
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

N° 6 / SEPTEMBER 2013

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

IN HET OOG VAN DE STORM: DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

De diagnose: volgens de FOD Sociale Zaken en Volksgezondheid en de OESO-studie van mei 2013 is de financiering per act van de verstrekkingen van de Belgische artsen-specialisten niet langer houdbaar door de economische crisis en de vergrijzing.

Klopt die stelling?

Het VBS heeft ook een anamnese opgesteld van de financiering van de gezondheidszorg, met name door de werking van de zorgsystemen in onze buurlanden te bestuderen en tweemaal een think thank bijeen te roepen om na te denken over de impact van de forfaitarisering of all-in-financiering van de geneeskundige verstrekkingen, de door de regering aangeprezen remedie om de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden en ze af te stemmen op de uitdaging van de vergrijzing van de bevolking en met behoud van een kwaliteitsvolle, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg.

In ons land worden de gezondheidszorguitgaven voor een groot deel bekostigd door de ziekteverzekering: ongeveer 85 %¹ van de sociale verzekering, waar de uitgaven van de ziekteverzekering deel van uitmaken, wordt betaald met de sociale bijdragen van de werknemers, het resterende bedrag is afkomstig van de accijnzen (tabak, alcohol...) en diverse subsidies.

Volgens schattingen van de onafhankelijke instelling Itinera bedroegen die uitgaven in 2011 circa 37 miljard euro². Volgens statistieken gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie spendeert België 10,72 % van zijn BNP aan de gezondheidszorg³. Volgens de schattingen van de experts van de WHO bevindt dit uitgavenniveau zich 1 % boven het Europese gemiddelde. Afgaand op deze statistieken, die in 2012 werden gepubliceerd voor het referentiejaar 2010, is het niveau van de gezondheidszorguitgaven per Belgische inwoner (na statistische correctie), dat geraamd wordt op € 3.062, vergelijkbaar met dat van Frankrijk (€ 3.068) en Duitsland (€ 3.337), maar blijft het lager dan dat van Nederland (€ 3.890). Nederland beschikt volgens Health Consumer Powerhouse, een Zweeds instituut dat elk jaar een index uitwerkt aan de hand waarvan de gepercipieerde kwaliteit van de zorgverstrekking kan worden vergeleken, over het beste gezondheidszorgsysteem van Europa. Deze index is samengesteld uit indicatoren die factoren meten als patiëntenrechten, toegang tot informatie, toegankelijkheid van zorg en preventie.

¹ Schatting op basis van de inkomstenstructuur van het RIZIV, voorgesteld in het RIZIV-jaarverslag 2012, blz. 13-14, en in het RIZIV-jaarverslag 2011 blz. 11-12

² Itinera Instituut, 18 februari 2013 De financiering van de gezondheidszorguitgaven in België, blz. 1

³ De cijfers kunnen worden geraadpleegd op de site <http://data.euro.who.int/hfad/>

Datzelfde instituut plaatst België in de algemene rangschikking op de 5de plaats, en op de 1ste plaats als het op toegankelijkheid aankomt⁴.

De meeste Belgen vinden dat hun gezondheidszorgsysteem tot de beste van de wereld behoort. Tevredenheidsenquêtes, over o.m. de toegankelijkheid van de specialistische geneeskunde, bevestigen deze indruk. De gepercipieerde kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg zijn hier nog zeer hoog in vergelijking met andere Europese landen. Dat wordt bevestigd door de meeste internationale vergelijkende onderzoeken.

De bankencrisis heeft haar sporen nagelaten in Europa. België is de dans niet ontsprongen. De overheidsschuld is sterk opgelopen, omdat het bancaire systeem moest gered worden. Om deze sterke toename van de schulden aan te pakken en de instorting van de eenheidsmunt te vermijden, zien alle eurolanden zich genoodzaakt om de tekorten te beperken door een strak bezuinigingsbeleid te voeren, wat zich o.m. vertaalt in een bevrozing van het budget voor de gezondheidszorguitgaven. Deze nulgroei, of zelfs vermindering, van de gezondheidszorguitgaven treffen we aan in de beschikbare statistieken van alle Europese landen sinds 2010⁵.

De getroffen maatregelen beginnen een negatieve weerslag te hebben op de portefeuille van de burgers en op de gezondheid van de meest kwetsbaren onder hen. Het laatste rapport van het KCE over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem in 2012⁶ toont een achteruitgang aan van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorgprestaties voor de sociaal zwakste groep. De kwaliteitsperceptie van het Belgische gezondheidssysteem mag dan nog op een hoog niveau staan, de toegankelijkheid en de financiering ervan zijn niet optimaal, noch houdbaar, vooral omdat de gezondheidszorg een inflatoire evolutie kent: de gezondheidszorguitgaven blijven toenemen, terwijl de economie in een fase van recessie of onvoldoende groei zit.

De statistieken van de OESO over de periode 2000-2010 illustreren deze inflatoire evolutie: de uitgaven in de gezondheidszorg zijn in die periode met meer dan 3 % per jaar toegenomen, terwijl het BNP jaarlijks gemiddeld slechts 1 % groter werd. Wat zijn de redenen van deze "ontsporing van de kosten van de gezondheidszorg", die we overigens in bijna alle OESO-lidstaten en bijna alle buurlanden aantreffen?

Om te beginnen, zijn er redenen van structurele aard die de toename van de gezondheidszorguitgaven verklaren. Dit zijn de belangrijkste:

- de vergrijzing en daardoor de toename van het aantal chronische ziekten
- de technologische evolutie, die nieuwe diagnostische, therapeutische en interventionele hulpmiddelen ter beschikking stelt van de bevolking en tevens nieuwe behoeften creëert
- de hoge verwachtingen van de patiënten en van de bevolking m.b.t. gezondheidszorg

Vervolgens zijn er redenen van conjuncturele aard die de geringe groei van het BNP verklaren: de economische crisis die momenteel woedt, vermindert de overheidsinkomsten. Het aantal inactieve burgers neemt toe. 42,6 % van de bevolking draagt thans niet bij aan de financiering van de gezondheidszorg in België. Er dus zijn minder actieve personen die bijdragen, en tegelijkertijd moet de staat opnieuw zijn schuldgraad sterk opschroeven om het bankensysteem overeind te houden. De economische crisis staat dus de nodige jaarlijkse stijging van het gezondheidszorgbudget in de weg.

Kunnen we meer middelen besteden aan de financiering van de gezondheidszorg in een context van economische crisis of zwakke economische groei? Louter economisch gezien is het antwoord nee.

⁴ Health Consumer Powerhouse, 15 mei 2012, Eurohealth Consumer index 2012, blz. 16

⁵ De impact van de economische crisis op de gezondheidszorg wordt belicht in de WHO-studie "Health policy responses to the financial crisis in Europe", 2012, blz. 14-15

⁶ KCE-studie 196A, 25 januari 2013, De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Verslag 2012, blz. 39

Ook al is de sector een van de grootste werkverschaffers in ons land (op basis van gegevens van de FOD Economie, de Nationale Bank en het RIZIV kan men de schatting maken dat de sector zo'n 9 % van de actieve bevolking tewerkstelt, of ongeveer evenveel als het onderwijs⁷; bovendien kan de sector, precies door de vergrijzing, jobs met lage kwalificatiecriteria creëren en zo een deel van de structurele werkloosheid opvangen), de economen zijn het er roerend over eens dat er geen extra middelen voorhanden zijn om hem te financieren: de regering kan het niet meer maken om de sociale bijdragen te verhogen of de gezondheidsuitgaven voor een deel via belastingen te financieren. Door de druk van de economische crisis kunnen sommige mensen ook geen extra geld meer in hun privéverzekeringen investeren of uit eigen zak hun ziekenhuisfactuur betalen.

Verscheidene onderzoeken hebben dezelfde teneur, zoals een onderzoek over de financiering van de gezondheidszorg verricht door de studiedienst van de Christelijke Mutualiteiten⁸. Dit onderzoek wijst op de moeilijkheid om de beschikbare middelen voor de financiering van de gezondheidszorg te verhogen. Volgens deze experts zou enkel de invoering van een verplichte aanvullende privéverzekering overwogen kunnen worden (en dan alleen maar voor een bescheiden bedrag, want het is niet meer mogelijk om nog aan het beschikbare inkomen van het gemiddelde gezin te zitten). Uit het onderzoek blijkt immers ook dat steeds meer patiënten medische verzorging uitstellen om louter financiële redenen. Dit hoeft geen verbazing te wekken, want volgens de statistieken van de WHO ligt ook het door de Belgische patiënt betaalde gedeelte bij de hoogste van Europa. Overigens stelt een andere enquête van de Christelijke Mutualiteiten dat 19 % van de Belgen een noodzakelijke consultatie bij een specialist uitstelt om financiële redenen⁹.

Met andere woorden, het is onmogelijk om de aan de geneeskundige verstrekkingen toegewezen inkomsten te verhogen, niet door een verhoging van de sociale bijdragen, noch door een belastingverhoging, aangezien beide nu al bij de hoogste in Europa zijn.

Een ander alternatief om de gezondheidszorg te bekostigen, zou erin kunnen bestaan dat er meer mensen voor langere tijd aan het werk worden gezet, zelfs deeltijds (eventueel in combinatie met een pensioen of andere uitkeringen), om de inkomsten waarmee de gezondheidszorg kan worden gefinancierd te verhogen.

Als alle andere omstandigheden gelijk blijven, is de stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg niet langer betaalbaar: bij het laatste begrotingsconclaaf in juni 2013 heeft de regering kleur bekend door voor € 34 miljoen nieuwe structurele besparingen goed te keuren in de artsenhonoraria, en nog eens voor € 640 miljoen door de groeinorm te bevriezen in 2014.

Deze anamnese toont ons dat de diagnose onweerlegbaar is: de inflatoire evolutie van de gezondheidszorguitgaven is niet langer houdbaar als er niet weer wordt aangeknoopt met economische groei.

Voor de beslissers over de gezondheidszorg komt het er dus op aan om enige vindingrijkheid aan de dag te leggen om de kosten van het systeem te beperken. Het simpelste voor hen zou zijn om de bedragen van de terugbetaalbare verstrekkingen te verminderen, en de forfaitarisering of all-financiering in te voeren om dat doel te bereiken.

De remedie? Is de invoering van een forfaitaire financiering van de geneeskundige verstrekkingen de enige mogelijke behandeling in België?

Moeten we niet bang zijn voor nevenwerkingen?

Om electorale en cliëntelistische redenen gaan de politici op zoek naar de ideale schuldigen: de artsen, en vooral de artsen-specialisten. De regering, en in het bijzonder minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, menen dat ze de evolutie van de uitgaven onder

⁷ Itinera Instituut, 2008, De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies, blz.31

⁸ Jos Kesenne (Christelijke Mutualiteiten), december 2012, CM-Informatie nr. 250, De financiering van de gezondheidszorguitgaven in België, blz. 4 tot 7

⁹ Enquêtes van de Christelijke Mutualiteiten over de Belgen en hun zorgverstrekkers, juni 2013, blz. 10

controle zullen kunnen krijgen als ze de zorgverstrekkers dwingen het medisch aanbod te beperken, door in eerste instantie de financiering van de geneeskundige verstrekkingen in het ziekenhuis te forfaitariseren.

Minister Onkelinx heeft haar inspiratie geput uit studie 121A van het Federaal Kenniscentrum, getiteld *Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen*. Deze studie komt tot het besluit dat de invoering van een forfaitaire financiering per pathologie in de ziekenhuizen mogelijk is, maar dat ze "een revolutie met zich mee zou brengen op het niveau van ziekenhuisbudget, cultuur en management. Deze introductie dient dan ook gefaseerd te worden ingevoerd teneinde het systeem van de ziekenhuiszorg niet in gevaar te brengen"¹⁰. Bovendien adviseert de recentste economische studie van de OESO, die in mei 2013 werd gepubliceerd, om "de overgang in te zetten naar een mechanisme voor het bepalen van de ziekenhuisbudgetten op basis van de pathologieën" en "het aandeel van de forfaitaire vergoeding van de artsen te verhogen"¹¹.

In eerste instantie heeft de minister haar koers voortgezet door aan te kondigen dat ze, uiterlijk in oktober 2013, aan de Ministerraad *"een stappenplan zal voorleggen met het oog op de overgang naar een prospectief forfaitair ziekenhuisfinancieringssysteem, op basis van de ziektebeelden. Dat stappenplan zal, in de mate van het mogelijke, op een advies van de multipartitestructuur steunen en het ingrijpen van het KCE omvatten."*

Luidt deze verklaring de doods klok over de financiering per act van de geneeskundige verstrekkingen, zoals we die vandaag kennen? Door deze "shocktherapie" op te leggen, geeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid sterk de indruk dat ze niet heeft nagedacht over de nevenwerkingen ervan.

De minister heeft het Kenniscentrum (KCE) de opdracht gegeven een nader onderzoek te voeren naar de forfaitaire financiering van de gezondheidszorg zoals die wordt toegepast in de buurlanden en de financiële, kwalitatieve en kwalitatieve gevolgen ervan. Op 17 september 2013 moet het KCE aan zijn de raad van bestuur een methodologie voor de all-in financiering voorstellen.

Naast het feit dat de invoering van een geforfaitariseerde financiering van de geneeskundige verstrekkingen meerdere jaren in beslag neemt, zoals blijkt uit de hervormingen van de gezondheidszorgfinanciering in de ons omringende landen, is het ongetwijfeld het vooruitzicht van de volgende verkiezingen die een rem hebben gezet op het enthousiasme van de minister om maatregelen te nemen, waarvan sommige zeer slecht zouden onthaald worden door haar kiespubliek.

Blijft het feit dat het budgettaire akkoord om de geplande besparingen te realiseren al op tafel ligt en we moeten hopen op een zeer onwaarschijnlijke kentering of stabilisatie van de conjunctuur vóór begin 2014, om te vermijden dat de huidige regering naar andere noodmaatregelen grijpt om bijkomende besparingen door te voeren.

Als de toekomstige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid beslist om de financiering van de verstrekkingen van gezondheidszorg te forfaitariseren, zullen op middellange termijn tal van bureaucratische, ethische, culturele en juridische hindernissen moeten overwonnen worden en vragen i.v.m. de haalbaarheid beantwoord, zoals de studie van het kenniscentrum 121A¹² en de ervaringen in de buurlanden aantonen. Concreet gaat het dan over:

- het risico dat de relatie arts-ziekenhuisbeheerder uit de hand loopt
- de moeilijkheid om de honoraria onder de specialisten van het ziekenhuis te verdelen
- de selectie van zorgen en van patiënten, ten koste van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en "ten bate" van een dure en bureaucratische kwaliteitscontrole

¹⁰ KCE-studie 121A, 25 januari 2010, Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen, blz. 12

¹¹ OESO, 7 mei 2013, "Economic survey of Belgium", blz. 51

¹² KCE-studie 121A, 25 januari 2010, Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen, blz.135-138

Eens geïmplementeerd, zal de all-infinanciering bijdragen tot de ontwikkeling van een geneeskunde van ambtenaren, gesalarieerden en schijnzelfstandigen, tot een afbouw van het aanbod van diensten van gezondheidszorg, waardoor er een "geneeskunde met twee snelheden" algemeen ingang zal vinden, zoals in sommige Oost-Europese en Angelsaksische landen, en tevens tot een significante vermindering van de kwaliteit als gevolg van onderconsumptie en selectie van zorgaanbod.

De forfaitarisering van de geneeskundige verstrekkingen, die verschillende vormen kan aannemen al naargelang ze al dan niet de artsenhonoraria omvat, is niet de geschikte shockbehandeling. In deze economisch moeilijke tijden vragen sommigen zich af of we ons niet beter een culturele revolutie, ten gevolge van de invoering van een forfaitair financieringssysteem, kunnen besparen. Het lijkt erop dat de auteurs van het KCE-rapport 121A, dat aan dit onderwerp gewijd is, die gedachtegang niet ongenegen zijn. Ze spreken zich weliswaar uit voor de forfaitarisering, maar beklemtonen dat de invoering van een dergelijk systeem in België niet vanzelfsprekend zou zijn en geven het advies om enige omzichtigheid aan de dag te leggen bij de invoering van een all-infinanciering in België. Daar halen ze diverse redenen voor aan, zoals de verstoring van het machtsevenwicht tussen ziekenhuisbeheerder en -arts, de afwezigheid van een homogeen kostenregistratiesysteem per patiënt, en de versplintering van het systeem van ziekenhuisfinanciering.

De forfaitarisering van de geneeskundige verstrekkingen: een inadequate shocktherapie?

Op internationaal vlak is er geen enkele ernstige studie die aantoonst dat de invoering van een forfaitaire financiering en de stopzetting van de financiering per act bijdragen tot de verwezenlijking van belangrijke besparingen in de globale kosten van de gezondheidszorg.

Het European Observatory on Health Systems and Policies heeft een synthesestudie gepubliceerd over de forfaitaire financiering per pathologie in de verschillende Europese landen¹³. De studie toont aan dat de forfaitarisering de ziekenhuizen ertoe noopt hun kosten te verlagen. Sommige ziekenhuizen nemen initiatieven die effectiviteit (kwaliteit van de geneeskunde) aan efficiëntie (naleving van budgettaire beperkingen) paren, zoals de verkorting van het ziekenhuisverblijf, de keuze voor het type van zorgverstrekking en ingreep dat het ziekenhuis globaal gezien het minste kost en vermijden waar mogelijk het herhalen van onderzoeken.

De studie toont echter ook aan dat sommige ziekenhuizen zullen trachten hun kosten te beperken met ingrepen die nadelig zijn voor de kwaliteit van de geneeskunde, o.m. door de gevallen te weigeren die te complex en dus te duur zijn, door sommige diensten aan de patiënt tot een onaanvaardbaar niveau af te bouwen, zoals sommige 'health maintenance organisations' (HMO) hebben gedaan in de Verenigde Staten. De studie van het Europees observatorium belicht enerzijds bepaalde organisatorische voordelen van de all-infinanciering en, anderzijds, de risico's die verbonden zijn met de invoering van de forfaitarisering. Over de impact van een all-infinanciering op de globale kosten van de verstrekkingen doet ze er echter het zwijgen toe. De ervaringen in de buurlanden leren ons dat de omschakeling van een financiering per act naar een forfaitaire financiering noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de ontplooiing van een buitensporig duur systeem voor financiële en kwalitatieve controle.

Het is redelijk te veronderstellen dat het geld dat, ten koste van de patiënten en de specialistenhonoraria, via de forfaitarisering wordt bespaard, zal opgaan in toegenomen beheersmatige en bureaucratische behoeften, waardoor het ziekenhuis minder toegankelijk wordt voor de patiënt.

De Angelsaksische literatuur laat daar geen twijfel over bestaan. Recente schandalen, zoals dat van het ziekenhuis van Stafford (Engelse NHS), tonen ook aan dat de ziekenhuisbeheerders, wanneer ze zich mengen in de medische organisatie, ongepaste en soms zelfs ronduit misdadige

¹³ European observatory on health policy and systems, 2011, Diagnosis related groups in Europe, moving towards efficiency and quality in Europe

maatregelen durven te nemen, met dramatische gevolgen voor de gezondheid van de patiënten van hun instelling.

De forfaitarisering is een shockbehandeling, invasief, vol schadelijke nevenwerkingen en met een resultaat dat, zowel wat de impact op de zorgkwaliteit als de werkelijk gerealiseerde besparingen betreft, hoogst onzeker is. Dit nieuwe mechanisme voor de financiering van de geneeskundige ziekenhuisverstrekkingen transformeert het ziekenhuis in een productieketen. Door de omschakeling naar het forfaitaire systeem worden de bevoegdheden in de ziekenhuizen naar de directeurs en beheerders overgeheveld, die verantwoordelijk zijn voor het financiële reilen en zeilen; de artsen blijven echter juridisch aansprakelijk voor de kwaliteit van de verstrekte zorg. Een dergelijke industrialisering kan nefaste gevolgen hebben. Ze bedreigt het evenwicht in de machtsverdeling en het gezamenlijk beheer binnen het ziekenhuis en dreigt de medische beslissingen die de arts moet nemen een overdreven financieel gewicht te geven. Daar komt nog bij dat de forfaitarisering de kosten van de ambulante verstrekkingen de hoogte kan injagen, net als het gedeelte van de verstrekking dat de patiënt zelf moet betalen (out-of-pocket). De forfaitarisering leidt immers tot een vermindering van het aanbod, wat twee gevolgen kan hebben:

- Een aantal patiënten bekostigen de oprichting van een parallel aanbod, buiten het ziekenhuis (in gespecialiseerde medische centra, bvb.), en geven zo onrechtstreeks de aanzet tot een geneeskunde met twee snelheden
- De patiënten moeten verstrekkingen betalen die niet in het forfait voorzien zijn (en dus uitgesloten van een terugbetaling door het Riziv), ofwel omdat ze die verstrekkingen toch eisen, ofwel omdat de artsen ze hen aanbevelen

De aangeprezen shockbehandeling lijkt in werkelijkheid een riskante, dure en gevaarlijke ingreep te zijn, vooral omdat ze de bovenmatige kosten van het gezondheidssysteem door één bepaalde actor wil laten dragen, met name de ziekenhuisarts, die uiteraard wel nog steeds verantwoordelijk is voor de gezondheid van zijn patiënten. In dit verband halen we de in oktober 2012 gepubliceerde MAHA-studie over de financiële situatie van de ziekenhuizen aan, waarin becijferd wordt dat de ziekenhuisarts, via zijn honoraria, 40,9 % van het ziekenhuisbudget financiert¹⁴. De forfaitarisering dreigt deze financiering van het ziekenhuis via de artsenhonoraria te ondermijnen. Bovendien zou bij een all-infinanciering de ziekenhuisarts overgelaten worden aan het goeddunken van de ziekenhuisbeheerder, die immers een groot deel van zijn inkomsten controleert. De vrije geneeskunde per acte, daarentegen, biedt de artsen alle garanties om samen met de beheerders het ziekenhuis te beheren.

Een shockbehandeling voorschrijven die er enkel op gericht is om de ziekenhuisartsen-specialisten nog meer te responsabiliseren is allesbehalve een geschikte manier om de kosten van de gezondheidszorg te doen dalen. De ziekenhuisspecialisten zijn al meer dan voldoende verantwoordelijk gesteld voor de beheersing van de kosten sinds de doortocht van minister Frank Vandebroucke op Sociale Zaken: referentiebedragen, quota van goedkope geneesmiddelen...

Artsen zijn niet de enige verantwoordelijken voor de kostenexplosie in de gezondheidszorg.

Er bestaan andere oplossingen om de evolutie van de zorguitgaven onder controle te krijgen.

Het VBS pleit voor het behoud van een financiering per acte, met gerichte aanpassingen om de efficiëntie van het systeem te verbeteren en een kostenexplosie te vermijden. Gezien de economische situatie en de zorgbehoeften, die o.m. wegens de vergrijzing zullen blijven toenemen, is het VBS van mening dat men de uitgaven moet rationaliseren zonder de geneeskunde te rantsoeneren, door de beschikbare middelen aan de zorgprestaties toe te wijzen, in plaats van een verambtelijkte, bureaucratische geneeskunde te introduceren.

Ook de andere actoren (ziekenfondsen, ziekenhuisbeheerders en patiënten) moeten ertoe worden aangezet om te besparen en kostenontsporingen te vermijden. Zo zouden bijvoorbeeld sommige

¹⁴ Belfius, 18.10.2012, Sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen in België, blz. 2

ziekenhuisbeheerders kunnen stoppen met prestigeprojecten in hun ziekenhuizen, zoals chirurgische robots, hartcentra, IVF-centra, die rationeel niet te verantwoorden zijn.

Tenslotte moeten de sociale partners worden aangespoord om maatregelen te nemen die de tewerkstelling van de Belgen verhogen. Een grotere tewerkstelling heeft een positieve impact op de financiering van de gezondheidszorg, want ze doet ook de inkomsten van de sociale bijdragen stijgen, die worden aangewend om de gezondheidszorg te bekostigen.

Tot besluit stellen we dat we, om de kostenexplosie in de gezondheidssector een halt toe te roepen, niet mogen raken aan de medische verstrekkingen die noodzakelijk voor de levenskwaliteit van de bevolking. Alle gezondheidszorgactoren moeten zich actief inzetten om overbodige uitgaven uit te sluiten en om de administratieve efficiëntie te bevorderen.

Op die manier hoeft er geen revolutie te worden ontketend want die zal gegarandeerd haar doel missen. Dergelijke revolutie zal er niet in slagen de gezondheidszorgkosten te beheersen noch zal het haar lukken het niveau van de kwaliteit en de toegankelijkheid van onze ziekenhuisgeneeskunde te bestendigen of te verbeteren die vandaag alom worden erkend.

Namens het uitvoerend bestuur van het VBS,

Olivier Lambrechts
Stafmedewerker

Dr. Marc Moens
Secretaris-generaal

Dr. Jean-Luc Demeere
Voorzitter

VBS-SYMPOSIUM RADIOPROTECTIE 14.12.2013

Sinds eind 2010 heeft het VBS geïnvesteerd in de regelmatige organisatie van symposia rond het thema radioprotectie. Onder artsen-connexisten bestond hieraan een grote nood. De tienjarige vergunningen die het FANC sinds 2001 afleverde, liepen immers ten einde en de vergunninghouders dienden het bewijs voor te leggen dat ze een permanente vorming hadden gevolgd. Bovendien werd bij KB van 01.07.2011¹⁵ de bepaling opgenomen in de nomenclatuur dat om voor tegemoetkoming vanwege het RIZIV in aanmerking te komen de artsen dienen te beschikken over de vergunning afgeleverd door het FANC.

Tot op heden heeft het FANC een relatief soepele houding aangenomen. De artsen die sinds 2001 beschikken over hun vergunning werden er meermaals met enige aandrang aan herinnerd dat het noodzakelijk was om de vereiste bijkomende permanente vorming aan te tonen. Tijdens de voorbije vakantiemaanden werden een 100-tal artsen die tot nu toe nagelaten hebben enige bijkomende vorming aan te tonen dringend verzocht zich te schikken naar de wettelijke bepalingen op straffe van niet-verlenging van hun vergunning om ioniserende stralen te gebruiken in hun praktijk. Daarnaast zijn er nog een 400-tal artsen van wie de vergunning in 2014 of in 2015 zal vervallen die sinds het afleveren van hun eerste vergunning nog geen enkele bijkomende permanente vorming hebben megedeeld aan het FANC.

De symposia die voldoen aan de gestelde criteria van permanente vorming in de radioprotectie voor artsen-connexisten zijn schaars. Laat de kans dus niet voorbijgaan om deel te nemen aan het symposium 'Radioprotectie' dat het VBS op 14 december 2013 in samenwerking met het FANC organiseert. U vindt het volledige programma en het inschrijvingsformulier hieronder.

¹⁵ K.B. van 1 juli 2011 tot wijziging van het artikel 17 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, bl. 43702 (B.S. 29.07.2011).

VBS-SYMPOSIUM in samenwerking met het FANC
RADIOPROTECTIE
14.12.2013

08.20-08.30	Onthaal	
08.30-08.40	Inleiding	Dr. P. VAN DER DONCKT FANC
08.40-09.10	Initiatieven van het Belgian Medical Imaging Platform	Dhr. N. REYNDERS FREDERIX BELMIP
09.10-09.40	Direct assessment of the effects of CT X-rays in children emphasizes the importance of dose reduction in medical imaging	Prof. H. THIERENS UGent
09.40-10.10	Reglementair kader en veiligheidscultuur bij gebruik van ioniserende stralingen voor medische doeleinden	Dr. Sc. A. FREMOUT FANC
10.10-10.35	Vragen en discussie	
10.35-11.00	Koffiepauze	
11.00-11.30	Surgeons and surgery with the use of radioscopy and fluoroscopy: risks and benefits!	Prof. Gr. DEREYMAEKER KUL
11.30-12.00	Praktische aspecten van stralingsbescherming bij fluoroscopie in de operatiekamer	Mevr. Fr. MALCHAIR
12.00-12.15	Vragen en discussie	

Accreditering in Ethiek & Economie aangevraagd



INSCHRIJVINGSSTROOK

RIZIV-nr.: **Adres:**

Naam: **Postcode:**

Voornaam: **Gemeente:**

Specialisme: **E-mail:**

Ik neem deel aan het symposium van 14.12.2013 en stort het bedrag van:

	Tot 25.11.2013	Na 25.11.2013
Leden	55 €	70 €
Niet-leden	90 €	105 €
Kandidaat-specialisten	10 €	10 €
Ter plaatse	130 €	

**op rekening IBAN: BE 53 06 82 09 57 11 53 (BIC: GKCCBEBB) van het VBS
met vermelding van de naam van de deelnemer, RIZIV-nummer en
"Symposium radioprotectie 14.12.2013"**

Datum / Handtekening :

Plaats

Brussels 44 Center
Auditorium
Kruidtuinlaan 44
1000 Brussel

Inlichtingen en inschrijvingen

Secretariaat VBS
Loubna Hami
Kroonlaan 20 – 1050 Brussel
TEL. : 02/649 21 47 FAX : 02/649 26 90
e-mail: loubna@gsb-vbs.org

Symposium
Belgische Beroepsvereniging voor ORL, Hoofd- en Halschirurgie
"ORL PRO 2013"
21.09.2013

8.00-8.30	Onthaal	
8.30-9.00	Analyse van de professionele situatie in ORL	Dr. T. Robillard – Dr. P. Lemkens
9.00-9.30	Het magistrale voorschrift vandaag	Ap. R. Nottet, Medisch Farmaceutische Kwaliteitszorg (MFK)
9.30-10.00	Welke vergoedbare geneesmiddelen schrijven NKO-artsen voor? Wat met voorschrift op stofnaam?	Dr. M. Van de Castelee, Directie Farmaceutisch Beleid RIZIV
10.00-10.15	Koffiepauze	
10.15-10.45	Het elektronisch ziekenhuisvoorschrift	Ap. J.-D. Hecq, Hoofdapotheeker UCL Mont-Godinne
10.45-11.15	eHealth: stand van zaken en toekomstperspectieven	Dhr. F. Robben, Administrateur-Generaal Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) en eHealth-platform
11.15-11.45	Interactieve vragen en antwoorden	
11.45-12.00	Take Home Message	Dr. T. Robillard – Dr. F. Indesteege
12.00-...	Sluiting	

Accreditering in Ethiek & Economie: 3 C.P.

Plaats Best Western Hotel E40 Brussel-Oostende 1702 Groot-Bijgaarden	Inlichtingen en inschrijvingen VBS Raf Denayer Kroonlaan 20 – 1050 Brussel Tel.: 02/649.21.47 – Fax: 02/649.26.90 e-mail: raf@vbs-gbs.org
--	--

✂ -----

RIZIV-nr.:..... **Adres:**

Naam:..... **Postcode:**

Voornaam:..... **Gemeente:**

Specialisme:..... **E-mail:**.....

Ik zal deelnemen aan het symposium van 21.09.2013 en stort het bedrag van:

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| Leden | <input type="checkbox"/> € 20 |
| Niet-leden | <input type="checkbox"/> € 80 |
| Assistenten VA-NKO | <input type="checkbox"/> Gratis |

op rekening IBAN: BE95 0000 0607 8058 (BIC: BPOT BE B1) van de Beroepsvereniging ORL met vermelding van de naam van de deelnemer, RIZIV-nummer en "Symposium ORL"

Handtekening:

TITEL IV : Verhouding tussen artsen

Hoofdstuk III : De plaatsvervangende arts

Art. 158 (vanaf 13.07.2013)

§ 1. Een arts aan wie door een wettelijk bevoegde instantie een verbod is opgelegd om de geneeskunde uit te oefenen, ontvangt geen inkomsten verbonden aan de uitoefening.

§ 2. De geschorste arts moet bovendien maatregelen treffen om de continuïteit van de zorgen te verzekeren.

Daartoe kan de arts zich tijdens de periode van het verbod laten vervangen door één of meerdere artsen met dezelfde wettelijke kwalificatie.

De maatregelen worden vooraf schriftelijk medegedeeld aan de bevoegde Provinciale Raad, die ze goedkeurt of aanpassingen ervan oplegt.

§ 3. Alle overeenkomsten of statuten moeten de navolging van de bepalingen van dit artikel expliciet vermelden.

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD VAN DE ORDE VAN GENEESHEREN:
"Medische erelonen voor de verzorging van naaste verwanten, collega's of medewerkers"**

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft beslist het artikel 79 van de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende de medische erelonen die artsen aanrekenen voor de verzorging van naaste verwanten, collega's of medewerkers, op te heffen.

Advies van de Nationale Raad :

In zijn vergadering van 25 mei 2013 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren opnieuw de kwestie onderzocht van de medische erelonen voor zorg door artsen verstrekt aan naaste verwanten, collega's of medewerkers.

Artikel 79 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt :

Het is gebruikelijk dat een geneesheer geen ereloon aanrekenen voor de verzorging van zijn naaste verwanten en zijn medewerkers, alsook van zijn collega's en de personen ten laste van deze laatsten.

Niettemin mag een vergoeding gevraagd worden voor de kosten die eruit voortvloeien.

Uit de vele interpellaties die de Nationale Raad ontvangt in verband met de toepassing van voornoemd artikel 79, blijkt dat de rechtvaardiging van deze kosteloosheid van de zorg niet langer unaniem begrepen en aanvaard wordt door de leden van het artsencorps.

Het gebruik waar dit artikel naar verwijst vindt zijn oorsprong in de Hippocratische traditie van solidariteit tussen de leden van het artsencorps en was gerechtvaardigd in een periode waarin de dekking verzekerd door de verzekeringsstelsels beperkt, of zelfs onbestaande was.

De technologische evolutie en de ziekenhuisfinanciering laten de arts niet langer toe alleen te beslissen over het niet factureren van verstrekkingen gedaan binnen zorgstructuren.

In het licht van deze vaststelling vond de Nationale Raad het opportuun het huidige artikel 79 van de Code van geneeskundige plichtenleer op te heffen.

Deze opheffing verandert geenszins de deontologische regel bepaald in artikel 11 van voornoemde Code : *De geneesheren moeten goede collegiale betrekkingen met elkaar onderhouden en elkaar bijstaan.*

ZIEKENHUISNORMEN:

Specifieke normen voor de Sp-dienst – psychogeriatrische aandoeningen

2 JUNI 2013. - 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 (B.S. d.d. 19.06.2013 - p. 39450)

Artikel 1. In onderdeel A 'specifieke normen voor de Sp-dienst (psychogeriatrische aandoeningen)' van rubriek IIIbis 'Specifieke normen per specialisme' van de bijzondere normen toepasselijk op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, kenletter Sp, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, ingevoegd bij koninklijk besluit van 15 juli 1997, wordt 7., ingevoegd bij koninklijk besluit van 13 november 1995, vervangen als volgt:

« 7. De dienst moet per verpleegeenheid beschikken over een hoofdverpleegkundige die bij voorkeur houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie.

Per 30 bezette bedden, moet de dienst, naast de hoofdverpleegkundige, over minstens 8 verpleegkundigen beschikken, die bij voorkeur houder zijn van hetzij de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, hetzij de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie.

De dienst beschikt tevens over 6 zorgkundigen. ».

Art. 2. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

LOKALE KWALITEITSGROEPEN (LOK's) :

Financieringsregels gewijzigd

(in voege op 19.08.2013)

30 JULI 2013. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2012 tot instelling van een financiering voor lokale kwaliteitsgroepen (B.S. d.d. 09.08.2013)

Artikel 1. Artikel 3, 2°, van het koninklijk besluit van 12 december 2012 tot instelling van een financiering voor lokale kwaliteitsgroepen wordt aangevuld met een lid luidende :

« Het voorgaande lid is niet van toepassing op de referentie jaren 2011 en 2012 ».

Art. 2. In artikel 7 van hetzelfde besluit worden de woorden « het jaar 2011 » vervangen door de woorden « de referentie jaren 2011 en 2012 » en de woorden « binnen de 6 maanden » door de woorden « binnen 12 maanden ».

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 36

(logopedische verstrekkingen)

(in voege op 01.09.2013)

4 JULI 2013. - Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 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. 16.07.2013)

Artikel 1. In artikel 36 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, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 26 april 1999, vervangen bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003 en laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 november 2012 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 2, a), worden de woorden « aan de rechthebbende die taal- en/of spraak- en/of stemstoornissen heeft » vervangen door de woorden « aan de rechthebbende die mondelinge taal- en/of spraakstoornissen heeft »;

2° In § 2, b), 3°, eerste lid, worden de woorden « Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie aangetoond door tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen die wijzen op een achterstand van meer dan één jaar bij kinderen tussen 7 en ten volle 9 jaar of op een achterstand van meer dan twee jaar bij kinderen tussen 10 en ten volle 14 jaar. Deze tests dienen voor te komen op een door de

Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten goedgekeurde limitatieve lijst » vervangen door de woorden « Dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie, bij kinderen tot ten volle 14 jaar die minstens 6 maanden lager onderwijs hebben genoten, gekenmerkt door :

(a) een achterstand in de prestaties aangetoond door tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen die twee scores geven kleiner of gelijk aan percentiel 16 of kleiner of gelijk aan minstens een standaardafwijking en;

(b) een hardnekkigheid van de stoornissen en/of

(c) problemen op het niveau van nauwkeurigheid en/of snelheid (= automatiseren) en/of

(d) fonologische problemen (enkel voor dyslexie en dysorthografie) en/of

(e) compensatiegedragingen, negatieve attitude, verhoogde inspanning.

Deze kenmerken moeten worden beschreven in het logopedisch bilan. De tests moeten overeenkomstig zijn met het niveau verwacht voor het leerjaar waarin de rechthebbende zit en voorkomen op een door de Commissie voor de overeenkomsten goedgekeurde limitatieve lijst. »

3° In § 2, c), 2°, worden de woorden « paralyse van de larynx of organisch letsel van de larynx en/of van de stembanden » vervangen door de woorden « dysfunctie van de larynx en/of stemplooiën aangetoond op basis van :

(a) laryngoscopie en stroboscopie, (b) en perceptuele gegevens, akoestische en aerodynamische metingen met tests en criteria opgenomen in de door de commissie goedgekeurde lijst van tests voor stemstoornissen (c) en metingen van de impact van de stemproblemen op de levenskwaliteit van de patiënt met tests en criteria opgenomen in de goedgekeurde lijst van tests en proeven voor stemstoornissen ».

4° In § 3, 1°, worden de woorden « Bijzonder onderwijs van type 8 volgt » vervangen door « Bijzonder onderwijs volgt. Deze beperking geldt alleen voor logopedische behandelingen voorzien onder § 2, b), 2°, § 2, b), 3°, en § 2, f) »;

5° In § 3, 5°, worden de woorden « in § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) en e) » vervangen door « in § 2, b), 6°, 6.3 en § 2, d) »;

6° In § 4, 2°, tweede lid, eerste onderdeel worden de woorden « door een geneesheer-specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie » vervangen door de woorden « door een geneesheer-specialist in de pediatrie neurologie »;

7° In § 5, m), worden de woorden « maximum 288 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten » vervangen door de woorden « maximum 80 individuele behandelingszittingen van ten minste 30 minuten »;

8° § 8 wordt aangevuld met een lid, luidende : « De terugbetaling van de in de nomenclatuur vermelde logopedische verstrekkingen is onderworpen aan de voorwaarde dat de logopedist zich ertoe verbindt kwaliteitsvolle zorg te verlenen en de door de Overeenkomstencommissie goedgekeurde voorwaarden na te leven »;

9° De volgende nomenclatuurcodes zijn geschrapt :

Individuele zitting van ten minste 30 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een C.A.R. overeenkomst :

711395, 712390, 713392, 714394, 717393, 718395, 719390, 721394, 729396, 723391, 724393, 725395, 726390, 727392, 728394, 733390;

Individuele zitting van ten minste 60 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een C.A.R. overeenkomst :

712692, 714696, 711690, 733692.

Art. 2. De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op alle nieuwe aanvragen die vanaf de datum van zijn inwerkingtreding bij de adviserend geneesheren toekomen.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

Artikel 35 (orthopedie en traumatologie): K.B. van 24.06.2013 (B.S. d.d. 31.07.2013 – p. 47885).

Artikel 35 (gewrichtsprothesen): K.B. van 24.06.2013 (B.S. d.d. 05.08.2013 – p. 48660).

Artikel 35 (urologie en nefrologie): K.B. van 04.10.2012 (B.S. d.d. 05.08.2013 – p. 48662) - Erratum in de Franse versie.

Artikelen 35 en 35bis (heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel, urologie en nefrologie): K.B. van 24.06.2013 (B.S. d.d. 05.08.2013 – p. 48661).

Artikel 35bis (heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel, heelkunde op de thorax en cardiologie): K.B. van 24.06.2013 (B.S. d.d. 26.08.2013 – p. 56291).

De volledige teksten zijn beschikbaar op de website en kunnen ook bekomen worden op eenvoudige aanvraag bij het Secretariaat.

INTERPRETATIEREGEL OPGEHEVEN

ARTIKEL 2 (Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen)

Interpretatieregel 15 wordt opgeheven. Deze opheffing heeft uitwerking op 1 mei 2013. (B.S. d.d. 10.06.2013 – p. 36322)

INGEVOEGDE INTERPRETATIEREGEL ARTIKEL 5 EN 6 (Tandverzorging)

CONSERVERENDE VERZORGING

INTERPRETATIEREGEL 05 (in voege d.d. 01.06.2007) (B.S. d.d. 30.08.2013)

VRAAG 5

Wat behelst « afzonderen van één of meerdere tanden door middel van een cofferdam » ?

ANTWOORD

Afzonderen van één of meerdere tanden door middel van een cofferdam is het aanbrengen van een membraan uit elastisch materiaal waardoor één of meerdere tanden en het werkveld volledig afgeschermd worden van de rest van de mondholte.

INTERPRETATIEREGEL OPGEHEVEN ARTIKEL 11 (Algemene speciale verstrekkingen)

Interpretatieregel 21 wordt opgeheven. Deze opheffing heeft uitwerking op 1 april 2010. (B.S. d.d. 10.06.2013 – p. 36321)

NIEUWE INTERPRETATIEREGEL ARTIKEL 29, § 1 (Orthopedie)

INTERPRETATIEREGEL 33 (in voege d.d. 01.02.1993) (B.S. d.d. 31.07.2013 – p. 47957)

VRAAG

Dient er bij het bepalen van de hernieuwingstermijn voor een orthopedische schoen rekening gehouden te worden met een schoen voor atone wonden (verstrekking 644195) ?

ANTWOORD

Neen, voor het bepalen van de hernieuwingstermijn van orthopedische schoenen wordt geen rekening gehouden met een schoen voor atone wonden (verstrekking 644195).

OVERVIEW OF SCIENTIFIC PRIZES

	VALUE	DEADLINE FOR NOMINATIONS
InBev-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE (theme for 2014: "Cardiovascular Diseases")	€ 250,000	September 30, 2013

Information: www.frs-fnrs.be

ALGEMEEN MANAGEMENT VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN *EHSAL Management School (i.s.m. het VBS)*

In samenwerking met het VBS start EHSAL Management School in oktober 2013 opnieuw met het opleidingsprogramma Algemeen Management voor Geneesheren-specialisten.

De opleiding omvat 11 sessies (dagen), gegroepeerd in 4 modules:

Module 1: Juridische context (3 sessies)

- Sessie 1: • Inleiding tot het Wetgevend kader: definiëren van juridische begrippen • Besluitvorming rondom het medisch beleid en het statuut van de ziekenhuisgeneesheer
- Sessie 2: • Het medisch dossier, de privacy en het beroepsgeheim • Geschillen tussen artsen en het RIZIV • Organisatie van de gezondheidszorg in België
- Sessie 3: • Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen • Associaties, maatschappen en andere samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuisgeneesheren • Medische aansprakelijkheid

Module 2: Algemeen beleid (2 sessies)

- Sessie 4: • Kwaliteitsbeleid: wettelijke systemen, operationele en klinische performantie • Strategische planning in het ziekenhuis: strategie-concepten, theoretische aanpak en praktijkvoorbeeld
- Sessie 5: • Balanced Scorecard: "Meten: om te weten of om te meten?" • Balanced Scorecard: Case • Quality assurance in health care

Module 3: Financiële informatie en beleid (3 sessies)

- Sessie 6: • Inleiding: definiëren van boekhoudkundige begrippen • Analytische boekhouding • De financiële relatie tussen beheerder en geneesheren
- Sessie 7: • Nomenclatuurgebonden financiering • Budget Financiële Middelen en medisch beleid • Rol van de revisor • Lekken in de ziekenhuisfinanciering: budgetparameters versus kostenparameters
- Sessie 8: • Opstellen begroting en investeringsanalyse • Investeringsanalyse • Investeringsfinanciering

Module 4: Persoonlijke financiële planning (3 sessies)

- Sessie 9: • Werken met een vennootschap: juridische aspecten – fiscale aspecten
- Sessie 10: • Werken met een vennootschap: fiscale aspecten • Gezond beleggersgedrag
- Sessie 11: • Vermogens- en successieplanning

Accreditering is aangevraagd binnen de rubriek Ethiek & Economie voor eerste drie modules.

VBS-leden genieten een verlaagde inschrijvingsprijs alsook geneesheer-specialisten die inschrijven binnen de eerste 5 jaar na hun erkenning.

Een gedetailleerd programma-overzicht, de kalender, getuigenissen van vroegere deelnemers en alle praktische info vindt u op de website: www.hubrussel.be/ems

Contact: Caroline Deneuter, Programmacoördinator EMS, managementschool van de Hogeschool-Universiteit Brussel, tel.: 02/210.13.59, caroline.deneuter@hubrussel.be

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

Joint meeting

23rd Belgian Orthopaedic Trauma Association (BOTA) - Belgian Association of Paediatric Orthopaedics (BAPO)

"PAEDIATRIC TRAUMATOLOGY IN THE THIRD MILLENNIUM : WHAT'S IN? WHAT'S OUT?"

Saturday, 14 September 2013 – CHU de Charleroi

PROGRAM :

Session 1 : Ethical Issues and General Principles in the Care of Children's Fractures

Session 2 : Acute Care of the Injured Child

Session 3 : Pelvis & The Lower Limb

For more information : www.BOTA-congress.be

De afdeling Longziekten van het Universitair Ziekenhuis Leuven nodigt u uit op het symposium:

"HET SCREENEN OP LATENTE TUBERCULOSE – UPDATE 2013"

Donderdag 3 oktober 2013 (10.00 u – 16.00 u) – Provinciehuis Leuven (naast het station van Leuven)

Internationaal congres - Simultane vertaling Nederlands-Frans - Accreditatie aangevraagd

Geen inschrijfkosten - Tijdig bevestigen is gewenst: kristine.hautekiet@qjagen.com

AANKONDIGINGEN

- 13083 **HEUSDEN-ZOLDER:** Het Sint-Franciskusziekenhuis Heusden-Zolder heeft een vacature voor een **VOLTIJDS GENEESHEER-SPECIALIST IN DE ORTHOPEDIE MET BIJZONDERE BEKWAMING IN DE HANDCHIRURGIE**. Meer info via www.sfz.be, bij dr. Ivan Ameloot, diensthoofd orthopedie (011/71.58.06 - ivan.ameloot@sfz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/71.54.07 - luc.geutjens@sfz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan dr. Marc Geboers, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 - 3550 Heusden-Zolder - marc.geboers@sfz.be.
- 13084 **HEUSDEN-ZOLDER:** Het Sint-Franciskusziekenhuis heeft een vacature voor een **VOLTIJDS ANESTHESIST** met bijkomende specialisatie in de algologie. Meer info via www.sfz.be bij dr. Patricia Ruts, diensthoofd anesthesie (011/71.58.53 - patricia.ruts@sfz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/71.54.07 - luc.geutjens@sfz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan dr. Marc Geboers, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 - 3550 Heusden-Zolder - marc.geboers@sfz.be.
- 13088 **TE KOOP:** in West-Vlaanderen (Kortrijk): audiometrie cabine Veranneman, volledig in hout, mooi afgewerkt, zeer goede staat, groot doorkijkvenster, ong. 135 cm x 135 cm, nieuwprijs: 5000 euro, gedemonteerd, af te halen, prijs: overeen te komen. Tel: 0477/13.25.68 (bij voorkeur na 19.30 of tijdens het weekend).
- 13089 **BRUSSEL:** UVC Brugmann werft aan:
- RESIDENT (GENEESHEER) VOOR DE DIENST KLINISCHE BIOLOGIE (M/V)** (referentie HR/SDG – Nr A28/13) (Afsluitingsdatum: 17 september 2013).
 - GENEESHEER RESIDENT VOOR DE DIENST PSYCHIATRIE (EENHEID STEMMINGSSTOORNISSEN)** (M/V) (referentie HR/SDG – Nr A27/13) (Afsluitingsdatum: 17 september 2013).
 - ADJUNCT KLINIEKHOOFD BIJ DE DIENST UROLOGIE (M/V)** (referentie HR/SDG NrA10-13) (Afsluitingsdatum: 14 oktober 2013).
 - GENEESHEER SPECIALIST FYSISCHE GENEESKUNDE EN REVALIDATIE (M/V)** (referentie HR/SDG – Nr A 29/13) (Afsluitingsdatum: 31 oktober 2013).
- Geïnteresseerd? Uw kandidatuur (motivatiebrief en CV) opsturen naar het e-mailadres gestionmedecins@chubrugmann.be ter attentie van Dr. Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel). Wij vragen u onze website (<http://www.uvc-brugmann.be>) te raadplegen om bijkomende informatie te verkrijgen.

Inhoudstafel

• In het oog van de storm: de financiering van de gezondheidszorg	1
• VBS-symposium Radioprotectie 14.12.2013	7
• Symposium Belgische Beroepsvereniging voor ORL, Hoofd- en Halschirurgie: "ORL PRO 2013" (21.09.2013).....	9
• Code van geneeskundige plichtenleer – artikel 158 gewijzigd	10
• Advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren: "Medische erelonen voor de verzorging van naaste verwanten, collega's of medewerkers"	10
• Ziekenhuisnormen: Specifieke normen voor de Sp-dienst – psychogeriatrische aandoeningen	11
• Lokale kwaliteitsgroepen (LOK's): financieringsregels gewijzigd.....	11
• Nomenclatuur: artikel 36 (logopedische verstrekkingen).....	11
• Overzicht diverse nomenclatuurwijzigingen	12
• Interpretatieregel opgeheven: artikel 2 (Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen)	13
• Ingevoegde interpretatieregel artikelen 5 en 6 (Tandverzorging).....	13
• Interpretatieregel opgeheven: artikel 11 (Algemene speciale verstrekkingen)	13
• Nieuwe interpretatieregel: artikel 29, § 1 (Orthopedie)	13
• Overview of scientific prizes.....	13
• Algemeen management voor geneesheren-specialisten (EHSAL Management School i.s.m. het VBS).....	14
• Wetenschappelijke vergaderingen	14
• Aankondigingen	15
• Symposium Beroepsvereniging der Belgische chirurgen – UEMS Section of Surgery: The European Symposium 'The Future of Surgery in Europe' (20.09.2013).....	16

Symposium
Beroepsvereniging der Belgische chirurgen – UEMS Section of Surgery
The European Symposium
THE FUTURE OF SURGERY IN EUROPE
20.09.2013

09.30	Registration	
10.00	Introduction	Prof. Dr. V. Papalois Dr. J. Weerts - Prof. Dr. J. Gruwez
10.15	The Medical Specialist in future health-care	Dr. M. Moens
10.30	The Future of Hospitals in Integrated Care	Dr. J. Van Emelen
10.45	Is there a role for Professional Organisations?	Prof. Dr. R. Krajewski
11.00	Discussion	
11.15	Coffee break	
11.35	Key note lecture: eHealth, HTA and European Reference Networks	Dr. T. Piha
11.55	The future of financing of hospital healthcare, the tendency in Europe	Prof. Dr. M. Pirson - Dr M. Czarka
12.10	Demography! How to cope with a possible disaster in the future?	Prof. Dr. H.P. Bruch
12.25	Discussion	
12.40	Lunch	
13.40	Prospects for Robotic Surgery	Prof. Dr. A. Mottrie
13.55	The Evolution of Gastro-Intestinal Surgery	Prof. Dr. A. Dhoore
14.10	Discussion	
14.25	Technical Skill Centers	Prof. Dr. A. Bergenfelz
14.40	The future of the surgical profession in Europe: our greatest challenge-our finest hour	Prof. Dr. V. Papalois
14.55-15.10	Discussion + Farewell drink	

Accreditation: 4,5 C.P. in ethics and economics for Belgian doctors

<p><u>Location</u> Sheraton Brussels Hotel Place Rogierplein 3 / 1210 Brussels</p>	<p><u>Contact</u> VBS-GBS / Raf Denayer ☎ 02/649.21.47 – 📠 02/649.26.90 e-mail: raf@vbs-gbs.org // http://www.vbs-gbs.org</p>
---	--

✂ -----

RIZIV/INAMI nr.: (Only for Belgian participants).....

Name: **First name:**

Address:

Postal code: **Town:**

E-mail:

I will attend the symposium on 20.09.2013 and deposit the amount of 25 euro on account
 IBAN BE11 3850 2147 4348 (BIC: BBRU BE BB) of the Belgian Professional Surgical Association
 stating my name and 'European Symposium'

Signature: