

---

# De Arts-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Artsen-Specialisten

Verantwoordelijk uitgever : Dr. J.-L. Demeere  
Redactiesecretariaat : F. Vandamme  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 2406-6338 - MAANDBLAD

**Nr. 3/SEPTEMBER 2022**

Afgiftekantoor: BRUSSEL X – Erk.nr. P918436

---

## TWEE VRAGEN BIJ DE NOMENCLATUURHERVORMING

Minister Frank Vandenbroucke heeft zijn planning voor de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering bekendgemaakt. Fase 1, met de omschrijving van de technische en medische verstrekkingen, staat op het punt afgerond te worden. Met de deskundigen van het VBS zullen per specialisme de duur, de complexiteit en het risico van elke act worden vastgesteld. Voor de raadplegingen vragen wij transparantie over de werkzaamheden, de conclusies en de kosten van het werk van het team Trybou-Annemans. Wij hebben vernomen dat het RIZIV het werk overneemt. Bij biologie en radiodiagnose heeft men het over forfaits per ziekenhuisopname en per pathologie, maar hoe zit het met de ambulante praktijk?

Nu gaat fase 2 dus van start. Daarbij moet het honorarium voor elke verstrekking van de nomenclatuur in een medisch honorarium en werkingskosten worden opgesplitst, en vervolgens elk onderdeel in een geldwaarde worden omgezet. Deze werkingskosten worden berekend in een ziekenhuisomgeving met directe kosten, op het vlak van personeel en uitrusting, indirecte kosten en investeringskosten. Dit alles moet in 2024-2025 zijn beslag krijgen.

De eerste vraag die wij ons daarbij stellen, betreft de ambulante of extramurale geneeskunde. Is de extramurale geneeskunde ten dode opgeschreven door gebrek aan financiering? Kosten intramurale en ambulante cataracten evenveel? Zijn ze buiten het ziekenhuis goedkoper, of omgekeerd? Wat is de toekomst van de privépraktijk?

Onze tweede vraag gaat over het voornemen om de financiering van de algemene en specialistische geneeskunde gedeeltelijk te forfaitariseren. Momenteel wordt 11% van de ziekenhuisacts forfaitair gefinancierd via de APR-DRG1. De minister wil hier nog verder in gaan (sommigen spreken van 80%) en ook de pre- en postziekenhuiszorg, zorgtrajecten en passende zorg op forfaitaire basis regelen. Is de hervorming van de nomenclatuur eigenlijk een hervorming van de vergoedingen per prestatie van de artsen en de zwanenzang van de vrij gevestigde geneeskunde?

De hervorming zal niet voltooid zijn voor eind 2024, het jaar van de volgende parlementsverkiezingen en het aantreden van een regering in lopende zaken (?). De hervorming zal misschien niet in haar geheel worden voltooid, maar ze is onvermijdelijk. Wij willen eraan deelnemen en de waarden van de vrijheid van geneeskundige praktijk verdedigen. **De manier waarop wij de geneeskunde uitoefenen, mag ons niet worden opgedrongen door de financiering ervan. Voor het VBS is en blijft de prioriteit de patiënt en zijn welzijn, en niet het gezondheidsbudget.**

Jean-Luc Demeere - Voorzitter

---

<sup>1</sup> All Patient Refined Diagnosis Related Groups

## HOORZITTING PARLEMENT: VISIE VBS OP ZIEKENHUISHERVORMING

### Het VBS-GBS

Het VBS-GBS staat voor: het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten. Het VBS verenigt 32 specialistische disciplines die samen de uiteenlopende problematiek van vakkennis en uitoefening van hun beroep in al zijn aspecten opvolgen en adviseren. Dit gebeurt bovendien bij de meeste specialismen in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen. Ongeveer 9.900 artsen-specialisten zijn aangesloten. Hierdoor is het VBS zonder twijfel de meest representatieve organisatie in ons land wat specialistische geneeskunde betreft. De vertegenwoordiging in de raad van bestuur van beide taalgemeenschappen is ook gerespecteerd. Door historische afspraken en wetteksten worden wij, ook voor overleg op strikt niveau van ziekenhuisgeneeskunde, niet als “representatief” (het VBS telt geen huisartsen onder zijn leden) bij het overleg aanvaard.

Door de aanwezige expertise op het terrein worden wij wel, zowel in groep als per beroepsvereniging, permanent voor overleg uitgenodigd. In de meeste federale raden nemen we actief deel, zoals de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen en de vele RIZIV-werkgroepen. Er is bovendien regelmatig overleg wanneer gewenst met de ziekenhuiscoepels en de verzekeringsinstellingen. Ook met huisartsenverenigingen en verenigingen van artsen in opleiding is er overleg. Wat opleiding betreft, zijn wij sterk betrokken bij de erkenningscommissies en is het VBS lid van de UEMS (Europese vereniging van artsen-specialisten).

### Hervorming ziekenhuisorganisatie

Dit document maakt een analyse op basis van de nota van minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke, van 28 januari 2022.

We zullen achtereenvolgens enerzijds constructieve voorstellen proberen aan te brengen, maar anderzijds onze bezorgdheden meegeven.

De titel van de nota spreekt voor zich, door in de eerste plaats “hervorming van de ziekenhuisorganisatie” te vermelden, uiteraard volgt daaruit de financiering.

### De ziekenhuisnetwerken

De organisatie van de ziekenhuisnetwerken is het eerste onderwerp dat wordt aangeraakt en is in feite een erfenis uit de vorige legislatuur (wet van 28 februari 2019 ... klinische netwerking tussen ziekenhuizen)<sup>2</sup>.

Bij een brede bevraging begin 2021 gaf de meerderheid van de artsen-specialisten aan niet betrokken te zijn geweest bij de vaak vrij snelle vorming van de netwerken. De doelstellingen die aan de basis lagen van de wet zijn ook nooit eenduidig geweest.

Was het doel besparen op het budget van de specialistische zorg, met dus een financiële invalshoek als leidmotief, of was het opzet te streven naar een sterkere zorg en verbeterd welzijnsgevoel bij de bevolking?

De oorspronkelijke idee was om ervoor te zorgen dat er geen klinische diensten in twee ziekenhuizen onder dezelfde kerktoren worden aangeboden, maar worden samengevoegd. Zeer snel is echter vanuit ziekenhuisdirecties en raden van bestuur een opbod ontstaan met instellingsgebonden en geografische belangen waar lang niet alle artsen gelukkig mee zijn.

---

<sup>2</sup> Wet van 28.02.2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft (B.S. 28.03.2019)

De verplichting voor de universitaire ziekenhuizen om zich in een netwerk te integreren ondermijnt hun geloofwaardigheid als referentiecentra en leidt tot disruptie in alle steden met een universitair centrum in hun nabijheid. Bovendien rijst op termijn bij fusies met kleinere ziekenhuizen binnen hun netwerk mogelijk een financieringsprobleem.

Een netwerk gebaseerd op het optimaliseren van kennis, promoten en delen van expertise door samenwerking kan, indien goed opgevat, een betere gezondheidszorg dichterbij de patiënt brengen. Concentratie van kennis en expertise betekent echter niet noodzakelijk verplaatsing en concentratie van diensten. Hierbij willen wij als deskundigen van het terrein waarschuwen voor een te verregaande ambitie op het gebied van concentratie. Honderden studies uitgevoerd om diverse redenen hebben in mindere of meerdere mate aangetoond dat concentratie en een groot aanbod van 'volumes' de resultaten in beperkte mate verbeteren, hierover bestaat geen discussie. Maar weinig of geen studies hebben het effect op de resultaten afgewogen op de 'onthoofde' diensten waar een groot deel van de dagelijkse expertise is weggezogen. Een recent rapport van de Association Française de Chirurgie leerde dat minder dan 40% van de ondervraagde hooggespecialiseerde chirurgen zich nog in staat ziet om tijdens een ramp een zwaar thoraxtrauma of een levensbedreigende leverbloeding te stabiliseren. Er werd door de beroepsvereniging urgentiegeneeskunde al voor gewaarschuwd dat een traumacentrum bij een rampscenario mogelijk verplicht zal zijn uit te wijken naar kleinere centra!

**Conclusie:** concentratie op basis van een studie naar de impact op de expertise van de artsen en op de globale zorgresultaten kan aangewezen zijn. Overregulering is een gevaar, zeker wanneer deze geïnspireerd is door uitspraken van self-declared experts.

Bovendien is de relatie tussen aantal gevallen en outcome géén lineaire curve, want de kwaliteitswinst kent een optimum, waarna de curve weer daalt bij te grote volumes.

*Kwaliteitswinst kent een optimum, waarna de curve weer daalt bij te grote volumes*

#### Supra- en locoregionale zorgtrajecten

Recent werd gelukkig de aandacht gevestigd op duidelijker zorgtrajecten met een helder onderscheid tussen locoregionale en supraregionale zorgtrajecten. Op zijn minst worden hier verduidelijkingen aangebracht die focussen op de burger/patiënt, met aandacht voor nabijheid en toegankelijkheid, en niet louter voor belangengroepen binnen de zorg.

Een breed aanbod van specialistische zorg is noodzakelijk in een moderne gezondheidszorgvoorziening. **Dit betekent niet dat deze zorg moet vervreemden van de even noodzakelijke basiszorg.**

Tijdens het overleg in 2021 werden in het kader van de gezondheidsdoelstellingen 2022-2024 en de reflectie over doelmatige zorg nogmaals de principes van de quintuple aim doelstellingen onderschreven.

#### De hervorming van de ziekenhuiswerking

Gezondheidszorg is niet geografisch beperkt of gebonden, maar eerder een functioneel traject. De juiste zorg, op het juiste ogenblik, op de juiste plaats. Het zorgtraject, ongeacht of het eerder diagnostisch of therapeutisch is, begint in de thuissituatie van de burger en eindigt op dezelfde plaats. De voorgestelde hervorming moet die rol faciliteren. Zeer belangrijk bij chronische ziekten, maar ook in acute situaties, is dat een behandeling ondersteund wordt door de competentie van de specialist, wat niet belet dat deze zorg perfect met de nodige bekwaamheid en omkadering bij de patiënt thuis of op andere extramurale plaatsen kan plaatsvinden.

Men verwacht met de nota van 28 januari 2022 initiatieven die een adequate transmurale opvolging moeten ondersteunen. Op vele gebieden van de chronische zorg is het mogelijk om, mits aangepaste financiering, de overgang van het beschermende milieu van de zorginstelling naar de thuissituatie te begeleiden (en zo nodig te financieren). Nieuwe communicatiemiddelen en digitale technologie zullen hierbij een belangrijke rol spelen.

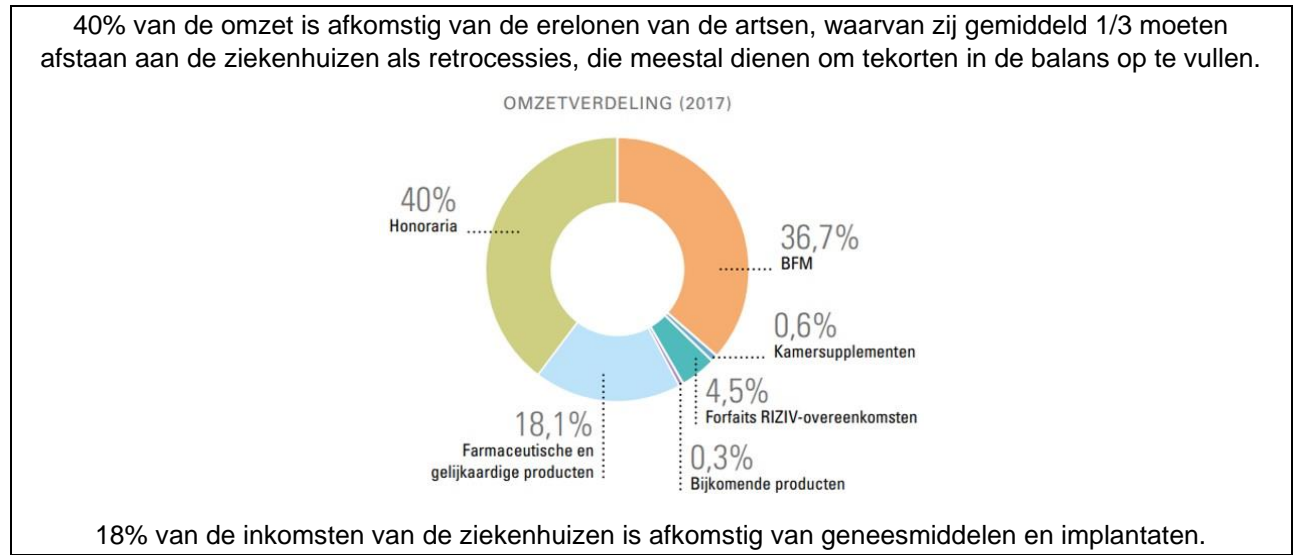
#### Hervorming van de ziekenhuisfinanciering

Niets is indrukwekkender dan een taartdiagram, ongetwijfeld omdat het waarschijnlijk onze eetlust prikkelt. Uit de opsplitsing van de financieringsbronnen van de ziekenhuizen blijkt dat sinds 1987 (ziekenhuiswet) en 2002 (BFM) het werkingsbudget van de ziekenhuizen voor iets minder dan 40% afkomstig is uit dit fameuze budget der financiële middelen (BFM).

***Naast een prospectieve DRG-gerelateerde financiering moet een volledige stopzetting van het systeem van opdrachten op erelonen plaatsvinden***

De sector van de algemene ziekenhuizen was in 2017 goed voor een totale omzet van 18,2 miljard euro.

De belangrijkste financieringsbronnen voor ziekenhuizen zijn het Budget Financiële Middelen (BFM), de honoraria van artsen, tandartsen en bepaalde categorieën van verzorgend en paramedisch personeel, de forfaits van het RIZIV, farmaceutische en soortgelijke producten, kamersupplementen en de patiëntbijdrage.



Van de drie bovenstaande wordt enkel het BFM jaarlijks vastgelegd, maar elk ziekenhuis heeft er baat bij zijn 'case mix', op basis waarvan dit budget per instelling retroactief wordt bepaald, zo goed mogelijk te stofferen. Deze retrospectieve betoelaging verplicht als het ware de instellingen om consumptie te stimuleren.

De afhoudingen op de ereloonmassa zijn in de afgelopen decennia de voornaamste bron geweest om de tekorten in de balans aan te zuiveren. Opnieuw stimuleert dit de consumptie, waar ziekenhuisdirecties verplicht in meegaan. Zeker bij de diagnostische en medisch-technische prestaties bestaat het gevaar dat de prestatiedruk toeneemt.

Elk jaar neemt het belang van de inbreng uit farma en implantaten in het budget toe. Dit is, na de afdracht op de erelonen, de tweede belangrijkste bron om tekorten aan te zuiveren. Op zich is er niets mis met een inbreng uit een lucratieve, veelal geglobaliseerde industrie, maar ook hier dreigt op termijn een belangrijke belangenvermenging, omdat deze inbreng rechtstreeks verband houdt met de consumptie.

Het initiatief om over te schakelen op een prospectieve DRG-gerelateerde financiering met een all-in met uitzondering van de erelonen van de artsen wordt door het VBS realiseerbaar geacht, mits bij de uitwerking rekening wordt gehouden met enkele praktische opmerkingen.

De financiering van de werkmiddelen op basis van diagnostische groepen is inderdaad de meest adequate financieringsvorm en reeds veel documentatie en berekeningen zijn beschikbaar. Toch zal het raadzaam zijn de reële kosten op het terrein te toetsen (het VBS wil hier verder aan meewerken). Het risico op 'cherry picking' bestaat zeker indien potentiële fouten in de berekening sommige aandoeningen zouden benadelen of andere bevoordelen.

In aangrenzende landen bestaat deze vorm van financiering al een hele tijd. Het is aan te bevelen niet alleen de voordelen, maar ook de ondervonden nadelen ervan te bestuderen en aan te pakken.

Bij elke formule die wordt ontwikkeld moet er ruimte blijven voor de therapeutische vrijheid van de arts en keuzemogelijkheden voor de goed voorgelichte patiënt, dit uiteraard binnen de grenzen van EBM en doelmatige zorg.

Naast de verandering via een op prospectieve resultaten gerichte, transparante en dynamische financiering van de exploitatiekosten moet een **volledige stopzetting** van het systeem van afdrachten op erelonen plaatsvinden, met behoud van de honorariummassa na afdracht op het huidige niveau.

Daarom moet parallel worden gewerkt aan het principe van de **zuivere erelonen**, ongeacht het specialisme.

Wat het afsplitsen van de kosten verbonden aan een prestatie of een behandeling van het professioneel deel betreft, bestaat er bij de artsen-specialisten van vandaag een breed draagvlak, ook hier op voorwaarde dat met een aantal fundamentele reserves of opmerkingen rekening wordt gehouden.

Vooreerst moet het een 'alles of niets' zijn, waarbij elk ereloon echt 'netto' kan worden genoemd. Zo moet men bij de consultatie dus ook naar de kosten van hardware en informatica worden gekeken. Ook de chirurgische specialismen hebben vandaag zware personeelskosten die hen ten laste worden gelegd. Het risico bestaat dat, met het oog op quick wins en een snelle vooruitgang, men zich beperkt tot de medisch-technische diensten. Die zijn uit budgettair oogpunt weliswaar interessant, maar met het oog op een betere toegankelijkheid, betere zorg en een beter levenscomfort bij de artsen en zorgverstrekkers is dit **verre van toereikend**.

Afgezien van het risico op een onjuiste inschatting van de reële kost die hoort bij de medische prestatie, is het de vraag of men die kosten steeds moet toewijzen aan de zorginstelling, dan wel een bedrag moet voorzien waarmee de arts de werkelijke kost recupereert (deel toewijzen aan de zorgverlener). Veel specialistische verrichtingen gebeuren immers lang niet altijd binnen de muren van een ziekenhuis. Er wordt evengoed veel kwaliteitsvolle en hoogwaardige medisch-specialistische zorg verstrekt in de ambulante sector, vaak met een even vlotte toegankelijkheid. Ook algemene ziekenhuizen en zelfs universitaire centra hebben externe locaties geopend om de toegankelijkheid te verhogen. De term 'villageneeskunde' wordt al te gemakkelijk gebruikt om de hele extramurale sector in een verkeerd daglicht te stellen.

### Co-governance

De bezorgdheid van een groot deel van de artsen-specialisten die deze voorstellen zeker steunen, is of zij bij deze omschakeling voldoende zullen **betrokken** zijn. Zij kennen door de jaren heen perfect de noden, en weten welke toestellen en manpower nodig zijn om de beste zorg te leveren.

Zodra de plannen zijn afgewerkt en een sluitende methodiek is gevonden volgt immers het moeilijkste deel: hoe zetten we dit om in de praktijk?

Het is de bedoeling om naast een rationeler gebruik van de middelen ook af te stappen van de modellen van jarenlang moeilijk overleg tussen artsen en ziekenhuizen, aangezien in het nieuwe model elk zijn eigen specifieke financiële middelen toegewezen krijgt. Als we echter opnieuw naar de belangrijkste stakeholder kijken, moet dit nieuwe model leiden tot verbeterde en veiligere zorg voor **de patiënt**. In dit model moeten de artsen, die de eindverantwoordelijkheid dragen voor de goede uitkomst van goede zorg, permanent en actief betrokken worden.

Het zogenaamde nieuwe co-governancemodel vraagt meer dan enkel het in nieuwe wetten gieten van enkele principes. Het vergt een fundamentele wijziging in de organisatie en het participatiemodel van artsen in de zorginstellingen. Participatie moet niet worden afgekocht met afdrachten op erelonen, maar met het geloof in partnership, wederzijds respect en wederzijds vertrouwen, waarbij zorgverstrekkers en directies verantwoordelijk voor dit belangrijke werktuig, harmonieus samenwerken in een streven naar betere zorg.

Medische raden dienen om de belangen van de artsen globaal en individueel te bewaken. Samen met de raad van bestuur vormt de medische raad het duale overlegmodel. Het zou goed zijn als artsen-specialisten worden opgenomen in de raad van bestuur. Indien men de shift in het kostenmodel wil verankeren en de artsen verder wil stimuleren om de best beschikbare zorg te verstrekken is er echter **veel meer nodig**.

De structuur en de mogelijkheden zijn aanwezig om op professionele wijze het cost management van de diensten bij te sturen. Om de aanwending van de beschikbare middelen te bepalen en te verzekeren dient elk specialisme rechtstreeks te participeren. De belangrijkste taak van de verschillende diensthoofden is de dagelijkse leiding van de dienst, maar ook het sturen van

*Het zou goed zijn als artsen-specialisten worden opgenomen in de raad van bestuur*

investeringen, manpower en materialen. Jaarlijks stellen zij de begroting van hun dienst voor. Uiteraard hebben zij daarnaast belangrijke beleidstaken, zoals de aanwerving van nieuwe collega's, evaluatie en innovatie. In sommige ziekenhuizen zijn vandaag reeds structuren aanwezig, maar meestal eerder met een adviserende bevoegdheid dan werkelijke beslissingsmacht. Bij de omschakeling moet dit, in het belang van de patiënten, zeker veranderen.

De medische dienst blijft de kern van de medische organisatie binnen het ziekenhuis. Dit is slechts mogelijk met een medisch diensthoofd wiens leiding en gezag door de basis worden gesteund, en die voldoende beslissingsbevoegdheid heeft. Daarom wordt het medisch diensthoofd best verkozen als 'primi inter pares' door zijn collega's.

#### Hervorming van de nomenclatuur

Zoals reeds aangegeven kan de hervorming en de afsplitsing van de kosten die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van het beroep niet los worden gezien van de hervorming van de nomenclatuur.

De pure salariëring van artsen lijkt ons weinig realistisch, gelet op de meerkosten en de bijbehorende verminderde performantie. Bovendien is het beperkte aantal ziekenhuizen (zoals universitaire) waar dit momenteel het geval is, zeer vaak contractueel verplicht allerlei extralegale voordelen voor hun artsen te creëren.

De vergoeding per prestatie is waarschijnlijk in de meeste gevallen het gemakkelijkst toepasbaar, wat niet uitsluit dat men bij de herziening meer forfaitaire bedragen kan voorzien, zoals voor permanentie, toezicht, kwaliteitscontrole, preventieve geneeskunde en urgentie.

De bedoeling is er om de te grote discrepanties tussen de inkomens van de verschillende specialismen weg te werken.

Om dit te beoordelen en doordacht op te lossen is het aangewezen om de oorsprong van deze verschillen te analyseren.

Vooreerst is het zo dat vele nomenclatuurnummers die aan nieuwe technieken werden toegekend vaak te hoog zijn ingeschat in waarde, omdat ze moeilijk en tijdrovend waren. Na een korte periode waarin ervaring werd opgedaan bleken de tijdsduur en de moeilijkheidsgraad best mee te vallen en bleef de nomenclatuur met hoge waardering ongewijzigd. In dezelfde lijn werden de intellectuele medische prestaties onderwaardeerd door de afwezigheid van meetbare parameters.

Vooraf bij de prestaties van medisch-technische diensten leidt de integratie van de werkingsmiddelen in de nomenclatuur tot grote schommelingen. Wanneer bij een bepaalde prestatie de vergoeding voor de werkingskosten op 70% van het ereloon kan worden geraamd, is bij meer of minder opdrachten aan het ziekenhuis, of beter of slechter beheer van de uitgaven het resterende bedrag, en dus het netto-inkomen, onderhevig aan zeer grote schommelingen.

Tot slot is er een groot verschil tussen de disciplines in termen van werklast en -volume, met de mogelijkheid om in associaties de inspanningen beter te verdelen en het levenscomfort (life-work balance) te verbeteren, wat meestal een goede zaak is. In sommige specialistische disciplines wordt soms meer dan normaal geïnvesteerd in onderzoek of het verwerven van bijkomende vaardigheden, niet alleen tijdens de opleiding maar gedurende de gehele carrière. Ook dat verdient een bijkomende verloning!

***Disciplines die meer dan normaal investeren in onderzoek of het verwerven van bijkomende vaardigheden verdienen een extra verloning***

- De uiteenlopende waarden van de nomenclatuur zullen met de herziening van de nomenclatuur worden verbeterd.
- De inkomensverschillen als gevolg van nomenclatuur waar de volledige werkingskosten op onredelijke wijze in zijn opgenomen, zullen verminderen of verdwijnen
- Wat niet kan of mag verdwijnen, is het verschil als gevolg van grotere investeringen in expertise en innovatie, het al dan niet waarnemen van zware permanenties en het aantoonbare verschil in arbeidsduur.

Een verschil dient te blijven bestaan binnen redelijke normen.

#### Beheersen van de ereloonsupplementen

Indien, zoals in het voorstel van de minister, wordt uitgegaan van het algemene principe dat enkel supplementen kunnen geheven worden op zuivere erelonen zonder opdrachten aan de ziekenhuizen, zal men verbaasd zijn over het resultaat, dat een aanzienlijke vermindering van de eigen bijdrage van de patiënt zal opleveren. Een ander voordeel is de transparantie ten opzichte van de patiënt.

#### Besluit

Mits er een constructief overleg kan plaatsvinden, los van populistische uitspraken, zonder onderhandse deals met de ziekenhuizen en met een wetgeving die de nieuwe verhoudingen vastlegt, kan het voorgestelde model minstens de komende 20 jaar meegaan, ditmaal met kwaliteitsbewaking, permanente herevaluatie en aanpassingen waar nodig.

Dr. Donald Claeys  
Secretaris-generaal  
VBS-GBS

**De ZORGKWALITEIT nog beter beschermd (?)**  
**27.09.2022**

20.00-20.10	Inleiding	Dr. Jean-Luc Demeere VBS
20.10-20.50	Impact van de Kwaliteitswet op uw praktijk: patiëntendossier, delen patiëntendata, toezichtcommissie, voorschrift enz.	Mr. Ann Dierickx Advocate Dewallens & Partners
20.50-21.00	Vragen en discussie	Dr. Jean-Luc Demeere VBS

Leden: 25 EUR  
Niet-leden: 45 EUR  
Online betaling via creditcard

Via applicatie GoToWebinar

[\*\*ONLINE INSCHRIJVEN VIA DEZE LINK\*\*](#) of



**TEACH THE TEACHER – 11.10.2022**

20.00-20.10	Inleiding	Dr. Jean-Luc Demeere VBS
20.10-20.40	Que peut apporter la simulation médicale dans l'évaluation des compétences ?	Dr. Fernande Lois Anesthésie-réanimation CHU Liège
20.40-20.50	Vragen	
20.50-21.20	Evaluatie van de truncus communis en selectie voor hogere opleiding	Prof. Dr. Willy Peetermans Inwendige geneeskunde UZ Leuven
21.20-21.30	Vragen	
21.30-22.00	The role of CESMA in the UEMS quality assurance procedures	Dr. Maeve Durkan Council for European Specialists Medical Assessment (CESMA)
22.00-22.10	Vragen	

Leden: 25 EUR  
Niet-leden: 45 EUR  
Online betaling via creditcard

Gericht op stagemeesters. Via applicatie GoToWebinar

[\*\*ONLINE INSCHRIJVEN VIA DEZE LINK\*\*](#) of



**RADIOPROTECTIE – 25.10.2022**

20.00-20.15	Inleiding	Dr. Sc. Katrien Van Slambrouck FANC Moderator
20.15-20.45	Dose optimization projects: an example from practice	Dr. Geert Souverijns Radiologist – Jessa Hasselt
20.45-20.55	Vragen	
20.55-21.35	Artificial Intelligence: Untapped Potential in Radiation Dose Reduction?	Glenn To beMedTech
21.35-21.45	Vragen	
21.45-22.15	Radiation protection of the eye lens and the skin during fluoroscopically-guided procedures	Ir. Jérémie Dabin SCK CEN (Belgian Nuclear Research Centre)
22.15-22.30	Vragen	Dr. Sc. Katrien Van Slambrouck FANC Moderator

Leden: 25 EUR  
Niet-leden: 45 EUR  
Online betaling via creditcard

Via applicatie GoToWebinar

[\*\*ONLINE INSCHRIJVEN VIA DEZE LINK\*\*](#) of





*Het VBS communiceert via het vakblad De Specialist geregeld over nieuwe evoluties per specialisme met een positieve insteek. In dit nummer van De Arts-Specialist presenteren we u de bijdrage van de Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in Functionele en Professionele Revalidatie van Gehandicapten<sup>3</sup>.*

### REVALIDATIE: een blik naar de toekomst!

Anno 2022 zijn er heel wat trends binnen onze samenleving die de revalidatiesector in belangrijke mate beïnvloeden. Zo is er onder meer de continue vooruitgang in de acute geneeskunde, maar ook veranderingen in de demografie, politiek, economie, sociaal-maatschappelijke factoren en technologie zullen ervoor zorgen dat de revalidatie in de toekomst er ongetwijfeld anders zal uitzien dan nu.

De revalidatiesector in België heeft een sterke reputatie op het vlak van kwaliteit, opleiding en wetenschappelijk onderzoek. De ICF-structuur<sup>4</sup> vormt de rode draad doorheen het revalidatietraject waarbij elke revalidant centraal staat, met aandacht voor zijn/haar sociale omgeving.

Samen met het revalidatieteam worden mogelijkheden en talenten versterkt, zodat elk kind of volwassene met een functiebeperking zo zelfredzaam mogelijk wordt, een optimale quality of life heeft en actief kan participeren in onze maatschappij. Niet alleen voor de revalidant zijn deze doelstellingen belangrijk, ook voor onze samenleving is een betere outcome na revalidatie sociaal-economisch gunstig met een sterk positieve “return of investment”.

De WHO lanceerde in 2017 het project “Rehabilitation 2030: A call for action” om de aandacht te vestigen op de wereldwijde stijging van de noodzaak aan revalidatie. Het aantal kinderen en volwassenen dat overleeft na een ongeval, kanker of ziekte stijgt elk jaar dankzij betere geneeskunde.

Ook het aantal kinderen dat de neonatale intensive care overleeft met chronische beperkingen en het aantal kinderen dat gediagnosticeerd wordt met een aangeboren beperking of ontwikkelingsstoornis neemt drastisch toe.

Bovendien verwachten we een verdere toename van de levensverwachting met chronische multimorbiditeit en door de internationale migratie meer culturele diversiteit.

Deze tendensen in onze demografie leiden tot een stijgende vraag naar revalidatie en zullen de complexiteit ervan sterk verhogen, wat ongetwijfeld meer druk zal zetten op de toegankelijkheid en de financiering van de revalidatie.

### POLITIEK

Ook de politiek heeft een belangrijke invloed op de organisatie van de revalidatie. Zo is er de 6e staatshervorming met een bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten van de revalidatieziekenhuizen en -overeenkomsten, wat tegelijkertijd heeft geleid tot een complexe opsplitsing van de revalidatiesector (federaal/deelstaten). Een vernieuwd revalidatielandschap met echelonnering en netwerking blijft onze doelstelling voor de toekomst, maar wordt hierdoor een stevige uitdaging.

Revalidanten krijgen steeds meer inzicht in de eigen medische gegevens en worden gestimuleerd om de regie van hun revalidatietraject zelf in handen te nemen. Zo werd de PersoonsVolgende Financiering (PVF) geïntroduceerd in de chronische revalidatie, wat flexibilisering van het aanbod vereist en hogere verwachtingen over de kwaliteit van de revalidatie impliceert.

Een kanttekening is dat deze PVF leidt tot wachttijden en een moeilijker doorstroming van onze zwaarst zorgbehoevende revalidanten naar de gespecialiseerde voorzieningen in de deelstaten.

<sup>3</sup> Verschenen in De Specialist nr. 192 van 29.06.2022

<sup>4</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, classificatie van de WHO

Wachlijsten zien we eveneens in de Centra voor Ambulante revalidatie (CAR). De nobele doelstelling van sociale inclusie met het M-decreet in het onderwijs heeft geleid tot een verschuiving van kinderen uit het buitengewoon onderwijs naar de CAR's. Hierdoor kunnen kinderen met specifieke revalidatienoden niet onmiddellijk worden geholpen en gaat er kostbare tijd in hun ontwikkeling verloren.

## FINANCIEEL-ECONOMISCH

Met de stijgende nood aan revalidatie staan we in de volgende jaren voor een financieel-economische uitdaging. Investeren in een uitbreiding van Sp-bedden, in extramurale revalidatie en netwerking, is essentieel om de financiering van een revalidatiecontinuüm, van hoog- tot laag-complexe revalidatie, betaalbaar te houden.

Mogelijkheden binnen de acute extramurale revalidatie, zoals de oprichting van een dagziekenhuis revalidatie als onderdeel van een nieuw (gespecialiseerd) zorgprogramma revalidatie en een laagdrempelige regeling voor transport van en naar het revalidatiecentrum, dienen geëxploreerd te worden. Het is vandaag immers sociaal-economisch niet meer te verantwoorden dat de werkende bevolking maandenlang vrij moet nemen voor opvang en transport van hulpbehoevende revaliderende kinderen of volwassenen.

***Met de stijgende nood aan revalidatie staan we in de volgende jaren voor een financieel-economische uitdaging***

Een andere maatschappelijke tendens is de toenemende aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid in een gezonde positieve levensstijl om zo mogelijk de kans op ziekte te verminderen. Binnen de revalidatie zullen we daarom in de toekomst nog meer investeren in (secundaire) preventie door o.a. educatie en het voorzien van een lange-termijnopvolging in een zorgprogramma revalidatie.

Tot slot verwachten we een enorme evolutie van hoogtechnologische ontwikkelingen die de efficiëntie van de revalidatie zullen verhogen. Telerevalidatie, apps, smart devices, robotica, 3D-printing, virtual en augmented reality enz. bieden oneindig veel mogelijkheden en zullen de inhoud van onze revalidatie in de toekomst grondig veranderen.

Mocht iemand nog twijfelen, revalidatie zit duidelijk in de lift, met in de toekomst enorme uitdagingen en boeiende ontwikkelingen!

Prof. Dr. Catharine Vander Linden  
Voorzitter

## Interpretatieregels

### BELGISCH STAATSBLAD 19 JULI 2022

- **INTERPRETATIEREGEL 12 (ART. 20 – CARDIOLOGIE)**

VRAAG

*Mag een Holterregistratie aangerekend worden indien de electrocardiografische registratie (gedurende ten minste 24 uur) gebeurt met een draagbaar toestel dat een éénkanaalsregistratie verricht (bijvoorbeeld Rooti Rx ecg-holtersysteem)?*

ANTWOORD

***Neen, de nomenclatuurcodes 476210-476221, 476232-476243 en 476254-476265 zijn niet van toepassing voor éénkanaalsregistratie van het hartritme.***

*Bovenvermelde interpretatieregels heeft uitwerking met ingang van 30 mei 2022.*



## Ziekenhuismanagement voor Artsen – vanaf 28.10.2022

EHSAL Management School (EMS) organiseert in samenwerking met het VBS het opleidingsprogramma Ziekenhuismanagement voor Artsen.

De opleiding maakt artsen in korte tijd vertrouwd met strategische, juridische en financiële kennis om mee te kunnen participeren in het beleid. De opleiding omvat

7 dagsessies, gegroepeerd in 3 modules:

### Module 1: Juridische context (2 sessies)

Sessie 1 – vrijdag 28.10.2022

- 9u-12u45: Besluitvorming rondom het medisch beleid en het statuut van de ziekenhuisarts (Filip Dewallens)
- 13u45-15u45: Het medisch dossier, de privacy en het beroepsgeheim (An Vijverman)
- 16u00-17u30: Organisatie van de gezondheidszorg in België (Jelle Coenegrachts)

Sessie 2 – vrijdag 25.11.2022

- 9u-12u45: Medische aansprakelijkheid (Thierry Vansweevelt)
- 13u45-16u15: Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen (Filip Dewallens)
- 16u30-17u30: Associaties, maatschappen en andere samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuisartsen (Raf Van Goethem)

### Module 2: Algemeen beleid (2 sessies)

Sessie 3 – vrijdag 13.01.2023

- 9u-12u45: Lean management als bouwsteen voor toegevoegde waarde en kwaliteit van zorg in de gezondheidszorg (Hans Crampe)
- 13u45-15u45: Lean management als bouwsteen voor toegevoegde waarde en kwaliteit van zorg in de gezondheidszorg (Hans Crampe)
- 16u00-17u30: Kwaliteit en huidige politieke trends in de gezondheidszorg (Jean-Luc Demeere)

Sessie 4 – vrijdag 17.02.2023

- 9u-12u45: Ziekenhuisbrede strategie (Joost Baert)
- 13u45-17u30: Medische beleidsplannencyclus (Tom Van Meel)

### Module 3: Financieel beleid & rapportering (3 sessies)

Sessie 5 – vrijdag 10.03.2023

- 9u-12u45: Inleiding: definiëren van basisbegrippen inzake ziekenhuisboekhouding (Christine Van Liedekerke)
- 13u45-17u30: Analytische boekhouding (Erik De Smidt)
- De financiële relatie tussen beheerder en artsen (Erik De Smidt)

Sessie 6 – vrijdag 31.03.2023

- 9u-12u45 en 13u45-17u30: Nomenclatuur en BFM: hefbomen voor het beleid? (Constantinus Politis)

Sessie 7 – vrijdag 21.04.2023

- 9u00-11u15: Rapportering van het financieel beleid (Nathalie Demeere)
- 11u30-12u45: Analyse van de jaarrekening (Joseph-Michel Boes)
- 13u45-17u30: Investeringsprojecten (Joseph-Michel Boes)

Locatie : Odisee/KU Leuven Campus Brussel, Stormstraat 2, 1000 Brussel (op wandelafstand van het station Brussel-Centraal). Gedetailleerd programma, prijzen, docenten en nog andere info op [www.emsbrussel.be](http://www.emsbrussel.be) > Opleidingen professionals > Gezondheidsmanagement.

## Conflicten oplossen in ziekenhuizen – vrijdag 07.10.2022

Ook in ziekenhuizen heersen conflicten. Niet enkel de teamwerking tussen artsen onderling, ook de verhoudingen tussen artsen en verpleegkundigen en tussen medische- en bestuursraden zijn door hun complexiteit een voedingsbodem voor polarisaties en schijnbaar onverenigbare belangen. Dit geldt eveneens voor de ruimere context van associaties en netwerken.

In de opleiding [Conflicten oplossen in ziekenhuizen i.s.m. het VBS](#) worden op een toegankelijke manier, a.d.h.v. concrete casussen, handvaten aangeboden om moeilijke communicatie en conflicten in het ziekenhuis aan te pakken. U leert op één dag conflicten de-escaleren, een bemiddelingsgerichte houding toepassen en verbindende communicatie bevorderen. Accreditatie in Ethiek & Economie aangevraagd.

Voor info en inschrijving: [www.emsbrussel.be](http://www.emsbrussel.be) > Opleidingen professionals > Opleiding zoeken

## De vinger aan de pols met de e-specialist

Het VBS en zijn beroepsverenigingen versturen regelmatig mailings naar de aangesloten artsen-specialisten met relevante, essentiële informatie in verband met de uitoefening van hun beroep.

Ontvangt u momenteel geen informatieve mails van de beroepsvereniging? Contacteer ons dan via [info@vbs-gbs.org](mailto:info@vbs-gbs.org), zodat wij uw e-mailadres kunnen toevoegen of, indien uw e-mailadres al in ons bezit is, kunnen nakijken waarom u onze mails niet ontvangt. Alle e-specialists zijn te vinden op onze homepage: [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org)

03.08.2022 [e-specialist nr. 936: KB inzake 'standstill' ereloon-supplementen en afdrachten](#)

02.08.2022 [e-specialist nr. 935: retroactieve aanpassing toezichtshonoraria reumatologen](#)

20.07.2022 [e-specialist nr. 934: immuniteitsperiode art. 14, n\)](#)

19.07.2022 [e-specialist nr. 933: terugbetalingsregels raadplegingen op afstand vanaf 01.08.2022](#)

18.07.2022 [e-specialist nr. 932: nieuwe nomenclatuur wervelkolompathologieën](#)

## AANKONDIGINGEN – OOK RAADPLEEGBAAR OP [WWW.VBS-GBS.ORG](http://WWW.VBS-GBS.ORG)

**22094 BRUGGE** – Het AZ Sint-Lucas heeft een vacature voor een arts-specialist in de PEDIATRIE. Subspecialisatie is een voordeel maar geen noodzakelijke voorwaarde. Voldoende kennis en ervaring in de neonatologie is vereist voor de erkende dienst N\*. Onmiddellijke indiensttreding. Schriftelijke kandidatuurstelling met cv aan dhr. Frank Lippens, voorzitter Raad van Bestuur, dhr. Niko Dierickx, algemeen directeur, dr. Stefan De Moor, hoofdarts/medisch directeur, dr. Joris Arts, voorzitter Medische Raad, en dr. Annick Van Cauter, diensthoofd pediatrie, AZ Sint-Lucas, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge. Voor bijkomende info, contacteer dr. Annick Van Cauter, diensthoofd pediatrie op 050 36 52 34.

**22093 VEURNE** – Het AZ West in Veurne werft een algemeen RADIOLOOG (assistent in opleiding ook welkom). Mogelijkheid tot verdere verdieping in een of meerdere subspecialismen. Indiensttreding volgens beschikbaarheid. Beschrijving hier. Bijkomende informatie : Dr. Y. Lamoral - 058/33.30.45 - [yves.lamoral@azwest.be](mailto:yves.lamoral@azwest.be) Interesse? Stuur dan uw sollicitatiebrief met uitgebreid CV naar AZ West, t.a.v. Dhr. P. Verhaeghe, voorzitter Raad van Bestuur, Dr. H. Lebbinck, voorzitter Medische Raad, en aan Dr. O. Debels, hoofdarts, Ieperse Steenweg 100 te 8630 Veurne ([directiesecretariaat@azwest.be](mailto:directiesecretariaat@azwest.be)).

**22092 BRUSSEL** – De Iris Ziekenhuizen Zuid werven twee artsen gespecialiseerd in GASTRO-ENTEROLOGIE aan, onder contract van zelfstandige. Termijn voor het indienen van de kandidaturen: niet bepaald. Indiensttreding: te bepalen. Meer info: contacteer Dokter Inge DE BRUYNE, Diensthoofd gastro-enterologie, Dokter Huetstraat 79, 1070 Brussel of via [idebruyne@his-izz.be](mailto:idebruyne@his-izz.be). Volledige beschrijving op de website: <https://www.his-izz.be/> => [Jobs](#).

## Inhoudsopgave

• Edito: Twee vragen bij de nomenclatuurhervorming .....	1
• Hoorzitting Parlement: Visie VBS op ziekenhuishervorming.....	2
• VBS Webinars: Kwaliteitswet 27/9 – Stagemesters 11/10 – Radioprotectie 25/10 .....	8
• GoodViBeS: REVALIDATIE: een blik naar de toekomst!.....	9
• Interpretatieregel cardiologie.....	10
• Ziekenhuismanagement voor artsen vanaf 28/10 .....	11