

Verlag van de plenaire vergadering van de CEOM – Parijs, 8 december 2017

A-S. Sturbois – Dr. R. Kerzmann

Deze herfstvergadering werd gehouden in de nieuwe lokalen van de Nationale Raad van de Franse Orde der artsen, rue Léon Jost, 4 te Parijs.

Dokter José Santos, voorzitter van de Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) (European Council of Medical Orders - Europese Raad van de Ordes van artsen) en dokter Patrick Bouet, voorzitter van de Nationale Raad van de Orde der artsen van Frankrijk, organiserend land van de vergadering, zijn verheugd dat ze de leden van de CEOM en de vertegenwoordigers van verschillende Europese medische organisaties, CPME, EANA, EMSA, FEMS en UEMS bijeenbrengen.

Hun deelname aan de discussies over het geweld tegenover artsen, het leed van de artsen, de gezondheidssituatie van de vluchtelingen en de zelfregulering zal waardevol zijn.

Presentatie over de medische zelfregulering in Oostenrijk – dhr. Hutter



In Oostenrijk bestaat de zelfregulering van het medische beroep sinds 1891.

In 1998 leidde een reorganisatie van de medische kamers tot de oprichting van een nieuwe structuur met onafhankelijke organisaties voor de zelfstandige artsen, de gesalarieerde artsen en de chirurgen-tandartsen. In 2007 verlieten de chirurgen-tandartsen de medische kamer om hun eigen kamer van tandartsen op te richten.

In Oostenrijk zijn de artsen lid van de medische kamer van de provincie waar ze hun beroep uitoefenen en staan ze onder haar disciplinair gezag. Er zijn negen medische kamers die samen de centrale medische kamer vormen.

De medische kamers spelen een belangrijke rol op wetgevend vlak. Ze nemen het initiatief voor wetsvoorstellen en alle wetsvoorstellen in verband met de uitoefening van de geneeskunde worden hun voorgelegd voor commentaar. Ze hebben administratieve taken die hun overgedragen worden door de Staat. En al is het de wet die de inhoud van de medische opleiding bepaalt, de praktische uitvoering ervan valt onder de bevoegdheid van de medische kamers die de examenprocedures organiseren en aan de artsen hun diploma uitreiken. Ook de erkenning van de opleiding valt onder hun bevoegdheid.

De continue medische opleiding is verplicht en houdt de deelname in aan evenementen erkend door de Oostenrijkse medische kamer. Deze definieert trouwens de voorwaarden waaraan de zelfstandige artsen moeten voldoen inzake kwaliteit en voert persoonlijke evaluaties uit.

De medische kamer is ook actief op sociaal vlak. De erelonen van de zelfstandige artsen zijn gebaseerd op een collectief akkoord tussen de medische kamer en de ziekteverzekeringen. Om historische redenen zijn het de medische kamers die de salarissen van de ziekenhuisartsen uitbetalen. Ze houden zich ook bezig met het pensioen van de artsen en met de medische verzekeringen.

Tot slot biedt de medische kamer aan haar leden diensten aan waaronder bijstand betreffende de beroepswetgeving.

De Oostenrijkse Orde heeft dus talrijke bevoegdheden. Naast de medische deontologie houdt ze zich ook bezig met het economische aspect van de uitoefening van het medische beroep.

Oprichting van een Portugese Orde van kinesitherapeuten – dhr. Grenho

Het Portugese parlement heeft twee ontwerpen goedgekeurd voor de oprichting van een Orde van kinesitherapeuten in Portugal. Dat zou aan de kinesitherapeuten een zekere zelfregulerende bevoegdheid bieden en roept de vraag op van de autonomie van de uitoefening van de kinesitherapie.

De opleiding tot arts gespecialiseerd in de revalidatie duurt langer dan die voor kinesitherapeut. Dit aspect moet in aanmerking genomen worden wanneer de kinesitherapeut over een zekere autonomie zou beschikken die hem toelaat diagnosedaden te stellen, bijkomende onderzoeken te vragen en therapeutische programma's uit te voeren zonder enige medische controle.

De Portugese organisatie wenst de steun van de CEOM door middel van een aanbeveling die de prerogatieven inzake diagnose en voorschrijven beklemtoont. Deze moeten binnen het medische domein blijven zonder afbreuk te doen aan het recht van de patiënten op rechtstreekse toegang tot de kinesitherapeuten.

De uitvoering van de tuchtbeslissingen binnen de EU – dhr. Buchler

Het Europees Gemeenschapsrecht bevat geen regels met betrekking tot de toepasbaarheid van de door een lidstaat van de Europese Unie genomen tuchtbeslissingen in de andere lidstaten.

De eerbaarheid van het gedrag van de arts die de geneeskunde uitoefende in een andere staat wordt evenwel gecontroleerd vóór zijn inschrijving op basis van een attest van goed gedrag en kan rechtvaardigen dat de inschrijving geweigerd of uitgesteld wordt. Dit toont aan dat de impact van een buitenlandse tuchtbeslissing op de uitoefening op het grondgebied van een andere staat geen nieuw idee is.

Het feit dat het vrije verkeer van artsen niet gepaard gaat met een systeem van rechtstreekse toepasbaarheid van de tuchtsancties in de andere landen waar de arts uitoefent, maakt het voor de arts mogelijk aan zijn sanctie te ontsnappen door zijn activiteit uit te oefenen in een ander land.

De Europese Commissie is van mening dat het de taak van de lidstaten is dit probleem van uitvoering van de tuchtsancties op hun manier te regelen. Er is geen Europees recht van uitvoering van de tuchtvoordelingen gepland in de toekomst. Wat de mogelijkheid van een aanbeveling voor de lidstaten betreft, dit lijkt weinig waarschijnlijk.

Het IMI-systeem is een vooruitgang want het geeft de definitieve sancties aan zelfs al zou, in sommige gevallen, informatie betreffende een lopend onderzoek ook waardevol zijn.

De uitwisseling van disciplinaire informatie tussen de lidstaten lost de juridische vraag van de bestemming die aan deze informatie gegeven wordt echter niet op bij gebrek aan regelgeving over de toepasbaarheid in een lidstaat van een tuchtbeslissing genomen door een andere lidstaat.

In dit verband is tijdens een discussie tussen de deelnemers van de CEOM te Ljubljana gebleken dat niet alle afvaardigingen het eens waren over de vraag wat met dergelijke beslissing moest gebeuren. Sommigen waren van mening dat ze soeverein moeten kunnen beslissen welk gevolg ze heeft op de praktijkvoering van de arts in hun land.

Geweld tegen artsen – dr. R. Kerzmann



Tijdens de vergadering te Modena in juni 2017 heeft de CEOM een waarnemingspost opgericht rond het thema van geweld tegen artsen.

Er werd een vragenlijst gestuurd naar de deelnemers, die sommigen reeds beantwoord hebben.

Uit de antwoorden blijkt dat de landen van de afvaardigingen die geantwoord hebben beschikken over gegevens over geweld tegen artsen, zelfs al mag een fenomeen van onderaangifte van agressies niet verwaarloosd worden en is er niet altijd een specifieke telmethode voor handen. Weinigen beschikken daarentegen over preventiemiddelen (affiches, aanbevelingen, veiligheidscoördinator, opleiding in conflictenbeheer, enz.) om tegen dit fenomeen te strijden.

De helft van de respondenten formuleert concrete voorstellen, onder meer gebaseerd op het gebruik van het wetgevende en gerechtelijke apparaat.

Het uitwerken van adequate preventiemiddelen vereist interesse voor de oorzaken van het geweld (wachtijden, onenigheid i.v.m. de behandeling, weigering van het voorschrift, houding van de arts, enz.), voor de vormen die het aanneemt (verbaal, fysiek, psychisch), voor het profiel van de aangevallen artsen (leeftijd, geslacht, groepspraktijk of solo, eerstelijnszorg, enz.) en voor het profiel van de agressor (patiënt, entourage).

De gevolgen van het geweld op de arts met name op psychosomatisch vlak maken de posttraumatische hulp aan de arts primordiaal, in het bijzonder door de oprichting van netwerken bestaande uit gespecialiseerd personeel dat opgeleid werd om met dit soort incidenten om te gaan (sociale hulpverleners, psychiaters, psychologen, juridische adviseurs en politieofficieren).

De nog te verwachten antwoorden zullen een gedetailleerde en volledige analyse mogelijk maken. De doelstellingen van de CEOM ter zake bestaan erin een model van gegevensverzameling op te stellen om deze problematiek te kunnen analyseren op Europees niveau, preventiemiddelen voor te stellen en ten slotte een aanbeveling van de CEOM te formuleren.

Deontologisch reclameverbod gelet op het voorstel van richtlijn over de evenredigheidstest en de rechtspraak van het HvJ-EU – mevr. V. Besch

Het voorstel van richtlijn heeft tot doel de werking van de interne markt te verbeteren ten voordele van de groei en de competitiviteit, door het systematiseren van een

evenredigheidstest om de noodzaak van een regelgeving voor haar invoering te onderzoeken.

De belangrijkste kritiek op deze richtlijn is dat de waarderingscriteria van economische aard zijn. Wij wensen allen dat de gezondheidszorg uitgesloten zou worden uit het toepassingsgebied ervan gezien de specifieke aard van de medische activiteit.

Alle kritiek ten spijt, herinnert dit voorstel aan het belang van de notie “evenredigheid” wanneer de regelgevende instanties deontologische regels opstellen.

De deontologische restricties op de publiciteit vormen een beperking van de vrije dienstverrichting. De rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie leert dat dergelijke restrictie aanvaardbaar is in het Europees recht indien het doel dat eraan ten grondslag ligt de bescherming van het algemeen belang is (bescherming van de volksgezondheid), indien de beperkende maatregel geschikt is om het ermee beoogde doel te verwezenlijken en niet verder gaat dan nodig is voor het bereiken van dat doel.

De regelgevende instanties mogen de publiciteit beperken maar enkel met inachtneming van het evenredigheidsprincipe.

Bestaat er een “markt van de gezondheidszorg”?

Er dient rekening gehouden te worden met verschillende criteria. Vooreerst vraag en aanbod. De economen zijn van mening dat op het gebied van de medische activiteit een “vraag” naar gezondheid bestaat die afhankelijk is van het inkomen en de sociale situatie van de persoon. Zij wijzen er ook op dat een kapitaal voorhanden is, geen geld, maar een gezondheidskapitaal dat blootgesteld is aan een waardevermindering en een investering vereist om dit te kunnen afremmen.

Het tweede criterium is dat van de rentabiliteit tussen kostprijs en gezondheidskapitaal. Wij weten dat de prijs van de zorg vaak op administratieve wijze bepaald wordt. De verzekeraar beïnvloedt de rentabiliteit omdat ze een impact heeft op de eindprijs van de gezondheidszorg en omdat de prijs die de patiënt betaalt niet de reële prijs is.

De preventieprikkels met het oog op de controle van de gezondheidskosten hebben ook een invloed op de rentabiliteit, zoals niet roken, aan sport doen, enz. Screeningscampagnes worden gefinancierd door de Staat.

Er is een invloed op de middelen en op de productiviteit, er wordt een *numerus clausus* ingesteld voor de medische opleidingen, wat betekent dat men een toekomstbeeld heeft van het aantal beroepsbeoefenaars op de markt.

Men stelt vast dat handelsactoren binnendringen in het gezondheidsgebied (de farmaceutische industrie en de privéverzekeringen) en dat de Staat tussenkomt door de productie en de financiering van de zorgverstrekingen die door hun openbare karakter ontsnappen aan de handelskwalificatie.

De dienstverrichtingen van de arts volgen de handelslogica niet omdat de arts in de eerste plaats een vrijberoepsbeoefenaar is. In zijn relatie met de patiënt bestaat er een asymmetrie door het feit dat de arts, door zijn opleiding, informatie heeft over de gezondheidstoestand van de patiënt die deze laatste niet kent.

De patiënt wordt niet uitdrukkelijk genoemd in het voorstel van Richtlijn over de evenredigheidstest gericht aan de consument. Maar artikel 3 van de Richtlijn betreffende (...)

grensoverschrijdende gezondheidszorg stelt: “(...) een natuurlijk persoon die in een lidstaat gezondheidszorg wenst te ontvangen of ontvangt (...)”.

En ten slotte bestaat er een concurrentie tussen de beroepsbeoefenaars.

Zelfs al bestaat er een markt van de gezondheidszorg, het is geen markt zoals de andere.

De activiteiten van de UNESCO inzake bio-ethiek en ethiek van de wetenschappen – mevr. IKEBE

Het werk van de Unesco in het vlak van de bio-ethiek begon met een programma wetenschap, onderwijs en cultuur om de vrede in de maatschappij te bevorderen. Het mandaat van de Unesco werd daarna uitgebreid tot de wetenschappen en de communicatie. Het onderzoek in de bio-ethiek startte bij de Unesco in 1993. Het eerste mandaat had tot doel internationale normatieve instrumenten inzake bio-ethiek voor te stellen. Vervolgens heeft de Unesco zich meer toegespitst op het versterken van de bevoegdheden, de steun aan de lidstaten en de hulp aan de universiteiten en de instellingen.

De Unesco wordt gesteund door drie internationale raadgevende organisaties:

- het *International Bioethics Committee* (IBC), Internationaal Bio-ethiek Comité, opgericht in 1993, samengesteld uit 36 individuele deskundigen benoemd door de directeur-generaal van de Unesco;
- het *Intergovernmental Bioethics Committee* (IGBC), Intergouvernementeel Bio-Ethiek Comité, opgericht in 1998, eveneens internationaal, samengesteld uit 36 lidstaten. Het gaat om een comité van zeer hoog niveau waar deskundigen samenkomen;
- de *World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology* (COMEST), samengesteld uit 18 deskundigen die vergaderen over de ethische kwesties met betrekking tot de wetenschap en de technologie.

Deze comités (IBC en COMEST) komen elk jaar samen om verslagen of instructies op te stellen die tot doel hebben de lidstaten of de instellingen te helpen een strategische koers inzake bio-ethiek uit te stippelen. Het recentste verslag dateert van 2017 en betreft de *big data* en de gezondheid. Er bestaat ook een verslag over het bio-ethische antwoord op de situatie van de vluchtelingen, over het principe van de verdeling van de voordelen, over het principe van het menselijk genoom en de mensenrechten, de geïnformeerde toestemming, enz. Deze verslagen kunnen gedownload worden op de website van de Unesco.

Het IBC en het IGBC zijn diensten die voorstellen en adviezen formuleren over het programma van de Unesco. Het zijn ook normatieve eenheden binnen de Unesco op het gebied van gezondheid. Ze richten werkgroepen op over de volgende vijf internationale acties:

- de Universele Verklaring over het menselijk genoom en de mensenrechten (opgesteld in 1997 door het IBC, dan bestudeerd door de intergouvernementele groep en herlezen door verschillende groepen alvorens aangenomen te worden door de Unesco). Deze verklaring werd goedgekeurd door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in 1998;
- de Internationale Verklaring betreffende menselijke genetische data (2003);

- de Universele Verklaring over bio-ethiek en mensenrechten (2005).

Dit zijn de drie normatieve aktes van de Unesco op het gebied van bio-ethiek. Tijdens de Algemene Conferentie die plaatsvond in november 2017 werden twee nieuwe teksten aangenomen:

- *Declaration of Ethical Principles in relation to Climate Change*, Verklaring met ethische principes betreffende klimaatverandering (2017);
- *Recommendation on Science and Scientific Researchers*, Aanbeveling voor wetenschap en wetenschappelijke onderzoekers (2017).

Deze internationale teksten zijn nauw verbonden met de bio-ethiek en hebben tot doel een debat op internationaal niveau voor te stellen. De Unesco wil een consensus vinden rond universele waarden in materies zoals het menselijk genoom, genetische data of ethische principes betreffende klimaatverandering.

Rond het jaar 2000 was de visie op het menselijk genoom en de intellectuele eigendom erg verdeeld. Tijdens de Algemene Conferentie van de Unesco over de intellectuele eigendom en over het genoom in 2001 tekende er zich een duidelijke kloof af tussen Europa en de Verenigde Staten aangaande de octrooieerbaarheid van het genoom.

De Unesco is het eerste agentschap geworden dat een ideeënlaboratorium oprichtte om mechanismen te identificeren die gebruikt kunnen worden in de bio-ethiek.

Het versterken van de bevoegdheden van de regeringen inzake bio-ethiek is ook een van haar taken.

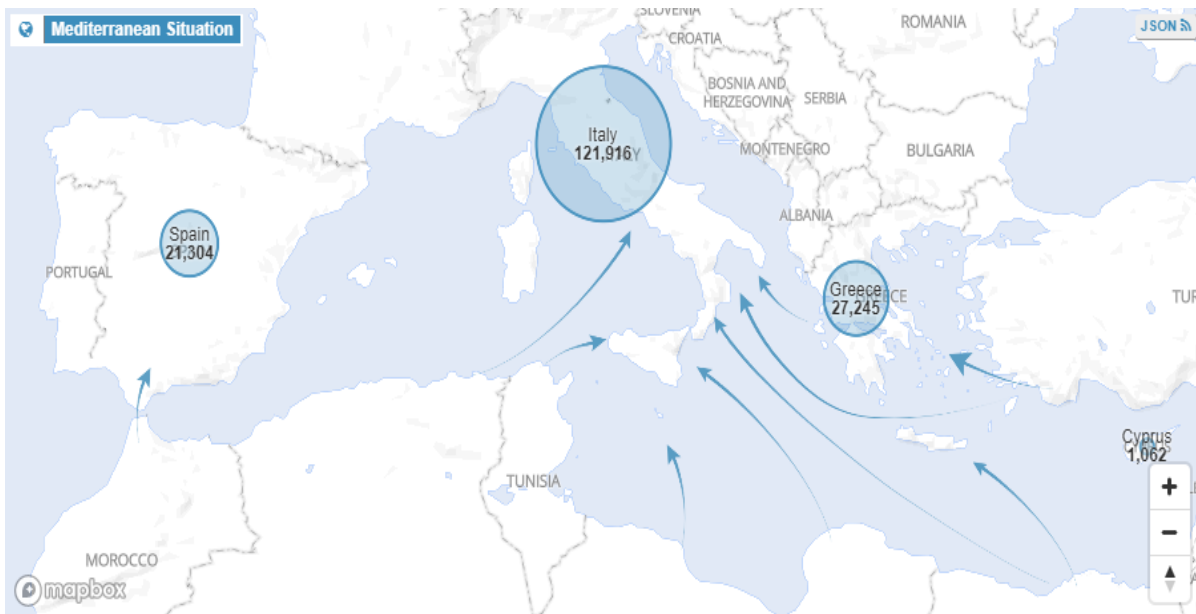
De steun van de Unesco voor het oprichten van comités voor bio-ethiek heeft het mogelijk gemaakt 20 nationale comités voor bio-ethiek te creëren die vervolgens technische bijstand kregen om de statuten van de vereniging, het huishoudelijk reglement, enz. op te stellen.

De Unesco heeft ook andere partners, het leerstoelprogramma genoemd, dit wil zeggen academische instellingen zoals universiteiten, die zich aanpassen aan het mandaat van de Unesco om leerstoelen op te richten om daarna samen aan verschillende projecten te werken.

Tot slot werkt ze nauw samen met de *WHO* (WGO Wereldgezondheidsorganisatie). Deze laatste staat in voor de promotie van de gezondheid en van de gezondheidsproblemen. Ze heeft dus een mandaat om het oprichten van onderzoekcomités over ethiek te bevorderen. Ze wordt overkoepeld door het ministerie van Volksgezondheid. De Unesco is eerder verbonden met het ministerie van Wetenschap en Onderwijs.

Werkgroep over de gezondheid van de vluchtelingen – dr. M. Passakiotou

De nieuwe cijfers van de afdelingen van het VN-vluchtelingenagentschap (UNHCR) zijn gekend. In 2017:



- zijn meer dan 27 000 vluchtelingen aangekomen in Griekenland via de Middellandse Zee;
- zijn meer dan 121 000 vluchtelingen aangekomen in Italië via de centrale Middellandse Zee;
- zijn meer dan 21 000 vluchtelingen aangekomen in Spanje via de westelijke Middellandse Zee, wat een belangrijke toename betekent.

Indien men deze cijfers vergelijkt met de voorgaande jaren stelt men een daling vast. In 2015 telde men immers meer dan een miljoen vluchtelingen en vielen heel wat slachtoffers en vermisten te betreuren. Ondanks de gezamenlijke inspanningen van de Europese Unie en Turkije zijn er meer dan 166 000 vluchtelingen toegekomen in Europa. Door deze crisis werden in totaal 65 miljoen mensen, van wie een groot deel kinderen, tegen hun wil verplaatst. Tijdens de crisis in Syrië, waarvan de gevolgen vooral voelbaar zijn in Europa, werden meer dan 5 miljoen mensen verplaatst tegen hun wil.

Alle vluchtelingen die aankomen in de Europese Unie dienen een verzoek om asiel in. Sedert eind 2016 wachten meer dan een miljoen mensen op het resultaat van hun asielaanvraag : 880 000 mensen kregen een gunstig advies, 66 000 mensen werden teruggestuurd naar hun herkomstland en van de 110 000 resterende mensen weet men het niet.

Duitsland is recordhouder van het aantal goedgekeurde asielaanvragen in Europa, met 433 905 goedgekeurde asielaanvragen.

Iedereen kent het probleem van het engagement dat alle leden van de Europese Unie ondertekend hebben, volgens hetwelk rekening gehouden wordt met de totale bevolking en met het niveau van rijkdom om te bepalen hoeveel vluchtelingen elk land moet opvangen.

De integratie van de vluchtelingen in het land waarnaar ze geëmigreerd zijn, is belangrijk.

Men heeft de neiging om aan te nemen dat de vluchtelingen arme mensen zijn, die weinig of niet geschoold zijn en geen geluk gehad hebben in het leven. Maar de Syriërs bijvoorbeeld die hun land moesten ontvluchten, behoorden vooral tot de middenklasse. Het zijn opgeleide

mensen die over een eigen woning beschikken, een goed inkomen hadden en kinderen hebben die soms vreemde talen spreken. Zo kan men in de resultaten van de vragenlijsten vaststellen dat in Griekenland, waar de meeste Syriërs naartoe getrokken zijn, de studenten hogere studies gevolgd hebben.

Is integratie de oplossing om te vermijden dat de vluchtelingen te maken krijgen met discriminatie en fobie? Integratie is een dynamisch proces dat gebruik maakt van tewerkstelling, onderwijs, burgerlijke en maatschappelijke medewerking en culturele en religieuze verscheidenheid. De eerste etappe is natuurlijk integratie, de tweede assimilatie. Historisch gezien boekte Europa niet alleen successen inzake integratie. De Europese samenleving wordt sinds jaren geconfronteerd met een probleem van een steeds grotere diversiteit. De volksofinie en, bijgevolg, de politieke debatten van verschillende lidstaten van de Europese Unie, dragen de laatste jaren de stempel van de bezorgdheden over de culturele identiteit, de sociale cohesie en de veiligheid, en ook van de ongerustheid over de economie, de toegang tot de overheidsdiensten, de criminaliteit en de tewerkstelling.

De overvloed aan academische en politievoorschriften betreffende integratie bewijst dat er geen pasklare antwoorden bestaan of toch zeer weinig. De wetgeving inzake mensenrechten blijft voorzichtig braaf en stil over dit probleem.

Het Verdrag van Genève van 1951, gekend als het Vluchtelingenverdrag, formuleert de voornaamste rechten die de vluchtelingen zouden moeten genieten om tot juridische, socioculturele en economische integratie te komen. Hieronder valt ook het algemene principe volgens hetwelk de vluchtelingen gemakkelijker toegang zouden moeten hebben tot naturalisatie.

De *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX) rangschikt 38 ontwikkelde landen, waaronder de lidstaten van de Europese Unie, volgens hun rechten en kansen voor de nieuw aangekomenen op het vlak van arbeidsmarkt, gezondheid, onderwijs, deelname aan de politiek, permanent verblijf, gezinshereniging en antidiscriminerende maatregelen.

Nieuws van het Europese netwerk van de medische bevoegde instanties ENMCA – dhr. A. JAEKEL



“Hoe de artsen van landen van buiten de Europese Unie erkennen?” Uit een recente studie blijkt dat de systemen enorm kunnen variëren van land tot land. Dit vormt een probleem; volgens de Richtlijn 2005/36 over de medische kwalificaties kunnen artsen zich immers vrij verplaatsen binnen Europa nadat ze gekwalificeerd zijn en gedurende meer dan drie jaar in een van de lidstaten gewerkt hebben.

Men stelt vast dat kennis van de taal een vereiste is in de meeste lidstaten. Sommige lidstaten hebben geen taaltest of testen ingesteld bij wet of reglement. Zij vragen dan ook aan de werkgever na te gaan of de arts de taal van het land in kwestie correct spreekt. De meeste van de andere landen hebben taaltesten in een of andere vorm ingevoerd. De meest elementaire vorm is het attest van taalvaardigheid van een taalschool volgens hetwelk de arts wel degelijk niveau B2 behaalt in het taalreferentienetwerk van de Europese Unie. Soms vindt er een examen plaats over de medische woordenschat op niveau C1.

Het controleren van de documenten is een ander belangrijk element. Artsen die vanuit oorlogsgebieden naar de Europese Unie emigreren en die een vergunning aanvragen om de geneeskunde uit te oefenen, hebben soms geen enkel document, diploma of getuigschrift

dat gewag maakt van hun studie. Soms zijn zij hun diploma verloren of beschikken zij over een diploma dat niet gekend is bij de instanties. Er dient bijgevolg contact opgenomen te worden met de instantie van het betrokken land om zich ervan te vergewissen dat het diploma wettig is. De laatste jaren zijn er derde partijen opgedoken. In de Verenigde Staten, bijvoorbeeld, biedt een bedrijf verificatiediensten aan.

Nagenoeg alle bevoegde instanties aanvaarden kopieën. Bepaalde instanties gaven aan dat de arts zich soms persoonlijk dient aan te melden met zijn originele diploma's op een bepaalde ogenblik van de procedure.

Er is nog een ander opmerkelijk verschil wat de testen betreft. In sommige landen vinden er bijna geen testen plaats (Duitsland). In andere landen, zoals de GMC in het Verenigd Koninkrijk, dienen er heel wat fasen doorlopen te worden (geschreven testen, taaltest, beroepsevaluatie). In het Verenigd Koninkrijk dienen de artsen hun vaardigheden te tonen via verscheidene workshops. Zij worden bijvoorbeeld in een scenario geplaatst waarin acteurs patiënten naspelen. Andere staten hebben een hybride mix van deze systemen. Er is een duidelijk onderscheid tussen de landen die weinig attesten aan de aanvragers vragen en diegene die er enorm veel vragen.

De kosten voor de erkenning van de diploma's worden doorgaans gedragen door de aanvragers. Hierop bestaan echter uitzonderingen. In sommige landen kunnen de kosten oplopen tot 2000 of 3000 euro zodat artsen uit landen zoals Irak en Syrië onvoldoende financiële middelen hebben daar de diploma's en cursussen soms officieel vertaald dienen te worden door beëdigde vertalers.

De volgende vergadering van de CEOM vindt plaats in juni 2018 in Timisoara (Roemenië).