
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr. M. MOENS
Redactiesecretariaat : F. Vandamme
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

Nr. 5 / AUGUSTUS 2014

Afgiftekantoor: BRUSSEL

**VBS VIERT 60-JARIG BESTAAN OP 11.10.2014:
'DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE:
VAN EVOLUTIE NAAR REVOLUTIE'¹**

Het VBS is in 2014 aan zijn diamanten jubileum toe. Het 'Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten' werd op 28 mei 1954 in Brussel door zijn stichters boven de doopvont gehouden en op 15 juni 1954 werden de statuten van de nieuwbakken vereniging gepubliceerd in de bijlagen bij het Belgisch Staatsblad.

Sindsdien is er heel wat veranderd. Niet in het minst de geneeskunde zelf, waarin de evoluties in de afgelopen 60 jaar elkaar in een steeds hoger tempo hebben opgevolgd.

Op staatkundig vlak evolueerde het unitaire België dan weer naar een structuur waarbij, in uitvoering van de recentste staatshervorming (de 6^{de}), aan de verschillende gemeenschappen en gewesten belangrijke bijkomende bevoegdheden werden toegekend. Dit gaat o.m. over de vaststelling van de ziekenhuisnormen, de erkenning van de artsen enz. Ook het VBS wil op 11 oktober 2014, tijdens een vergadering, zijn structuur realiteit.

De financiering van de materie. Gezien de economische overheid de tering naar de nering de federale bestaat erin om voor 17 miljard eerste aankondiging om de ziekenhuisfinanciering aan te pakken dateert al van 30 maart 2013 toen het Kernkabinet via een persbericht van (inmiddels uittredend) minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Laurette Onkelinx de medische wereld confronteerde met haar "feuille de route" of – in het Nederlands – stappenplan.

**SYMPOSIUM
11.10.2014**

**KONINKLIJKE
BIBLIOTHEEK**

BRUSSEL

buitengewone algemene afstemmen op deze gewijzigde

gezondheidszorg blijft een federale situatie zal ook de federale moeten zetten. Het leidmotief van regeringsonderhandelingen euro besparingen te vinden. Een

Wat zijn de toekomstige uitdagingen om de gezondheidszorg betaalbaar te houden en hoe kan de laagdrempelige toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem behouden blijven? De komende jaren staan ons belangrijke uitdagingen te wachten. Tijdens het symposium dat het VBS op 11 oktober organiseert naar aanleiding van zijn 60-jarig bestaan zullen gastsprekers de vele aspecten van een snel evoluerende geneeskunde en haar omgevingselementen aansnijden.

¹ U vindt de flyer met het volledige [programma](#) van dit symposium als bijlage bij dit tijdschrift.

De aanwezigen mogen in een eerste luik bijdragen verwachten van een specialist gezondheidsrecht (Mr. Tom De Gendt), een consultant inzake gezondheidszorg (Dhr. François Daue) en een biotechnoloog annex healthcare-trendwatcher (Prof. Dr. Koen Kas). Nadien volgt een reeks flitspresentaties van telkens tien minuten waarin acht artsen-specialisten op een gebalde manier de (r)evolutie in hun discipline belichten. Het belooft alvast een boeiende voormiddag te worden, waar trouwens drie credit points ethiek en economie voor werden aangevraagd.

Het VBS pleit voor constante evolutie in ons gezondheidszorgsysteem en niet voor een revolutie zodat de talrijke sterke punten van het huidige stelsel niet zouden verloren gaan (cf. infra). Toch kunnen we niet om de technologische revolutie heen die voor de deur staat. Hoe die revolutie met de gewenste evolutie in onze gezondheidszorg combineren: daar draait dit symposium om.

STANDPUNT VAN HET VBS OVER DE HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

Terwijl de Belgen van hun zomervacaties aan het genieten waren in afwachting van de regeringsvorming, riep het KCE, het federale kenniscentrum op 26 juni jl. vertegenwoordigers van alle betrokken partijen (artsen, ziekenfondsen, ziekenhuisdirecties, patiëntenorganisaties, werknemerssyndicaten, sociale partners...) bijeen om voor een beperkt publiek, waaronder VBS-voorzitter Jean-Luc DEMEERE, de routekaart 2025 voor te stellen. Die routekaart stelt een omvorming van de ziekenhuisfinanciering voor, die de organisatie van de volledige Belgische gezondheidszorg in vraag stelt en de transformatie van een systeem voor ogen heeft, dat, als het al niet het beste systeem is, dan toch datgene is dat sinds jaren veruit het hoogst scoort op het vlak van patiënttevredenheid in Europa².

Als het noodzakelijk is om het systeem te verbeteren, om oplossingen te zoeken om de efficiëntie, toegankelijkheid en kwaliteit ervan nog te verhogen, en het systeem transparanter te maken, moet het bestaande daarom volledig worden weggegomd? De keuze voor een revolutionaire weg verontrust het VBS, dat in eigen schoot over de conclusies van de routekaart heeft gedebatteerd tijdens de vergaderingen van zijn uitvoerend bestuur en tijdens de laatste vergadering van zijn bestuurscomité, met het doel een nota t.a.v. het KCE op te stellen waarin het zijn ongerustheid uiteenzet over het buitensporige karakter van de in de routekaart vervatte voorstellen. Deze nota zal als bijlage bij het eindrapport van het KCE worden gevoegd³.

Het VBS is van mening dat niets een dermate radicale hervorming rechtvaardigt, waarvan de verwezenlijking langzaam en duur zal zijn, terwijl ons gezondheidssysteem dan misschien niet perfect is, maar de patiënten toch zeer tevreden blijkt te stellen. Het VBS pleit daarom voor een evolutie in plaats van een revolutie van het Belgische gezondheidszorgsysteem.

De door het KCE voorgestelde omvorming van het systeem zou gestoeld zijn op 8 topics:

- Het **ziekenhuisbudget**: dit zou stabiel en transparant worden om gerechtvaardigde kosten te dekken. Om dat te doen, stelt het KCE voor om de huidige ziekenhuisfinanciering via de nomenclatuur en het budget van financiële middelen te vervangen door een mix DRG/globaal budget. Op die manier zouden we volgens het KCE het zorgaanbod kunnen rationaliseren. De prijs die eraan vasthangt? Buiten de welbekende⁴ nadelen van de forfaitaire financiering? Eerst en vooral de vervanging van

² <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

³ En in een volgend nummer van "De Geneesheer-Specialist" worden gepubliceerd.

⁴ De inefficiënties die worden veroorzaakt door de invoering van een zuiver forfaitaire financiering in het buitenland zijn uitgebreid bestudeerd en gedocumenteerd; de landen die deze vorm van financiering gebruiken, hebben hogere werkingskosten dan België en meerdere inefficiënties werden geïdentificeerd. Het VBS verwijst naar het matige succes van de invoering van de forfaitarisering in Frankrijk: Cordier A., un projet global pour la stratégie nationale de santé, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>, juin 2013. In dit rapport over de resultaten van de invoering van een geforfaitariseerde ziekenhuisfinanciering in Frankrijk blijken dit de effecten van de forfaitarisering te zijn:

de algemene ziekenhuizen door een opsplitsing van regionale ziekenhuizen en referentiecentra, die nog als enige complexe aandoeningen zullen mogen behandelen. Vervolgens het beperken van het medebeheer tot het louter raadplegen van de artsen als het om investerings- en kwaliteitsfondsen gaat en ten slotte, de afschaffing van de afdracht van honoraria aan het ziekenhuis. Dan moeten nog de ziekenhuisopnames en -ontslagen worden gerationaliseerd. Dat gebeurt door de huisarts te benoemen tot case manager, die beslist of de patiënt in het ziekenhuis moet opgenomen worden, dan wel behandeld moet worden in een ambulante circuit, waarvan de precieze contouren nog moeten worden uitgezet.

- **De vergoeding van de artsen-specialisten** zou transparant worden: het KCE stelt voor om het huidige systeem te vervangen door billijke, evenwichtige en zuivere medische honoraria: dat vereist een onderlinge herziening van de honoraria, die in hoofdzaak zouden gebaseerd worden op de arbeidsduur, bijgesteld op basis van ervaring, risico, stress en moeilijkheidsgraad.⁵
- **Het zorglandschap** zou verdeeld worden: het KCE stelt voor om het zorgaanbod te organiseren in geografische zorgzones waarin het regionale ziekenhuis en het referentiecentrum naast elkaar bestaan. Hoe die opsplitsing, die niet overal in goede aarde dreigt te vallen, precies moet verlopen heeft het KCE echter niet verduidelijkt.
- **Universitaire ziekenhuizen:** zij hebben volgens het KCE overcapaciteit en zijn geografisch onevenwichtig verspreid. Ze moeten uitblinken in onderwijs, onderzoek en innovatie.
- **Macro gouvernance:** het KCE stelt voor om het huidige overlegmodel op te doeken en het te vervangen door een beperkte beheersstructuur met de overheden, belangengroepen, technische deskundigen en burgers/patiënten.
- **Kwaliteit:** het KCE wil een beleid voor algemene kwaliteitsverbetering op poten zetten om de contraproductieve stimuli van de ziekenhuisfinanciering per DRG tegen te gaan en P4P-initiatieven (pay for performance)⁶ te implementeren.
- **Innovaties** moeten gebeuren in het belang van de patiënt en worden gestimuleerd door de concurrentie tussen ziekenhuizen.

Ook al hebben de experts van het KCE het niet uitdrukkelijk als topic vermeld, ze laten verstaan dat ook de **extra muros specialistische geneeskunde** moet worden geforfaitariseerd. Volgens een "zorgpadscenario" zouden alle extramuraal werkende specialisten aan een ziekenhuis verbonden worden, met een gelijkaardige financiering. Theoretisch zou een forfaitair honorarium aan deze artsen kunnen worden toegekend.

Om het gedetailleerde antwoord van het VBS aan het KCE samen te vatten: het VBS betreurt dat deze nota tot zijn verbazing verkeerdelijk wordt voorgesteld alsof ze op een consensus zou berusten, en vraagt zich af wat er uiteindelijk de bedoeling van is, behalve het oppoken van een

een rente-effect, dat in strijd is met de medische en zorgkundige ethiek; het opdrijven van de inkomsten volgens activiteit als gangbare praktijk in de openbare ziekenhuizen; een verdere toename van het wantrouwen van de artsen t.o.v. de administratie; een versterking van de onevenwichten tussen regio's; een stijging van de beheers- en controlekosten.

⁵ De discrepanties tussen artsenhonoraria werden belicht in een gekleurde studie (dat is het minste wat ervan te zeggen valt, want de sample van ziekenhuizen was alles behalve representatief) in het KCE Rapport 178A, "Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies", dat kan gedownload worden via http://kce.fgov.be/nl/publication/report/handleiding-voor-op-kosten-gebaseerde-prijsbepaling-van-ziekenhuisinterventies#.U-DVYPI_uwI

⁶ KCE Rapport 121A, "Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen", te downloaden via http://kce.fgov.be/nl/publication/report/haalbaarheidsstudie-voor-de-invoering-van-een-%E2%80%9Call-in%E2%80%9D-pathologiefinanciering-voor#.U-DfRfl_uwI

debat dat bijna niets meer van doen heeft met de kwaliteit van de geneeskunde, noch met het doelmatig beheer van de beschikbare middelen om de bevolking te verzorgen.

Het VBS herinnert eraan:

- dat het zich categorisch verzet tegen de invoering van een forfaitaire financiering per pathologie in het kader van een gesloten budget, zoals dat werd voorgesteld in de routekaart 2025.
- dat het zich kant tegen de voorstellen van het KCE, dat voorstelt om de financieringssystemen te combineren om tot een compromis te komen en om tegenstrijdige doelstellingen te bereiken: kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie van de verstrekte zorg.
- dat de financiering per gesloten DRG in de ogen van het VBS niets anders is dan een inperking van het zorgaanbod, die, naast een kwaliteitsvermindering, ook zou kunnen leiden tot een verslechtering van het sociale klimaat in de gezondheidszorg. Niet alleen de artsen zullen getroffen worden. Er zullen ook vele banen verloren gaan bij verpleegkundigen en paramedici als de KCE-aanbevelingen integraal zouden worden gevolgd.

Het VBS vestigt ook de aandacht op de louter ideologische benadering van de routekaart:

- De geformuleerde financiële doelstellingen zijn uiterst vaag en nooit becijferd.
- Nergens wordt aangetoond dat er besparingen zouden kunnen worden verwezenlijkt, hoewel dat het uitgangspunt was van het Kernkabinet van 30.03.2013. De nota maakt ook geen gewag van de stappen die zouden moeten worden gezet om de overgang van het huidige stelsel naar het door het KCE voorgestelde systeem vlot te laten verlopen.

De routekaart maakt een projectie voor het jaar 2025. Het zal uiteraard de bedoeling zijn om alle veranderingen trapsgewijs in te voeren. Het spreekt voor zich dat het VBS ook pleit voor een verbetering van de doeltreffendheid en de efficiëntie van het zorgsysteem met het oog op 2025, maar het meent dat dat op een andere manier kan.

De routekaart 2025 is even ambitieus als incoherent van opzet, want het is moeilijk om voorstellen tot verandering te formuleren als de beoordeling zich beperkt tot louter kwalitatieve of zelfs ideologische gegevens.

Op dit moment treffen we in de voorgestelde routekaart slechts slogans aan, geen behoorlijk becijferd, geëvalueerd en gevalideerd concreet voorstel. Dat neemt niet weg dat de boodschap duidelijk is. Achter deze ideeën, die het KCE ongetwijfeld graag zal herhalen tegenover de volgende federale minister van Volksgezondheid, die op dit moment nog niet bekend is, schuilt volgens ons de wil om steeds meer te besparen op de honoraria van de artsen-specialisten en hen te laten opdraaien voor alle budgettaire uitwassen van het gezondheidszorgsysteem.

KINDERARTSEN ONGERUST OVER IMPACT ZORGPROGRAMMA'S VOOR KINDEREN OP KWALITEIT ZORGVERLENING

Persbericht (03.07.2014) van de Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen en de Belgische Vereniging van Locoregionale Ziekenhuiskinderartsen

De verenigingen van kinderartsen zijn zeer ongerust over de gevolgen die de maatregelen opgenomen in de nieuwe koninklijke besluiten betreffende de Zorgprogramma's voor Kinderen zullen hebben op de kwaliteit van de zorgverlening aan hun patiënten.

In het kader van een actualisatie van het zorgprogramma 2006 had de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) aan het College Pediatrie in 2012 gevraagd naar zijn visie op de pediatrie zorgverlening. De NRZV bracht in de daaropvolgende maanden een tekst naar

voren waarop het College veel kritiek had, omdat er met zijn fundamentele opmerkingen absoluut geen rekening was gehouden. Het College richtte daaromtrent verschillende brieven aan de NRZV en de betrokken minister.

Een vertegenwoordiging van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde had een ontmoeting met kabinetsleden om hen onze kritiek toe te lichten, vooral voor wat het basisprogramma kindergeneeskunde betreft. Ongeveer 2 jaar lang werden wij verder niet op de hoogte gebracht over de inhoud van de teksten die in de maak waren.

Heel plots en onverwacht verschenen echter op het einde van de regeerperiode een aantal koninklijke besluiten die aan de hand van diverse zorgprogramma's de zorgverlening voor kinderen organiseren, zonder dat daarover overleg was gepleegd met de in de Academie vertegenwoordigde representatieve kinderartsenverenigingen (Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen, Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde, Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française, de universitaire kinderafdelingen), het College Pédiatrie en de Vereniging van Locoregionale Ziekenhuiskinderartsen, bij wie deze reorganisatie wellicht de grootste impact zal hebben.

Bovendien zijn sinds 1 juli de gewesten bevoegd voor de uitvoering van de programma's. Het ware verstandiger geweest de kinderartsen, die bezorgd zijn over het welzijn van hun patiënten, te raadplegen in plaats van wetsartikelen uit te vaardigen, die soms moeilijk te begrijpen zijn, soms vatbaar voor dubbelzinnige interpretatie en waarvan de auteurs de gevolgen blijkbaar niet ingeschat hebben. Onze verenigingen zullen daarom te gepasten tijde de nodige gedetailleerde argumentatie naar voren brengen.

Wij herhalen onze grote bezorgdheid over de gevolgen van al deze maatregelen op de kwaliteit van de pediatrische zorgverlening. Dit schrijven is een open vraag om de federale en gewestelijke overheden te kunnen ontmoeten om hen te wijzen op de gevaren van een te strikte toepassing van de wetteksten.

Dr. Michel PLETINCX
Voorzitter Belgische Beroepsvereniging
van Kinderartsen

Dr. Patrick DEGOMME
Voorzitter Belgische Vereniging van
Locoregionale Ziekenhuiskinderartsen

BELGISCH STAATSBLAD VAN 08.08.2014:
• **29 KB'S EN MB'S I.V.M. GEZONDHEIDSZORG**
• **O.M. PET- EN NMR-PROGRAMMATIE, NORMEN VOOR FUNCTIE**
'ZELDZAME ZIEKTEN', ZORGPROGRAMMA 'BEROERTEZORG'

In het Belgisch Staatsblad van vrijdag 8 augustus 2014 verschenen maar liefst 29 koninklijke en ministeriële besluiten afkomstig van de FOD Volksgezondheid.

De uitvoeringsbesluiten in verband met de uitbreiding van de PET- en NMR-programmatie springen wellicht het meest in het oog. Andere belangrijke wetgevende teksten zijn o.m. de vaststelling van de normen waaraan een functie 'zeldzame ziekten' moet voldoen en de normen inzake de zorgprogramma's 'beroertezorg'.

Door het zeer korte tijdsbestek en plaatsgebrek moeten wij ons in dit tijdschrift beperken tot een titellijst van de voor artsen-specialisten relevante besluiten in het Staatsblad van 08.08.2014.

Gezien de belangrijke impact van sommige van deze besluiten zullen wij hier ongetwijfeld later uitgebreid op terugkomen.

In afwachting daarvan kunt u de publicaties nu al vinden op de [website van het VBS](#). U kunt de teksten ook opvragen op het secretariaat van het VBS (tel. 02/649.21.47, fax 02/649.26.90, info@vbs-gbs.org).

Protocolakkoord ' HCV-Plan ' Gelet op de specifieke bevoegdheden waarover de Federale overheid en de Overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna 'de Gemeenschappen' genoemd – blz. 57926
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op de functie ' zeldzame ziekten ' – blz. 57878
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ' zeldzame ziekten ' moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven – blz. 57879
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op de referentiecentra ' zeldzame ziekten ', ook 'expertisecentra' genoemd – blz. 57882
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de karakteristieken voor het aanwijzen van referentiecentra ' zeldzame ziekten ', 'expertisecentra' genoemd, binnen de erkende functies 'zeldzame ziekten' – blz. 57883
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op het netwerk ' zeldzame ziekten ' – blz. 57884
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk ' zeldzame ziekten ' – blz. 57885
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen – blz. 57887
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit houdende de lijst van zware medische apparatuur in de zin van artikel 52 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – blz. 57888
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 december 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 – blz. 57889
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van het maximum aantal PET-scanners en diensten nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld, dat uitgebaat mag worden – blz. 57891
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 oktober 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend – blz. 57892
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 oktober 2006 houdende vaststelling van het maximum aantal diensten waarin een magnetische resonantie tomograaf wordt opgesteld, dat uitgebaat mag worden – blz. 57893
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot vaststelling van het maximum aantal toestellen voor magnetische resonantie tomografie dat uitgebaat mag worden – blz. 57894
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 – blz. 57906
25 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de lijst van bijzondere beroepsbekwaamheden voor kinesitherapeuten – blz. 57908

25 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de gemeenschappelijke erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op een bijzondere beroepsbekwaamheid – blz. 57909
22 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrie kinesietherapie – blz. 57910
22 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de bekkenbodembreëducatie en perinatale kinesietherapie – blz. 57912
22 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de neurologische kinesietherapie – blz. 57915
22 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de manuele therapie – blz. 57917
22 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de cardiovasculaire kinesietherapie – blz. 57920
22 APRIL 2014. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de respiratoire kinesietherapie – blz. 57922
19 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd – blz. 57895
19 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 12 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en tot aanduiding van de artikelen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen die op hen van toepassing zijn – blz. 57896
19 APRIL 2014. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden – blz. 57897
19 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden – blz. 57902
19 APRIL 2014. - Koninklijk besluit waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op het netwerk ' beroertezorg ' – blz. 57903
19 APRIL 2014. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk ' beroertezorg ' – blz. 57904

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 29 (ORTHOPEDIE)
(in voege op 01.10.2014)

21 JULI 2014 - Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 29 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 04.08.2014)

De volledige tekst (9 bladzijden) van dit KB i.v.m. de myo-elektrische prothesen is op aanvraag verkrijgbaar op het VBS-secretariaat (tel.: 02/649.21.47 – fax: 02/649.26.90 – info@vbs-gbs.org)

IMPLANTATEN
(in voege op 01.09.2014)

25 JUNI 2014 - Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (B.S. d.d. 01.07.2014; Ed. 2)

Dit omvangrijke koninklijke besluit (203 artikelen, samen 53 bladzijden + bijlagen: 12 blz. oftalmologie, 35 blz. neurochirurgie en 7 blz. ORL) is raadpleegbaar op de minisites van de beroepsverenigingen Neurochirurgie, Oftalmologie en ORL (www.vbs-gbs.org > SPECIALISMEN).

NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

ARTIKEL 12 (ANESTHESIOLOGIE)

(B.S. 24.06.2014 – in voege 01.07.2010)

INTERPRETATIEREGEL 26

VRAAG

Kan bij de verstrekking 423500 toezicht op en de uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw, in het weekend of op een feestdag de epidurale anesthesie aangerekend worden?

ANTWOORD

In afwachting van een aanpassing van de nomenclatuur kan de verstrekking 202193-202204 ook aangerekend worden als een epidurale anesthesie gedurende de verstrekking 423500 wordt uitgevoerd.

De hiervoren vermelde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2010.

ARTIKEL 14 J) (UROLOGIE)

(B.S. 04.08.2014 – in voege 01.07.2014)

Interpretatieregel 10 wordt opgeheven.

Deze opheffing heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014.

ARTIKEL 25 (TOEZICHT OP DE IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN RECHTHEBBENDEN)

(B.S. 24.06.2014 – in voege 01.11.2011)

INTERPRETATIEREGEL 22

VRAAG

Voor de verstrekkingen 597586 en 597601, honorarium voor het pluridisciplinaire overleg in een A-dienst, bepaalt de eerste toepassingsregel : "de verstrekkingen mogen eenmaal per vijftien dagen worden aangerekend gedurende de eerste maand van de opname op een A-dienst en vervolgens één maal per maand".

Hoe moeten deze tijdsintervallen geïnterpreteerd worden?

ANTWOORD

Gedurende de eerste maand mogen de verstrekkings om de twee weken aangerekend worden. Een maand is een periode van datum op datum en geen kalendermaand.

De referentieverstrekking is steeds de vorige aanrekening : het minimum interval tussen twee verstrekkings is dus :

Gedurende de eerste maand van de opname :

- eerste aanrekening : D1
- tweede aanrekening : D2 = D1 + 14 dagen

Vervolgens (vanaf de tweede maand opname) :

- derde aanrekening : D3 = D2 + 14 dagen
- vierde aanrekening : D4 = D3 + 30 (31) dagen en zo verder.

De hiervoren vermelde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 november 2011.

ARTIKEL 35, § 1 (IMPLANTATEN)

(B.S. 30.06.2014 – in voege 30.06.2014)

INTERPRETATIEREGEL 26

VRAAG

De nomenclatuur verwijst naar "stimulatie van het ruggenmerg" via de verstrekkings 683093 - 683104, 715094 - 715105, 683115 - 683126, 683130 - 683141, 715116 - 715120, 715131 - 715142.

In dit kader, is de dorsale wortel ganglion stimulatie (DRG Stimulation) een techniek die voldoet aan de voorwaarden van de nomenclatuur?

ANTWOORD

Nee, de dorsale wortel ganglion stimulatie (DRG Stimulation) is geen techniek die voldoet aan de voorwaarden van de nomenclatuur via de verstrekkings 683093 - 683104; 715094 - 715105; 683115 - 683126; 683130 - 683141; 715116 - 715120; 715131 - 715142

De interpretatieregel 26 heeft uitwerking vanaf de dag van publicatie.

AANKONDIGINGEN

- 14095 **BRUSSEL** - Het UVC Brugmann werft aan: een adjunct-kliniekhooft voor de dienst **HUDZIEKTEN** (11/11). Voor meer inlichtingen: www.chu-brugmann.be.
Geïnteresseerden die aan de toelatingsvoorwaarden voldoen, kunnen hun kandidatuur (motivatiebrief en cv) sturen naar [gestionmedecins\(at\)chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins(at)chu-brugmann.be) ter attentie van Dr. Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel) met vermelding van de referentie (A 24/14).
- 14094 **BRUSSEL** - Het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZF) werft aan: een diensthoofd voor de dienst **PEDIATRIE** (11/11), een adjunct-kliniekhooft voor de dienst **DIABETOLOGIE** (11/11) en een geneesheer-resident voor de dienst **ORTHOPEDISCHE KINDERHEELKUNDE** (11/11). Voor meer inlichtingen: www.ukz kf.be
Artsen die aan de vereiste voorwaarden voldoen en die hun kandidatuur wensen te stellen, moeten Prof. G. CASIMIR, Medisch Directeur-generaal van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, J.-J. Crocq laan 15 - 1020 Brussel (e-mail : [georges.casimir\(at\)huderf.be](mailto:georges.casimir(at)huderf.be)) hiervan op de hoogte brengen vóór de sluitingsdatum van de oproep tot de kandidaten (Diabetoloog: 31/08/2014, Pediater en Orthopedist: 30/09/2014).
- 14093 **STROMBEEK-BEVER** - Medisch Centrum ten noorden van Brussel zoekt wegens pensionering een **NEUROLOOG**. Tel. 02/267.97.78. E-mail : [csmutsaert\(at\)skynet.be](mailto:csmutsaert(at)skynet.be) Contact : Dr. VAN DEN HOVE Benoît of Mevr. Lopez Florence.
- 14092 **KORTRIJK** - AZ Groeninge zoekt een geneesheer-specialist in de **ALGEMENE/ABDOMINALE HEELKUNDE** (voltijds). De betrekking is onmiddellijk vacant.
Schriftelijke sollicitatie, samen met een volledig curriculum vitae, dient voor 15 oktober 2014 gericht te worden aan dhr. Ph. De Coene, voorzitter raad van beheer, dhr. J. Deleu, algemeen directeur en dr. S. Vanderschueren, medisch directeur, AZ Groeninge, Campus Kennedylaan, President Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk
Voor meer informatie: dr. D. Devriendt, medisch diensthoofd abdominale chirurgie, AZ Groeninge, Campus Kennedylaan, President Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk
- 14087 **BRUSSEL (1060)** - Polikliniek Verhaegen (Sint-Gillis) zoekt geneesheren-specialisten:
1) Kinderarts : geen wacht, geen bezoek, minimum 2 à 3/11
2) Radioloog : uitgerust radio kabinet, echo-doppler, mammo. ½ dag/week of meer

- 3) Dermatoloog : 2 ½ dagen/week
 4) Oftalmoloog : uitgerust kabinet. ½ dag/week of meer
 5) Gastro-enteroloog (+ endoscopieën) : ½ dag/week of meer
 6) Chirurg Orthopedie : ½ dag/week of meer
 7) Neuroloog (EEG/PE) : ½ dag/week of meer
 8) Reumatoloog (EMG) : ½ dag/week of meer
 9) Pneumoloog - ervaring in slaapstoornissen – (kabinet uit te rusten voor functionele testen + ergospirometrie). Minimum 2/11.
 Contact : 0495/51 18 17
- 14085 **ZUID-WEST-VLAANDEREN** - Gezocht: permanente vervanging of laagdrempelige overname van niet voltijdse **PRIVAATRADIOLOGIE** in Zuid-West-Vlaanderen, erkend mammografisch screeningscentrum.0475/45.31.42. [go.geo\(at\)skynet.be](mailto:go.geo(at)skynet.be)
- 14084 **OTTIGNIES** - Clinique St-Pierre zoekt een arts-specialist in **UROLOGIE** (v/m) – Voltijds contract – Informatie : Dr J.P. HAXHE, Diensthoofd voor de Viscerale, Abdominale en Generale, thoracale en vasculaire, Urologie Chirurgie ([jp.haxhe\(at\)clinique-saint-pierre.be](mailto:jp.haxhe(at)clinique-saint-pierre.be)). CV en motivatiebrief : Dr Ph. PIERRE, Gen. Coördinator en Med. Directeur en/of Dr J.P. HAXHE, Diensthoofd voor de Viscerale Chirurgie, Clinique St-Pierre, av. Reine Fabiola 9 – 1340 Ottignies.
- 14082 **OVER TE NEMEN** - EMG en EP (4 modi) **APPARATUUR** : 1) EMG- en EP-toestel van "Nihon Kohden Neuropack Sigma" 4 kanaals, met software voor volledige analyse van EMG- en EP-tracés. 2) Analooq-digitaal converter van de firma CED (Cambridge Electronic Design), bestemd voor analyse en bewerking van EMG-signalen, naast andere fysische grootheden zoals drukken, bewegingen, versnellingen, vertragingen, enz. Contact : 0485/947815 of 059/505354
- 14081 **KNOKKE-HEIST** - AZ Zeno zoekt (M/V) een **GERIATER**, een **PSYCHIATER**, een **STOMATOLOOG**, **MOND**, **KAAK**- en **AANGEZICHTSCHIRURGIE**, een **NEUROLOOG**, een **GYNAECOLOOG**. Meer algemene informatie : www.azzeno.be/vacatures. Voor inlichtingen: prof. Dr. P. Duyck, medisch directeur, T. 050/63.35.02, of bij Corrie Van Pelt, juriste, T 050/63.35.17 (di-do-vrij). CV met motivatiebrief : AZ Zeno, t.a.v. Corrie Van Pelt, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist of via e-mail naar [hr-artsen\(at\)azzeno.be](mailto:hr-artsen(at)azzeno.be)
- 14079 **LEUVEN** - UZ Leuven zoekt een **MEDISCH DIENSTHOOFD PATHOLOGISCHE ONTLEEDKUNDE**. U behaalde een in België/Europese Unie erkend diploma als arts en specialist in de pathologische ontleedkunde. Ervaring in wetenschappelijk onderzoek en management is een pluspunt. Interesse? Stuur uw sollicitatiebrief met curriculum vitae vóór 15/08/2014 naar UZ Leuven, Algemene Directie, t.a.v. de hoofdgeneesheer prof.dr.J. Van Eldere, Herestraat 49, 3000 Leuven, België of via e-mail naar [johan.vaneldere\(at\)uzleuven.be](mailto:johan.vaneldere(at)uzleuven.be)
- 14078 **LEUVEN** - UZ Leuven zoekt een **MEDISCH DIENSTHOOFD LABORATORIUMGENEESKUNDE**. U behaalde een in België/Europese Unie erkend diploma als arts en specialist in de klinische biologie. Ervaring in wetenschappelijk onderzoek en management is een pluspunt. Interesse ? Stuur uw sollicitatiebrief met curriculum vitae vóór 15/08/2014 naar UZ Leuven, Algemene Directie, t.a.v. de hoofdgeneesheer prof.dr.J. Van Eldere, Herestraat 49, 3000 Leuven, België of via e-mail naar [johan.vaneldere\(at\)uzleuven.be](mailto:johan.vaneldere(at)uzleuven.be)

Inhoudstafel

• VBS viert 60-jarig bestaan met symposium op 11.10.2014	1
• Standpunt van het VBS over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering	2
• Persbericht: kinderartsen ongerust over impact zorgprogramma's.....	4
• 29 KB's en MB's i.v.m. gezondheidszorg in Belgisch Staatsblad 08.08.2014	5
• Nomenclatuur, implantaten, interpretatieregels	8-9
• Aankondigingen	10