang van de patiënt over de behandeling en de eventuele arbeidsongeschiktheid oordeelt.

Verduidelijk in de wet waarop de sancties gericht zijn

Tijdens het overleg was er geen tijd meer om de voorgestelde sancties te bespreken. Het is voor ons echter uitermate belangrijk dat de wettekst zelf duidelijk maakt dat deze sancties bedoeld zijn voor ernstige, strafrechtelijke inbreuken, waarbij bewust een getuigschrift wordt afgeleverd om iemand ten onrechte een sociaal voordeel toe te kennen. Ze mogen daarentegen niet worden gebruikt om artsen te bestraffen enkel omdat de duur van een getuigschrift statistisch afwijkt van een gemiddelde.

Die afbakening staat vandaag alleen in de memorie van toelichting. Om elke onduidelijkheid te vermijden, stellen wij voor om dit ook uitdrukkelijk op te nemen in artikel 19 van het wetsontwerp:

Art. 168/1. § 1. Onverminderd eventuele tuchtrechtelijke vervolging, is het de zorgverleners verboden om een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid op te stellen of te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren, ***zonder objectieve medische reden of zonder voorafgaand medisch onderzoek, wetens en willens*** *met als doel ten onrechte recht te geven op een sociaal voordeel in de zin van artikel 230, 1°, van het Sociaal Strafwetboek.*

In de memorie van toelichting willen we daarenboven graag verduidelijkt zien dat een verschil in medische beoordeling, een latere wijziging of intrekking van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend arts of een andere bevoegde instantie, of een afwijking van de gebruikelijke of gemiddelde attestatieduur op zichzelf geen inbreuk op deze bepaling vormt.

Naast een duidelijke afbakening van de inbreuken is het belangrijk dat de wet voldoende waarborgen bevat voor de manier waarop artsen in een sanctieprocedure worden behandeld. Daarbij lijkt het ons aangewezen om verder te onderzoeken op welke manier dossiers best worden beoordeeld alvorens tot sanctionering wordt overgegaan.

Een model kan zijn waarbij procedures kunnen worden uitgewerkt die vergelijkbaar zijn met die welke werden ontwikkeld door de profielencommissies, waarbij dossiers eerst worden beoordeeld door een orgaan met vertegenwoordiging van zowel de overheid als de beroepsgroep, met bijzondere aandacht voor kwaliteitsverbetering en remediëring.

Een ander model kan zijn naar analogie met de regeling in de kaderwet voor de schorsing van een RIZIV-nummer, worden voorzien in een onafhankelijke en evenwichtig samengestelde beoordelingsprocedure, waarbij de betrokken arts kennis kan nemen van het dossier, gehoord wordt en de beslissing proportioneel wordt afgestemd op de ernst en het karakter van de inbreuk.

Beide benaderingen vertrekken van hetzelfde uitgangspunt: een duidelijk onderscheid tussen artsen die te goeder trouw handelen of een verdedigbaar verschil in medische beoordeling hebben, en artsen die bewust en herhaaldelijk frauduleuze attesten afleveren.

Pragmatisch voorstel: zet een vervaltermijn in de wet

Indien de regering de maatregelen toch grotendeels in hun huidige vorm invoert, voeg dan ook wettelijk een evaluatietermijn van de verschillende maatregelen toe. Nog beter, maak elke nieuwe wettelijke verplichting tijdelijk van aard, waarbij deze na een bepaalde periode automatisch vervalt, tenzij de regering op basis van vooraf bepaalde gegevens aantoont dat de maatregelen de beoogde doelen bereiken en de neveneffecten van de maatregelen aanvaardbaar zijn. Een daling van het aantal dagen arbeidsongeschiktheid is onvoldoende als er tegelijk meer consultaties en dus meer uitgaven zijn, de gezondheidstoestand van de populatie daalt, er een ongeoorloofde verschuiving naar andere systemen, zoals werkloosheid ontstaat.

Succesindicatoren vooraf vastleggen

Bepaal op voorhand indicatoren zodat er vast staat wat we precies willen bereiken, en er niet achteraf gediscussieerd moet worden over wat de doelen juist zijn die we willen bereiken. Een eerste aanzet tot indicatoren wordt hieronder opgelijst.

Doel	Te volgen indicatoren
Minder attestshopping	Herhaalde attesten bij niet-verbonden voorschrijvers, na contextcorrectie
Betere continuïteit	Dossiers met een opvolgplan en terugkoppeling naar de behandelende huisartspraktijk
Tijdige passende zorg	Tijd tussen vastgestelde nood en beschikbaar aanbod, inclusief wachtlijsten
Ondersteunde re-integratie	Tijdige bespreking van mogelijkheden en passende betrokkenheid van arbeidsarts of adviserend arts
Proportionele controle	Signalen, toelichtingen, audits en bewezen inbreuken afzonderlijk rapporteren
Beperkte neveneffecten	Extra consultaties, administratieve tijd, budgetimpact, patiëntveiligheid en verschillen naar praktijkvorm of regio

Handvaten voor toekomstige beslissingen

- Voortzetting alleen wanneer het primaire beleidsdoel aantoonbaar wordt bereikt.
- Administratieve, financiële en klinische neveneffecten moeten aanvaardbaar zijn.
- Er wordt rekening gehouden met verschillen tussen regio's, praktijkvormen en patiëntengroepen.
- Bij onvoldoende effect wordt de maatregel aangepast of vervalt hij van rechtswege.
- De evaluatie wordt transparant gepubliceerd.
- Er wordt in overleg met de verschillende organisaties van beroepsvertegenwoordigers indien nodig alternatieve maatregelen uitgewerkt.

Ondergetekend,

Namens,

Dr. Maaike Van Overloop, Voorzitter Domus Medica en Bestuurder ViaCaro

Dr. Aurore Girard, Voorzitter SSMG

Dr. Michel Creemers, Voorzitter huisartsen ASGB

Dr. Ann Gillet, Bestuurder GBO

Dr. Jos Vanhoof, Voorzitter VAS

Dr. Elodie Brunel, Bestuurder ABSyM

DOMUS MEDICA viacaro Brengt leven in de zorg SSMG Société Royale kartel ASGB MODES GBO bvas Belgische Vereniging van Artsensyndicaten