

CM ziekenhuisbarometer 2019

Mieke Dolphens (Studiedienst), Muriel Wantier (MC Assure), Benoît Rousseau en Elien Ghyselen (Juridische dienst) en Bernard Landtmeters (Medische directie)

Met dank aan: Koen Cornelis, Hervé Avalosse en Katte Ackaert (Studiedienst), Crista Volckaert (Medische directie), Luc Cobbaert (departement Gezondheidszorg)

Samenvatting

Vanuit onze rol als medebeheerder van de ziekteverzekering, stakeholder van het gezondheidsbeleid en patiëntenvereniging, stellen we u hierbij graag de vijftiende editie van de CM ziekenhuisbarometer voor. Deze is in essentie gebaseerd op de ziekenhuisfacturen van onze 4,6 miljoen leden.

De bevindingen van de CM ziekenhuisbarometer dienen gelezen te worden tegen de volgende (internationale) achtergrond: (1) de out-of-pocket uitgaven voor gezondheidszorg zijn hoog in België, (2) België scoort slecht wat betreft ongelijkheid in gezondheid en toegang tot zorg, (3) het uitstellen van zorg om financiële redenen is een gestaag groeiend probleem in ons land, met name bij de laagste inkomensgroepen, en (4) met betrekking tot zorgkwaliteit is er onder meer op vlak van gepastheid, veiligheid en zorgcontinuïteit ruimte voor verbetering.

Dit artikel herneemt geenszins de volledige studie die te raadplegen is via https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-volledig-rapport_tcm47-63116.pdf. Wel voorziet dit artikel in een samenvatting van het onderzoeksrapport, aangevuld met enkele commentaren. Na een beknopte inleiding, zoomen we in op de belangrijkste bevindingen uit de CM ziekenhuisbarometer en op datgene waar CM voor pleit als toekomstgericht gezondheidsfonds.

***Sleutelwoorden:** Ziekenhuizen, patiënt, transparantie, financiële toegankelijkheid, gelijkheid toegang zorg, supplementen*

1. Inleiding

Voor het vijftiende jaar op rij publiceert CM de ziekenhuisbarometer. Deze studie heeft betrekking op de verschillende activiteitstypes van de **algemene en universitaire ziekenhuizen** in België. Voor de analyses baseren we ons op de **ziekenhuisfacturen van onze 4,6 miljoen leden**.

De doelstelling van de CM ziekenhuisbarometer blijft ongewijzigd: enerzijds is het een van de middelen die we gebruiken om onze leden te coachen doorheen het complexe zorglandschap. Anderzijds grijpen we de jaarlijkse ziekenhuisbarometer aan om het gezondheidszorgbeleid mee te ondersteunen, een goed beheer van de gezondheidszorgverzekering mee te voeden, het naleven van de regelgeving te helpen handhaven en doeltreffende gezondheidszorg mee te helpen bevorderen. Als gezondheidsfonds van de toekomst blijven we deze actieve en verantwoordelijke rol gretig en met veel goesting verder opnemen.

Ten opzichte van de eerdere edities van de ziekenhuisbarometer zijn er een aantal nieuwigheden. De **voornaamste nieuwe insteken** zijn:

- De barometer bestaat uit twee delen, met een verschillend doelpubliek: in een eerste deel richten we ons tot **onze leden, de burger**; in een tweede deel richten we ons tot **zorgprofessionals en beleidsmakers**.
- Bovenop de thema's die traditioneel deel uitmaken van de CM ziekenhuisbarometer, onderzoeken we voor het eerst ook de **omvang, aard en evolutie van niet-vergoedbare betalingen gefactureerd door ziekenhuizen** (met name de codereeks "960", waaronder niet-vergoedbare honoraria en kamercomfort).
- Niet enkel het **hospitalisatiegedeelte** wordt onder de loep gelegd, ook **ambulante activiteit** gefactureerd door ziekenhuizen wordt bestudeerd.

- Waar nuttig schetsen we ook de **ruimere context** (vb. referenties naar ander beschikbaar cijfermateriaal (van het KCE, de OESO, het IMA, de EU, ...), referenties naar wetenschappelijke literatuur, internationale trends, het juridische kader, ...).
- De **CM visie en beleidsaanbevelingen** worden verwoord.

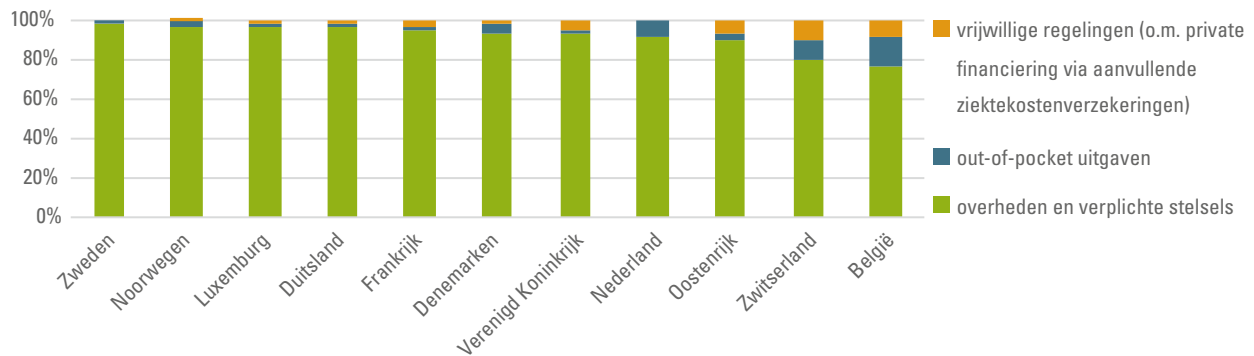
2. Wat zijn onze belangrijkste bevindingen?

Uit de OESO cijfers blijkt dat de **out-of-pocket uitgaven voor ziekenhuiszorg bijzonder hoog zijn in België** en dat – in vergelijking met andere Europese landen – het percentage dat

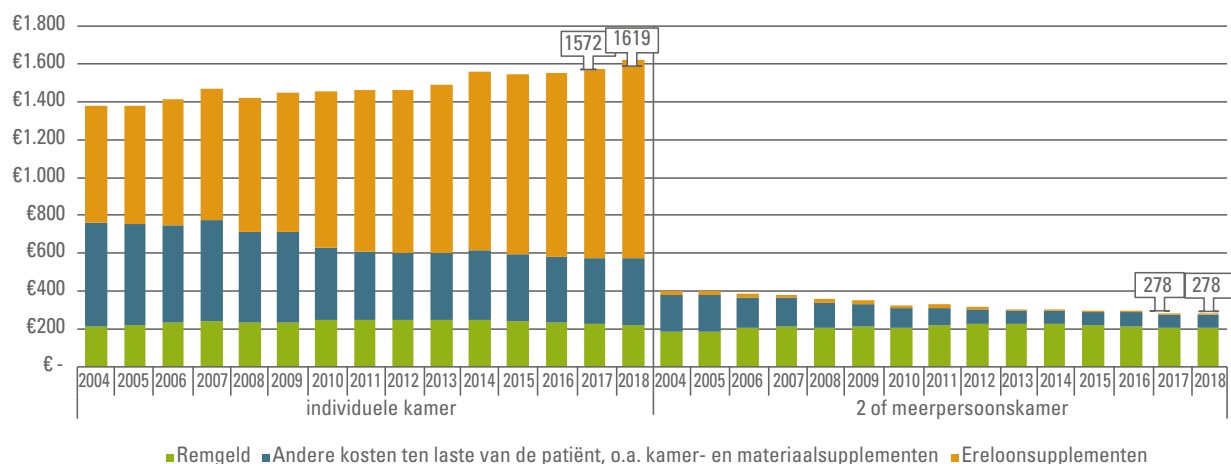
collectief gefinancierd wordt, laag is in ons land (figuur 1). Tot de kosten die ten laste van de patiënt vallen, behoren de remgelden, supplementen (vb. ereloon- en kamersupplementen) en niet-vergoede betalingen.

Bij een ziekenhuisopname is het verschil in kostprijs ten laste van de patiënt zeer groot, afhankelijk van diens kamerkeuze. Kiest de patiënt bij klassieke opname voor een verblijf op een eenpersoonskamer, dan betaalt deze gemiddeld 6 keer meer dan op een twee- of meerpersoonskamer (figuur 2). In daghospitalisatie is het prijsverschil nog meer uitgesproken (gemiddeld factor 8 à 15 verschil; figuren 3 en 4). **Het verschil in medische kost – in de vorm van ereloon-supplementen – speelt hierin een hoofdrol.** Per opname op een eenpersoonskamer is – in 2018 t.o.v. 2017 - het gemiddelde bedrag aan ereloon-supplementen

Figuur 1: De financiering van ziekenhuiszorg, volgens type financiering, 2017¹

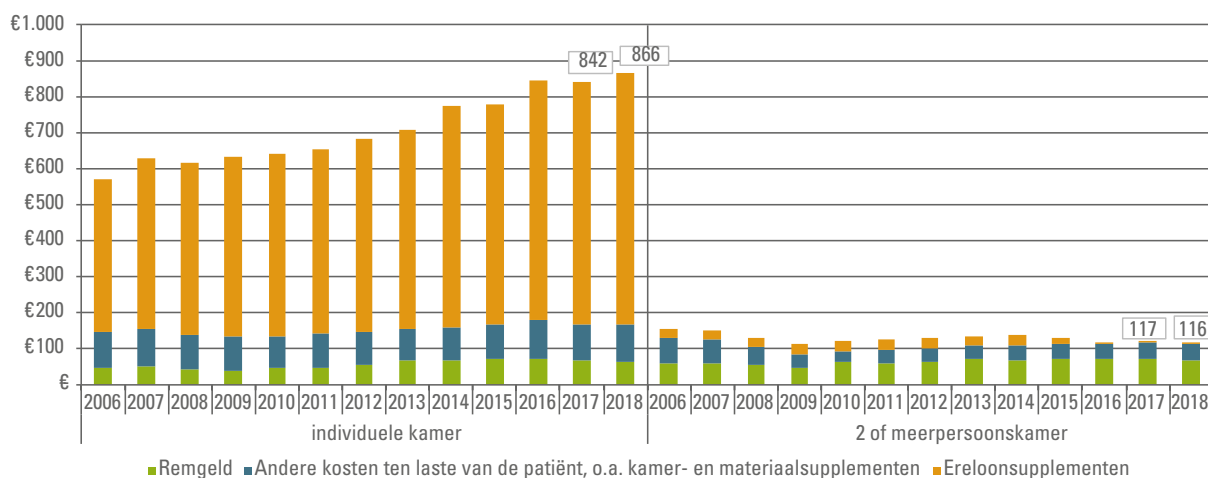


Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een klassieke opname, per kamertype (gegevens CM leden, 2004-2018, prijzen 2018)



1. Bron: OECD.Stat. Health expenditure and financing, beschikbaar via https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; gegevensextractie op 07-10-2019.

Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een chirurgische daghospitatie, per kamertype (gegevens CM leden, 2006-2018, prijzen 2018)



plementen opnieuw fors toegenomen (+4,7% bij klassieke opnames, +5,2% bij chirurgische daghospitatie en +3,7% bij niet-chirurgische daghospitatie, bovenop de inflatie). Het reeds jarenlang gekende groeiritme van ereloon-supplementen op eenpersoonskamers zet zich dus door, de gevraagde bedragen variëren sterk en excessen blijven aanwezig. Ook **kamer-supplementen** kunnen hoog oplopen (tot 300 euro per dag in klassieke hospitalisatie en tot 150 euro in daghospitatie, bij CM leden in 2018), zonder enige verantwoording. Bij opname op een eenpersoonskamer maken de ereloon- en kamersupplementen samen gemiddeld 80% à 90% van de patiëntenfactuur uit. De financiële toegankelijkheid van eenpersoonskamers staat zodanig zwaar onder druk voor burgers zonder hospitalisatieverzekering en/of voor zij met een kwetsbaar socio-economisch profiel dat dit een **voorbeeld is geworden van een gezondheidszorg met twee snelheden**.

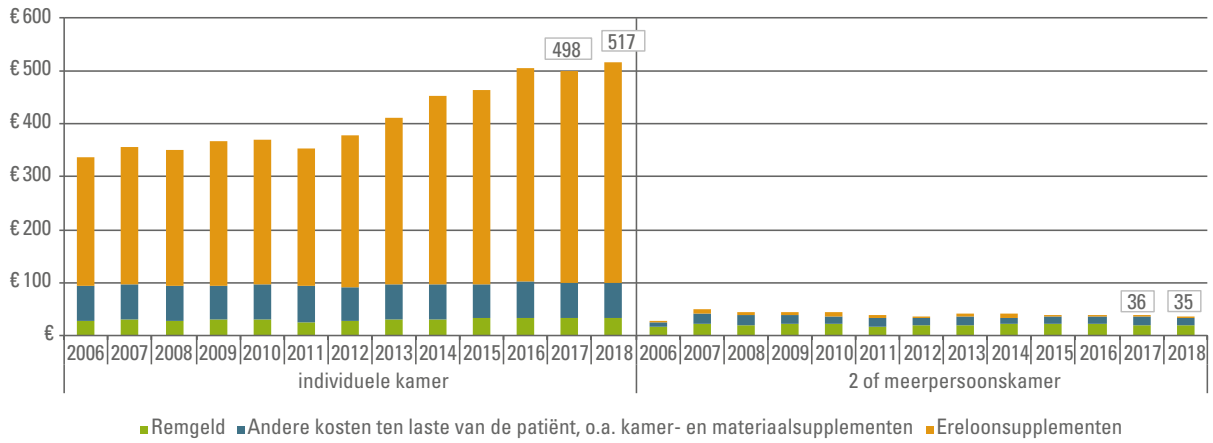
Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder (ziekenhuizen en ziekenhuisartsen worden samen beschouwd bij gebrek aan transparantie over de retrocessies) zijn de totale inkomsten uit patiëntbetalingen van eenpersoonskamers ruim hoger dan deze van twee- en meerpersoonskamers (figuur 5). Dit niettegenstaande het feit dat slechts een minderheid (13%) van de ziekenhuisopnames plaatsvindt op eenpersoonskamers (CM leden 2018, 22% van de klassieke opnames en 6% van de dagopnames). **Fundamenteel stelt zich de vraag in hoeverre het gezond is dat de inkomsten van ziekenhuizen en/of artsen uit patiëntenbetalingen**

dermate sterk beïnvloed worden door het kamertype bij hospitalisatie. Uit de IMA studie “Ereloon-supplementen geattesteerd tijdens ziekenhuisverblijven” (data 2017)² weten we dat, **in 2017**, de ereloon-supplementenmassa aangerekend tijdens ziekenhuisverblijven **563 miljoen euro** bedroeg en dat – vanuit het perspectief van de patiënt – **vooral het risico om geconfronteerd te worden met heel hoge ereloon-supplementen toegenomen is** met de tijd. Op basis van het beschikbare cijfermateriaal is er geen evidentie dat hoge ereloon-supplementen geassocieerd zouden zijn met de zorgkwaliteit, de financiële gezondheid van ziekenhuizen of de patiënttevredenheid.

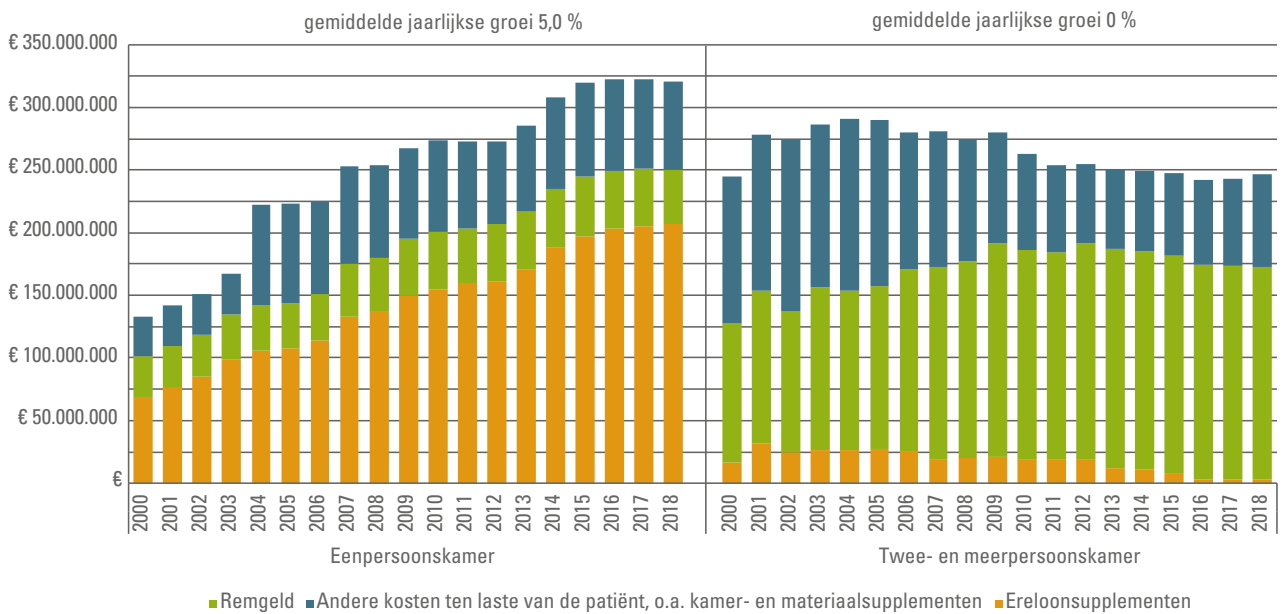
Niet enkel bij ziekenhuisopnames op een eenpersoonskamer kunnen de kosten ten laste van de patiënt hoog oplopen en is er een grote heterogeniteit in tariefpraktijken. **Ook bij opnames op een gemeenschappelijke kamer en bij ambulante activiteit zijn hoge supplementaire kosten mogelijk**, die daarboven **sterk kunnen variëren** van zorgaanbieder tot zorgaanbieder. De huidige realiteit doorheen de bril van de patiënt is helder: (1) de keuze voor een gemeenschappelijke kamer bij ziekenhuisopname biedt niet in alle ziekenhuizen en voor alle ingrepen de garantie op verzorging zonder aanrekening van supplementen (voorbeeld borstreductie omwille van functionele hinder zoals pijnklachten of huidproblemen (figuur 6): in sommige ziekenhuizen bedraagt de mediane kostprijs ten laste van de patiënt op een twee- of meerpersoonskamer ca.

2. Persbericht 05-02-2019 “563 miljoen in 2017: Een recordbedrag aan ereloon-supplementen” (<https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloon-supplementen-05-02>) – onderzoeksrapport beschikbaar via https://ima-aim.be/IMG/pdf/ima-rapport_-_ereloon-supplementen_geattesteerd_tijdens_ziekenhuisverblijven_-_data_2017.pdf

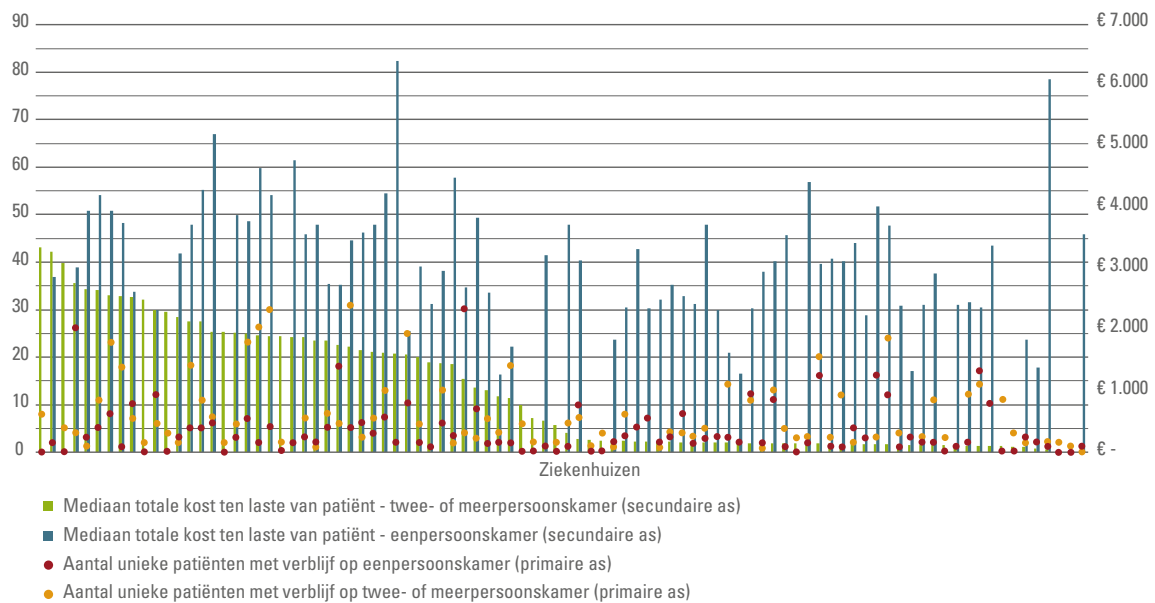
Figuur 4: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een niet-chirurgische daghospitalisatie, per kamertype (gegevens CM leden, 2006-2018, prijzen 2018)



Figuur 5: Som van alle kosten ten laste van de gehospitaliseerde patiënt, per kamertype (gegevens CM leden, alle hospitalisatietypes gecumuleerd, 2000-2018, prijzen 2018)



Figuur 6 : De ziekenhuisspecifieke mediane totale kost ten laste van de patiënt, per kamertype, voor klassieke opnames voor borstverkleining omwille van functionele redenen (code 251613-251624, CM leden, 2018).*



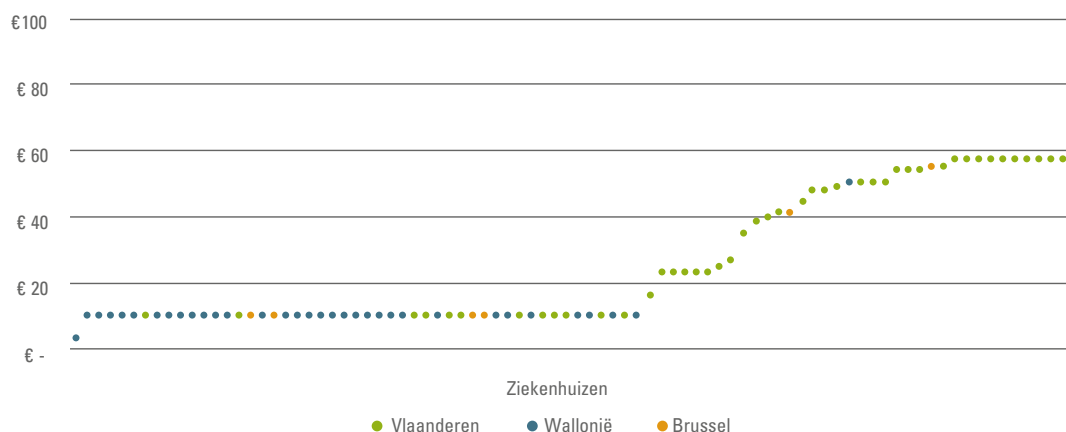
* kost inclusief supplementen en niet-vergoedbare betalingen

In tegenstelling tot figuur 37 in het uitgebreide onderzoeksrapport waar enkel ziekenhuizen met minstens 5 CM leden per kamertype of minstens 25 CM leden (onafhankelijk van het kamertype) worden weergegeven, worden in de figuur alle ziekenhuizen getoond waar minstens 1 CM lid betreffende ingreep heeft ondergaan in 2018.

100 euro; in andere ziekenhuizen betreft de mediane kostprijs een 27-voud. Zelfde ingreep, zelfde kamertype, duidelijk andere kostprijs), en (2) door een mix aan supplementen kunnen (ambulante) routine-interventies in ziekenhuis x een veelvoud

kosten van wat men in ziekenhuis y betaalt (vb. ambulante MRI-scan van een lidmaat; figuur 7). Verschillende studies tonen daarenboven aan dat **patiënten** op vandaag nog **te weinig voorafgaandelijk geïnformeerd** worden over de **kostprijs**.³

Figuur 7: De mediane kostprijs ten laste van de patiënt voor een ambulante MRI-onderzoek van een lidmaat, per ziekenhuis.* (basis: gegevens CM leden 2018)



* Nomenclatuurcodenummer 459513, met inbegrip van de codes 460670, 460795 en 461016 (d.i. consultancy honoraria en forfaitair honorarium per voorschrift en per dag) waarbij 459513 als relatieve prestatie voorkomt en met inbegrip van de codes 960050 en 960073 (d.i. niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria); Algemene ziekenhuizen worden weergegeven met een ronde marker; universitaire ziekenhuizen met een vierkante marker.

3. Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Actie Patiëntenrechten 2018: Vinden patiënten hun weg naar financiële informatie bij een ziekenhuisopname? CM Informatie, 273, 41-46. Beschikbaar via https://www.cm.be/media/CM-INFO-actie-patiëntenrechten_tcm47-53250.pdf; Resultaten peiling patiëntervaring in Vlaamse ziekenhuizen (2018), beschikbaar via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-peiling-pati%C3%ABntervaring-in-vlaamse-ziekenhuizen>

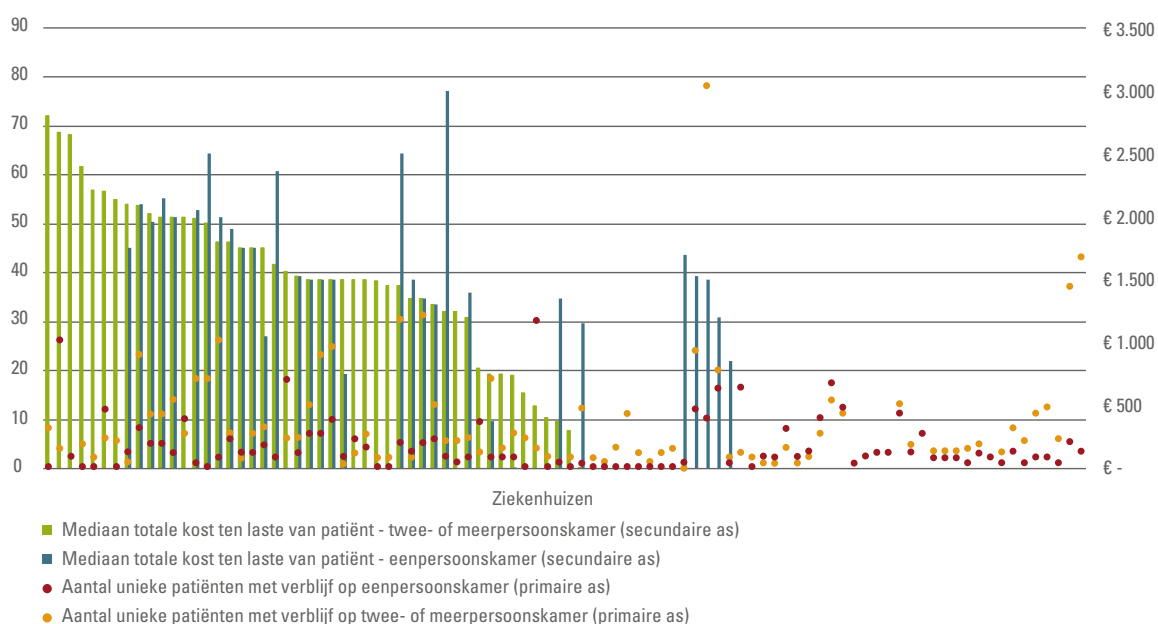
Naast de reeds uitvoerig bestudeerde ereloon- en kamersupplementen, kunnen dus ook andere supplementaire kosten ten laste van de patiënt hoog oplopen. Niet door de ZIV vergoede producten, verstrekkingen of diensten die gevat zijn in de zogenaamde “**codereeks 960**” zijn een voorbeeld van dergelijke supplementaire kosten. In 2018 factureerden ziekenhuizen naar schatting **218 miljoen euro** binnen deze codereeks 960 (extrapolatie op basis van CM cijfers). Tot deze niet-vergoedbare betalingen behoren o.a. de **niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria**. In de periode 2009-2018 kende het totale volume van dit type honoraria een **gemiddelde jaarlijkse reële groei met 5,1%** (+7,7% in niet-chirurgische daghospitalisatie, +7,0% in chirurgische daghospitalisatie, +5,8% voor ambulante activiteit in ziekenhuiscontext en +2,1% bij klassieke opnames). CM leden betaalden in 2018 42,7 miljoen euro niet-vergoedbare (para)medische honoraria gefactureerd door ziekenhuizen waarvan ca. 10 miljoen euro in klassieke hospitalisatie, 8 miljoen euro in daghospitalisatie en 24 miljoen euro ambulant in ziekenhuiscontext; het totaalbedrag in België kan bijgevolg geraamd worden op **105 miljoen euro**.

Ziekenhuizen factureren niet-vergoedbare honoraria vooral in ambulante context. We stellen vast dat het – op basis van de facturatiegegevens waarover wij op vandaag beschikken – in ambulante context vaak onmogelijk is om zelfs maar een con-

text te reconstrueren waarbinnen niet-vergoedbare honoraria werden geattesteerd. In heel wat gevallen wordt er – op die dag, in dat ziekenhuis bij die patiënt – niets anders gefactureerd dan enkel niet-vergoedbare honoraria, zonder enig verder detail. Ook blijken niet-vergoedbare honoraria frequent gefactureerd te worden in combinatie met de facturatie van medicatie of van labotesten. Daar waar we er in ambulante ziekenhuiscontext wel in slagen om een context te reconstrueren, gaat het veelal om interventies waarbij het zwaartepunt qua ZIV kost bij **medische beeldvorming** of **oftalmologie** ligt. Bij daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie ligt het zwaartepunt qua ZIV kost veelal respectievelijk bij **stomatologie** en **plastische chirurgie**.

Niet-vergoedbare (para)medische honoraria kunnen voor de patiënt oplopen **tot enkele honderden of duizenden euro's** (per opname of interventie; voorbeeld: figuur 8). Zowel bij ziekenhuisopname als bij ambulante activiteit lijken er regiogebonden verschillen te bestaan in systematiek en hoegrootheid van niet-vergoedbare (para)medische honoraria gefactureerd door ziekenhuizen. Minstens 1 ziekenhuis heeft – naar aanleiding van de CM Ziekenhuisbarometer en na controle van de facturatie – een fout in de facturatie ontdekt die zal worden rechtgezet. **We rekenen erop dat andere ziekenhuizen dit goede voorbeeld volgen en het nodige doen ingeval foute of niet gerechtvaardigde aanrekeningen zouden gebeurd zijn.**

Figuur 8: Het ziekenhuisspecifieke mediaan bedrag aan niet vergoedbare honoraria, per kamertype, voor klassieke opnames waarbij het zwaartepunt van de ZIV tussenkomst ligt bij borstverkleining omwille van functionele redenen (code 251613-251624) (gegevens CM leden, 2018).*



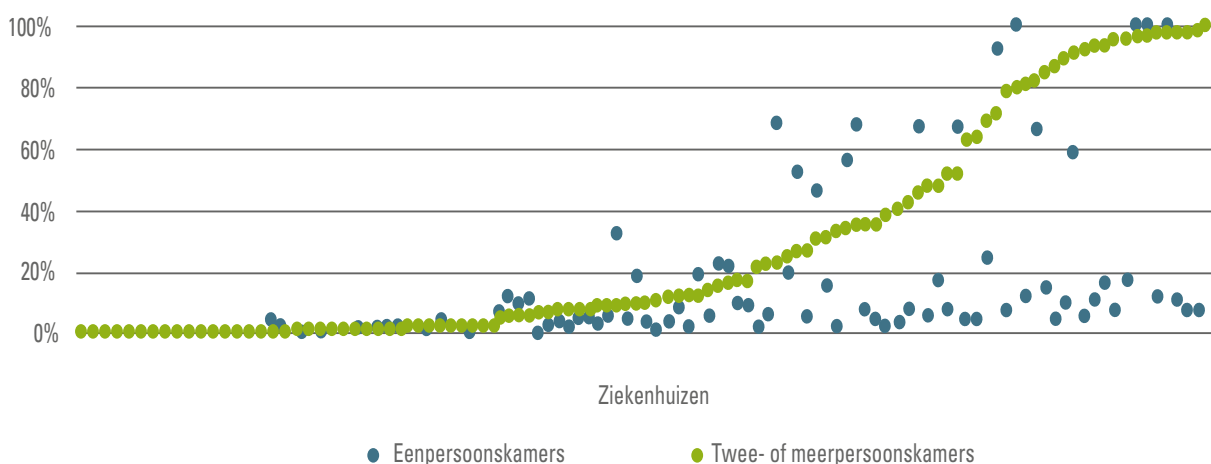
* Nomenclatuurcodenummer 459513, met inbegrip van de codes 460670, 460795 en 461016 (d.i. consultancy honoraria en forfaitair honorarium per voorschrift en per dag) waarbij 459513 als relatieve prestatie voorkomt en met inbegrip van de codes 960050 en 960073 (d.i. niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria); Algemene ziekenhuizen worden weergegeven met een ronde marker; universitaire ziekenhuizen met een vierkante marker.

Een ander voorbeeld van supplementaire kost is het zogenaamde “kamercomfort”. In de regel betreft kamercomfort (ook wel eens “accommodatieforfaits” of “comfortsupplementen” genoemd) een ziekenhuisspecifieke vergoeding die de patiënt betaalt voor bijkomende diensten die hij/zij vraagt (vb. het gebruik van een televisie, ijskast, telefoon, wifi, ... op de kamer). In de praktijk stellen we vast dat er ziekenhuizen zijn die kamercomfort forfaitair en (quasi) systematisch aanrekenen aan de patiënt. Dit zowel in gemeenschappelijke kamers (waar kamersupplementen wettelijk verboden zijn en systematisch aangerekende accommodatieforfaits de facto **verdoken kamersupplementen** zijn) als in eenpersoonskamers (waar **ook al kamersupplementen** gefactureerd worden) (fi-

guur 9). Vooral – doch niet uitsluitend – bij langere opnames kan deze extra kost voor diensten zoals tv, ijskast, telefoon, wifi, ... hoog oplopen. Ook het bedrag per dag kan hoog zijn (tot 10 euro per dag). In 2018 betaalden gehospitaliseerde CM leden allen samen 4,3 miljoen euro aan dergelijke comfortkosten; naar schatting gaat het in België dus om **ca. 11 miljoen euro**.

In tegenstelling tot vb. ereloon- en kamersupplementen, worden niet-vergoedbare betalingen veelal niet gedekt door bijkomende ziekteverzekeringen zoals hospitalisatieverzekeringen. Deze kosten zijn dus **volledig ten laste van de patiënt**.

Figuur 9: Het procentuele aandeel van de klassieke opnames waarbij kamercomfort (code 0960492-0960503) wordt gefactureerd, per kamertype en per ziekenhuis (gegevens CM leden 2018)



3. Waar pleit CM voor als toekomstgericht gezondheidsfonds?

- Een **vermindering van 6.000 ziekenhuisbedden tegen 2025** zoals het KCE voorstelt⁴, met meer transmurale en behoeftegestuurde (chronische en preventieve) zorg.

- **Transparantie voor de burger/patiënt** over
 - de te verwachten kostprijs van medische interventies, waaronder ziekenhuisopnames (**kostenramingen**),

- de zorgkwaliteit,
- de financieringsstromen van ons gezondheidszorgsysteem.

- De afschaffing van de supplementen bij ziekenhuisopname, met op korte termijn:
 - **wettelijk verbod op ereloonsupplementen bij gehospitaliseerde patiënten, ***
 - **transparant gereguleerde niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria,**
 - **transparant gereguleerde kamersupplementen en**

4. KCE rapport 289AS over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/benodigde-ziekenhuiscapaciteit-in-2025-en-criteria-voor-aanbodbeheersing-van-comp>

kamercomfort inclusief inperking van excessen, samen met een herziening van de architectonische en inrichtingsnormen van ziekenhuiskamers.

- **Eenpersoonskamer als standaard bij klassieke opname**, mits de ereloon-supplementen zijn weggewerkt. We stellen een verhouding van 80% eenpersoonskamers en 20% twee- en meerpersoonskamers voorop als streefdoel.
 - **Verbod van ereloon-supplementen op medisch-technische prestaties** zoals medische beeldvorming, klinische biologie en anatomo-pathologie.
 - **Transparantie voor het gezondheidsfonds** over
 - de financieringsstromen, inclusief – maar niet beperkt tot – transparantie over de bestemming en bestemming van honoraria en supplementen,
 - de kosten ten laste van de patiënt, ook bij ambulante en extramurale verstrekkingen (incl. info over de attesteerder, de bestemming, de bestemming en verantwoording),
 - de zorgkwaliteit (incl. ontsluiten van data voor onderzoeksdoeleinden),
 - de kosten die een opname met zich meebrengt uitgezet tegen de financiering die een ziekenhuis ontvangt.
 - **De afschaffing van het systeem hospitalisatieverzekeringen en de overheveling van deze gelden naar de verplichte ziekteverzekering.**
 - Toegang tot **ambulante zorg aan conventietarief binnen de ziekenhuismuren** voor elke patiënt. Dit tegen dezelfde voorwaarden (o.a. wachttijd) en met dezelfde kwaliteit als voor patiënten die niet tegen conventietarief willen gezien worden.
 - Correcte **financiering** van ziekenhuizen en zorgactoren die **gezondheid en zorgkwaliteit** bevordert. Het gewicht van betalingen per prestatie/interventie/opname moet drastisch naar beneden, ten voordele van kwaliteitsvolle zorg waarbij zorgverleners prima zorg verlenen en goed samenwerken.
 - **Herziening van de normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten** (K.B. van 30-01-1989).
- * Voor CM is het duidelijk: het **gecontroleerd afschaffen van ereloon-supplementen bij de gehospitaliseerde patiënt** is een noodzakelijke stap willen we de verplichte ziekteverzekering – die naam echt waardig – veilig stellen. **Wanneer supplementen verdwijnen, zijn er eigenlijk geen hospitalisatieverzekeringen meer nodig.** Doorheen de jaren heeft zich een pervers systeem ontwikkeld waarbij het bestaan

van hospitalisatieverzekeringen aangegrepen wordt als alibi om steeds hogere supplementen aan te rekenen en waarbij de steeds toenemende supplementen de premies voor hospitalisatieverzekeringen de hoogte instuwen. Het is deze kostenverhogende spiraal die CM wil doorbreken omdat het raakt aan de fundamentele principes van gezondheidszorg en sociale “zekerheid”.

In grote lijnen zou het **wegwerken van ereloon-supplementen bij ziekenhuisopnames** er als volgt kunnen uitzien:

- (1) Afkondigen van een **wettelijk verbod op ereloon-supplementen in hoofde van gehospitaliseerde patiënten** (zowel daghospitalisatie als klassieke opnames).
→ *Dit moet leiden tot een **gevoelige vermindering van de premies voor een bijkomende ziektekostenverzekering**, zowel voor individuele als voor collectieve contracten. In 2017 bedroeg de premiemassa voor bijkomende ziektekostenverzekeringen in België 2 miljard euro (waarvan 39% via collectieve private verzekeringscontracten, 35% via verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (mutualiteiten) en 26% via individuele private verzekeringscontracten).*
- (2) **Transfer van middelen** ten bedrage van de huidige ereloon-supplementenmassa **richting budget van de verplichte ziekteverzekering.**
Een deel van het geld dat vrijkomt bij iedereen die op vandaag premies betaalt voor bijkomende ziekteverzekeringen volstaat en dient op solidaire wijze ingekanteld te worden in het budget van de verplichte ziekteverzekering: **650 miljoen euro, periodiek te herzien.**
→ *Gelet op de lagere administratiekosten en de grotere kostenbeheersing in de verplichte ziekteverzekering zullen deze middelen efficiënter worden aangewend in het voordeel van alle sociaal verzekerden.*
→ *Methodes om de 650 miljoen euro te integreren in de verplichte ziekteverzekering (te bespreken met de sociale partners):*
 - *hetzij via het optrekken van de sociale bijdrage;*
 - *hetzij via het optrekken van het aandeel van de sociale zekerheid in de alternatieve financieringsbronnen;*
 - *hetzij via een verhoging van de algemene staatstoelagen;*
 - *hetzij via een combinatie van deze maatregelen.*
- (3) **Verdeling** van deze getransfereerde middelen **tussen ziekenhuizen en artsen-specialisten** op basis van **transparante, objectief gefundeerde en billijke verdeelsleutels.** CM onderschrijft immers het belang van een correcte ziekenhuisfinanciering en dito verloning voor artsen-specialisten, met billijkheid in de loonspanning tussen de verschillende specialismen binnen het artsenkorps.