
De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-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 2406-6338 - MAANDBLAD

Nr. 6 / NOVEMBER 2015

Afgiftekantoor: BRUSSEL X – Erk.nr. P918436

MAHA-STUDIE 2015

BETER BEDRIJFSRESULTAAT VOOR ALGEMENE ZIEKENHUIZEN IN 2014 EEN VERBETERING VAN BLIJVENDE AARD?

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering wordt, zoals de minister van Volksgezondheid heeft aangekondigd, een van de prioriteiten van haar ambtsperiode. Mevrouw De Block rechtvaardigt die hervorming niet alleen door de evolutie van de behoeften van de patiënten en de vergrijzing, maar ook door de preciaire financiële gezondheidstoestand van de ziekenhuissector.

Om uit te leggen hoe precair de gezondheidstoestand van de algemene ziekenhuizen is, baseert ze zich onder meer op de MAHA-studies. MAHA¹ is een financiële en boekhoudkundige analyse van de ziekenhuissector. Alle algemene ziekenhuizen nemen deel aan dit onderzoek, waarvan de globale resultaten al sinds 21 jaar jaarlijks worden voorgesteld.

Waarom zijn de financiële resultaten van de algemene ziekenhuizen door de band genomen middelmatig, waarom verkeren sommige ziekenhuizen in een hachelijke financiële situatie? Is dat toe te schrijven aan conjuncturele factoren (de evolutie van de behoeften, die samenhangt met de behandeling van chronisch zieken en de vergrijzing, die misschien een andere aanpak vergen; de introductie van tal van innovatieve behandelingen, die investeringen in de infrastructuur vergen) of zijn er meer structurele oorzaken (toenemende kosten voor verzorgend personeel, beheersstructuur van het ziekenhuis)? De MAHA-studie stelt ons in staat bepaalde structurele elementen aan te wijzen door een analyse te maken van de evolutie van de omzet, schuldgraad, personeelskosten, gemiddelde honorariumafdracht per ziekenhuisarts (die 40 % bedraagt in 2014, t.o.v. 40,4 % in 2013), investeringen en bezettingsgraad van de algemene ziekenhuizen.

Amper 14 algemene ziekenhuizen op 92 voldoen aan de gezamenlijke criteria van cash-flow, liquiditeitsratio, investeringsratio en solvabiliteitsratio, terwijl het aantal ziekenhuizen dat aan slechts 2 criteria voldoet almaar toeneemt

Wat de activiteit van de ziekenhuizen betreft, stelt de MAHA-studie een toename van 1,1 % vast, terwijl de algemene verblijfsduur licht daalt, van 5,4 naar 5,2 dagen in de heelkunde, wat te wijten kan zijn aan een grotere efficiëntie of door de grotere rol van het dagziekenhuis.

¹ Letterwoord voor *Model for Automatic Hospital Analysis*.

In 2012 en 2013 moesten achtereenvolgens 28 ziekenhuizen op 92, en 40 ziekenhuizen op 92 hun boeken afsluiten met een negatief bedrijfsresultaat. Zuiver boekhoudkundig verbeterde de toestand van de algemene ziekenhuizen enigszins in 2014. Bij de presentatie van de jongste MAHA-studie, op 28 september 2015, werd bekendgemaakt dat nog "slechts" 26 ziekenhuizen een negatief bedrijfsresultaat neerzetten. Dat betekent echter allerminst dat de sector er beter aan toe is. Als er rekening wordt gehouden met vier andere belangrijke financiële indicatoren, namelijk cash-flow, liquiditeitsratio, investeringsratio en solvabiliteitsratio, komt de MAHA-studie tot een resultaat dat veel beter met de werkelijkheid overeenstemt. Amper 14 algemene ziekenhuizen voldoen aan alle criteria, terwijl het aantal ziekenhuizen dat aan slechts 2 criteria voldoet almaar toeneemt.

Verbergt de verbetering van het bedrijfsresultaat een sluipende instabiliteit, die de onrust of het zeer gematigde optimisme van de beslissers in de sector zou verklaren? De analyse van de cijfers in de MAHA-studie doet een aantal vragen rijzen.

⇒ *Zijn de exploitatiekosten van de ziekenhuizen beheersbaar op korte termijn?*

De vastgestelde verbetering van het bedrijfsresultaat lijkt niet duurzaam. De personeelskosten zijn immers nauwelijks gestegen in 2014, deels door het niet verlengen van aflopende contracten, deels door de indexsprong van de regering-Michel. Bovendien is de tewerkstelling in de sector met nauwelijks 0,4 % toegenomen, wat in schril contrast staat met de groei van de voorgaande jaren. Historisch gezien is de sector nochtans een grote werkverschaffer.

⇒ *Worden de ziekenhuizen efficiënt beheerd?*

De kosten van het personeel in loondienst maken in 2014 bijna de helft van de omzet van de ziekenhuizen uit (honoraria + Budget Financiële Middelen). 17 % van die personeelskosten zijn administratieve kosten, of één miljard euro voor de 92 ziekenhuizen. Of die dure administratie efficiënt is, is de vraag die men zich kan stellen als men weet dat de ziekenhuizen te kampen hebben met een probleem van onbetaalde facturen.

De stabiliteit van de financiering van de zorgactiviteit komt in gevaar: voor het jaar 2016 werd de reële groeinorm voor de honoraria vastgesteld op 0,63 %, wat de resultaten van sommige algemene ziekenhuizen nog meer dreigt te ondergraven

⇒ *De bijzondere financieringswet heeft de investeringen aan de gemeenschappen en de gewesten overgedragen. Hypothekeert die overheveling de investeringsvooruitzichten?*

Investeringen in ziekenhuizen maken het mogelijk de verouderde ziekenhuisuitrusting te vervangen. De sector heeft in 2014 1,45 miljard euro geïnvesteerd. Maar zitten we niet aan het einde van de cyclus? Moeten we ons niet verwachten aan een enorme terugval van de investeringen? De gewesten, die sinds de inwerkingtreding van de 6^{de} staatshervorming bevoegd zijn voor de ziekenhuisinvesteringen, beschikken immers niet over evenveel financiële armslag. De gemeenschappen zijn bezorgd over de dotatie die de bijzondere wet hen zal toekennen voor de

infrastructuur en de medisch-technische diensten van de universitaire ziekenhuizen, zowel wat de lopende als de toekomstige investeringen betreft. Vlaanderen zou op dit moment 150 miljoen euro tekortkomen, de federatie Wallonië-Brussel 50 miljoen euro. Die tekorten vormen een probleem om de geplande investeringen te kunnen uitvoeren. Er zijn momenteel gesprekken aan de gang tussen de verschillende gezondheidsministers om dit probleem aan te pakken.

Deze beknopte analyse van de MAHA-studie 2015 geeft aan dat de sector het op financieel-economisch vlak zeker niet beter stelt dan het jaar voordien, dat de financiële risico's voor de ziekenhuizen die al in slechte papieren zaten er alleen maar groter op geworden zijn, en dat de tekorten van de sector voornamelijk met de medische honoraria en de opbrengsten van de apotheek worden opgevuld. Op lange termijn heeft de sector nood aan stabiliteit, vooral voor de financiering van de zorgactiviteit. Die stabiliteit komt echter nu al in gevaar: voor het jaar 2016 werd de reële groeinorm voor de honoraria vastgesteld op 0,63 %, wat de resultaten van sommige algemene ziekenhuizen nog meer dreigt te ondergraven.

ESTHETISCHE CHIRURGIE: EERSTE SLACHTOFFER VAN DE TAXSHIFT

Bij wet van 23 mei 2013² tot regeling van niet-heelkundige en esthetische geneeskunde werd het begrip gezondheidszorg gedefinieerd in art. 1bis van het KB nr. 78 van 10 november 1967³ betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen uitgebreid met de termen "om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen". Voortaan moet dus onder de term gezondheidszorg verstaan worden:

"diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar in de zin van deze gecoördineerde wet, met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt, om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden."

Deze uitbreiding van het begrip gezondheidszorg met de zorg om het uiterlijk van een patiënt te wijzigen om voornamelijk esthetische redenen heeft de regering in de onderhandelingen over de taxshift er niet van weerhouden om de vrijstelling van btw op de ingrepen en behandelingen met een esthetisch karakter af te schaffen.

Begin dit jaar luidde het op het kabinet van minister van Financiën, Johan Van Overtveldt (N-VA), en op het kabinet van minister van Volksgezondheid, Maggie De Block (Open VLD), nog dat de technische uitwerking van deze maatregel op grote problemen zou stuiten.

Voor de patiënt verhoogt de uitgave voor een operatie in één klap met 21 %, wat hem wel twee keer zal doen nadenken alvorens een esthetische ingreep te laten uitvoeren

Nadat in de eerste onderhandelingsronde rond de taxshift het dossier van de esthetische ingrepen aanvankelijk nog de dans was ontsprongen, werd het in de laatste rechte lijn opnieuw opgevoerd, zonder dat er een praktische oplossing werd uitgewerkt.

De opheffing van de btw-vrijstelling voor esthetische zorg treft niet alleen de plastisch chirurgen, maar alle artsen die ingrepen van esthetische aard uitvoeren, zoals o.m. NKO-artsen, maxillo-faciale chirurgen, gynaecologen, dermatologen enz. Bovendien heeft de opheffing van de vrijstelling niet alleen tot gevolg dat de ingreep als dusdanig onderworpen wordt aan de btw, maar ook alle andere prestaties gelinkt aan deze ingreep of behandeling, zoals bijvoorbeeld deze geleverd door de anesthesist, de klinisch

bioloog, de radioloog. Vallen evenmin uit de boot, de "hotelaccommodatie" aangeboden door de ziekenhuizen, de verpleegdagprijs... De administratieve overlast voor al de betrokken zorgverstrekkers is niet te overzien. Bovendien wordt het geen eenvoudige opdracht om de ingrepen en behandelingen die een zuiver esthetisch doel hebben te onderscheiden van deze die zowel een therapeutisch als een esthetisch doel hebben. Wie zal de uiteindelijke scheidsrechter zijn bij het bepalen van de uiteindelijke aard van de ingreep?

Voor de patiënt verhoogt de uitgave voor een operatie in één klap met 21 %, wat hem wel twee keer zal doen nadenken alvorens te beslissen om een chirurgische ingreep te laten uitvoeren. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg, een van de pijlers van het Belgische gezondheidszorgsysteem, krijgt een flinke opdoffer.

In de komende dagen wordt door de artsenorganisaties druk overleg gepleegd op alle niveaus. U wordt zo spoedig mogelijk op de hoogte gebracht van de verdere evolutie in dit dossier.

² Wet van 23.05.2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren [en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen] (B.S. 02.07.2013)

³ Actueel art. 2 van het KB van 10 mei 2015 houdende coördinatie van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (B.S. 18.06.2015).

BESCHOUWINGEN OVER HET KADASTER VAN ARTSEN-SPECIALISTEN IN DE KLINISCHE BIOLOGIE

Aantal actieve artsen:

Het door de Planningscommissie van de FOD Volksgezondheid opgestelde kadaster (ref. 1; ref. 2, Tab. 8) telt 841 artsen-specialisten in de klinische biologie met het recht om prestaties te verrichten in 2012. 57,8 %, of 486 artsen biologen, zijn actief volgens het criterium van minstens 2 aangegeven RIZIV-verstrekingen. Aangezien dit activiteitscriterium niet bepaald restrictief is, moet men zich de vraag stellen welke activiteit er nog wordt uitgeoefend door de artsen-specialisten boven de 65. Met 84 eenheden in de tabel waarin de actieve biologen in leeftijdscategorieën van 5 jaar worden ingedeeld is hun aantal in de statistieken van het kadaster immers niet te verwaarlozen (ref. 2, afb. 1, waar 497 actieve artsen-biologen worden geteld, tegenover 486 in de eerder vermelde tabel). Wat kan in deze leeftijdscategorie het aandeel zijn van de artsen die nog de klinische biologie beoefenen? Om dat te weten, heeft men zich gebaseerd op het gemiddelde VTE in deze groep, omdat het VTE de enige objectieve notie van activiteit is waarover we beschikken in dit kadaster. In deze groep zijn ze met 34, maar aangezien 1 gemiddeld VTE gelijk is aan 1,38 actieve biologen, kunnen we berekenen dat de groep van actieve artsen-biologen van ouder dan 65 jaar redelijkerwijs 47 ($34 \times 1,38$) bedraagt, wat het totale aantal actieve artsen-biologen op **460** brengt ($497-84+47$).

Een andere manier om het exacte aantal actieve artsen-biologen te ramen is aan de hand van tabel 7 van ditzelfde rapport (ref. 2). Deze tabel vermeldt 229 ge(pre)pensioneerde artsen-biologen buiten RSZ en RSVZ op 841 die als prestatiegerechtigd zijn opgenomen. Als we daarenboven de artsen-biologen elimineren die niet in België wonen ($n=67$) (ref. 1), waarbij we uitgaan van de aannemelijke hypothese dat ze er ook niet werken, komen we aan een saldo van **453** actieve artsen-biologen ($841-229-92-67$).

Een laatste, volgens ons zeer accurate, bron van het kadaster van artsen-biologen is het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP), dat de kwaliteitscontrole van de laboratoria organiseert en dat de personeelssamenstelling van alle Belgische laboratoria bijhoudt in het kader van hun erkenning. Dr. Sc. Biol. Christel Van Campenhout van het WIV is zo vriendelijk geweest ons het aantal artsen-biologen te bezorgen dat eind 2014 actief was in de Belgische laboratoria. Dat aantal bedraagt **458** (tabel onderaan). Diezelfde bron van het WIV leert ons trouwens dat het aantal actieve apothekers-biologen 405 bedraagt, tegenover 483 volgens de RIZIV-bron in het kadaster.

Deze 3 uit diverse bronnen of extrapolaties afkomstige aantallen van artsen-specialisten actief bij het RIZIV, werkzaam in de Belgische laboratoria, liggen zeer dicht bij elkaar en mogen dus als betrouwbaar worden beschouwd.

Bij wijze van besluit moeten de in het kadaster gerapporteerde cijfers, met 841 prestatiegerechtigde artsen-biologen, waarvan 57,8 % actieven (of 486), naar beneden worden bijgesteld om rekening te houden met het contingent artsen-biologen van ouder dan 65 jaar die door het RIZIV nog als actief worden beschouwd, maar die in werkelijkheid de klinische biologie niet meer uitoefenen.

Misschien doet het afbreuk aan de samenhang van de tabel, maar volledigheidshalve dient te worden opgemerkt dat het RIZIV in zijn statistieken van 2014 het aantal prestatiegerechtigde artsen-biologen op 465 begroot (ref. 4), maar met 37 % beoefenaars van boven de 65!

Benodigd aantal artsen-biologen:

Wanneer we vertrekken van de aanname dat er 450 artsen-biologen nodig zijn om het specialisme in België te kunnen waarborgen (rekening houdend met de gelijktijdige aanwezigheid van 405 actieve apothekers-biologen eind 2014), en de loopbaan van de artsen in

7,5 leeftijdsgroepen van 5 jaar (van 30 tot 67,5 jaar) onderverdelen, kunnen we de extrapolatie maken dat er **60** artsen per leeftijdsgroep van 5 jaar nodig zijn voor het hele land.

Het totale aantal is momenteel wel bereikt, maar we stellen vast dat de leeftijdspiramide niet mooi is opgebouwd: in de eerste 3 leeftijdsgroepen van 5 jaar van de loopbaan (tussen 30 en 45 jaar) zien we dat er artsen-biologen te kort zijn. In plaats van 60 artsen, tellen we er maar 45 per leeftijdsgroep. Het totale tekort bedraagt dus $3 \times 15 = 45$ eenheden.

Voor de kandidaten-specialisten geven verschillende bronnen ons de volgende cijfers: respectievelijk 45, 47 en 54 kandidaten voor de jaren 2012, 2013 en 2014 (ref. 3, tab. 20); 44 kandidaten-specialisten in 2012 (ref. 2, tab. 2); 10 artsen die als specialist in de klinische biologie werden erkend in 2014; en 10 artsen die hun opleiding klinische biologie hebben aangevat in 2014 (ref. 3, tab. 144 en 145). We kunnen dus stellen dat het in het kadaster opgegeven aantal van 8 kandidaten per opleidingsjaar een lichte onderschatting is.

Aangezien de specialisatie in de klinische biologie 5 jaar duurt, zijn er 60 kandidaten-specialisten in opleiding (12 per jaar) nodig. Met een jaarlijks quotum van rond de 10 kunnen we ook hier besluiten dat er een tekort van **10** kandidaten is.

Bij wijze van besluit kunnen we aan de hand van de twee voorgaande vaststellingen het tekort aan artsen-biologen op 55 ramen ($45 + 10$). Als men dat tekort in 10 jaar zou willen wegwerken, zou het quotum van het aantal op te leiden kandidaten van 2016 tot 2025 moeten verhoogd worden van 12 (louter vervanging) naar 17 per jaar.

Dr. M. Lievens

Referenties:

1. [Syntheserapport artsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012 van het DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Mei 2015. \(27. Klinische biologie, op pagina 57\)](#) Verder PU2015_03.
 2. [Artsen-specialisten in de Klinische biologie op de arbeidsmarkt, 2012 - Resultaten van de PlanCAD Gegevenskoppeling FOD VVVL - Datawarehouse AM&SB - RIZIV, Mei 2015](#)
 3. [Jaarstatistieken van beroepsbeoefenaars van gezondheidsberoepen, FOD Volksgezondheid](#)
 4. [RIZIV, Statistieken over het aantal individuele zorgverleners, 2014](#)
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP). Gegevens ter beschikking gesteld door Dr. Sc. Biol. Chr. Van Campenhout, Algemeen EKE Coördinator-Kwaliteit Medische Laboratoria:

GEWEST	PHARM BIOL	MED BIOL	TOTAAL
Brussel	44	91	135
Vlaanderen	224	226	450
Wallonië	137	141	278
NATIONAAL	405	458	863

DE RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING EN DE VERZEKERING VAN DE BURGERLIJKE VERDEDIGING

Wanneer u als arts-specialist in een ziekenhuisomgeving te maken krijgt met een beweerde aansprakelijkheid, dan zal u waarschijnlijk beroep kunnen doen op de collectieve polis burgerlijke- en beroepsaansprakelijkheid afgesloten door het ziekenhuis of door de Medische Raad om uw belangen te verdedigen.

De burgerlijke aansprakelijkheidsverzekeraar heeft immers het recht om in de plaats van zijn verzekerde de schadevordering van tegenpartij aan te vechten; hij heeft immers "de leiding van het geschil". U heeft dus geen vrije keuze van advocaat of andere deskundigen om uw belangen te verdedigen! De verzekeraar verdedigt immers zichzelf want bij bewezen aansprakelijkheid zal hij tot schadevergoeding dienen over te gaan.

Velen zullen deze vorm van verdediging verwarren met een rechtsbijstand; deze laatste zal de belangen van het slachtoffer behartigen om de schade te recupereren van de aansprakelijke partij (*burgerlijk verhaal*).

Toch zal een rechtsbijstandsverzekeraar ook de belangen van de vermeende aansprakelijke arts-specialist behartigen indien er een belangenconflict optreedt met de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekeraar. Hij zal dan de waarborg burgerlijke verdediging verlenen.

Wat is voor een arts-specialist een voorbeeld van een belangenconflict?

Er kan zich een belangenconflict voordoen ten opzichte van de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekeraar wanneer deze de aansprakelijkheid niet of nauwelijks wil aanvechten indien zou blijken dat deze bijna onomkeerbaar vastligt, omdat zowel u als arts-specialist als het ziekenhuis een fout hebben begaan. Wanneer het niet geheel duidelijk is welke proportionaliteit uw aansprakelijkheid heeft ten opzichte van deze van het ziekenhuis treedt er een eventueel belangenconflict op waarbij u niet ten gronde kan worden verdedigd. De verzekeraar die beide partijen verzekert zal immers toch moeten overgaan tot schadevergoeding.

Wanneer zich een dergelijk belangenconflict voordoet, geniet u als arts-specialist van een onafhankelijk advies en indien nodig de vrije keuze van een advocaat of andere deskundigen.

Ook wanneer de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekeraar van oordeel zou zijn dat uw aansprakelijkheid niet wordt verzekerd om redenen van een uitsluitingsgrond in de polis kunt u terugvallen op de burgerlijke verdediging van de rechtsbijstandsverzekering.

Dit toont aan dat er genoeg redenen zijn om uw belangen te laten verdedigen door een professionele rechtsbijstandsverzekeraar die onze makelaar Concordia samen met de het VBS heeft gekozen. De verzekeraar D.A.S. is al jaren de verzekeraar die de leden van het VBS kunnen aanspreken, en dit aan zeer bevoorrechte premievoorwaarden.

✂.....

TOETREDINGSFORMULIER

Ik wens de polis "Rechtsbijstand Beroep" van het VBS bij de maatschappij DAS te onderschrijven



Ik wens een telefonisch contact op het nr. :
____/____

Naam/voornaam (eventueel vennootschap):

Adres:
Geboortedatum:
Tel. privé:
Tel. werk:
E-mail:
Fax:

FORMULIER TERUG TE STUREN OF TE
FAXEN NAAR:
CONCORDIA NV
Ter attentie van Danny Mertens
Romeinsesteenweg 564B
1853 STROMBEEK-BEVER
Fax: 02/420.16.34
e-mail: dmertens@concordia.be

Datum: .. /.. /.... Handtekening:

POLYMEDICATIE IN HET KADER VAN HET RATIONEEL GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN BIJ OUDEREN – SYMPOSIUM 03.12.2015

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) en het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CEG) organiseren op donderdag 3 december 2015 een symposium over "Polymedicatie in het kader van het rationeel gebruik van geneesmiddelen bij ouderen" vanaf 8u30 in het Auditorium Lippens, Koninklijke Bibliotheek, Keizerslaan 2 te 1000 Brussel. De bedoeling van deze symposiumdag is een algemeen overzicht te maken van lopende projecten in België (of in naburige landen) ter verbetering van het gebruik van geneesmiddelen bij ouderen.

Inschrijven is gratis en kunt u doen door aanvraag van een inschrijvingsformulier op het e-mailadres polymedic-symposium@riziv.fgov.be
[Klik hier voor meer info](#) (alleen elektronisch tijdschrift).

**ERKENNINGSCRITERIA BIJZONDERE BEROEPSTITEL
"FORENSISCHE PSYCHIATRIE"
(BELGISCH STAATSBLAD 10.11.2015)⁴**

Ministerieel besluit van 28.10.2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten

HOOFDSTUK 1. - Algemene bepaling

Artikel 1. Onder forensische psychiatrie wordt verstaan de beoordeling en behandeling van personen met een geestesstoornis die in aanraking komen met justitie. De forensische psychiatrie is zowel gericht op het uitvoeren van expertiseonderzoeken die dienen als bewijsmiddel in burgerlijke en strafzaken als op de diagnose en behandeling van personen met een geestesstoornis die in aanraking komen met justitie.

De forensische psychiatrie omvat eveneens het uitvoeren van een deskundigenonderzoek bij slachtoffers van een misdrijf.

HOOFDSTUK 2. - Criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel forensische psychiatrie

Art. 2. Wordt erkend als geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, de geneesheer die :

1° erkend is als geneesheer-specialist in de psychiatrie;

2° een specifieke opleiding in de forensische psychiatrie heeft gevolgd als bedoeld in de artikelen 3, 4 en 5;

3° alle fundamentele klinische vaardigheden en specifieke technieken hanteert betreffende diagnose, behandeling en opvolging van geestesstoornissen specifiek voorkomend binnen een gerechtelijk kader, [met inbegrip van de aanwending van dwangmiddelen];

4° kennis en kunde heeft van een systeembrede aanpak van kwaliteit en veiligheid; het gaat in concreto om :

- Een systeembrede benadering van diagnostische en therapeutische zorgprocessen in de forensische psychiatrie alsook de opvolging en bewaking ervan;
- Het bevorderen van een patiëntveiligheidscultuur;
- De registratie, analyse, interpretatie en weergave van gegevens;
- Het rapporteren en analyseren van (bijna)incidenten;
- Kennis over de wetgeving patiëntenrechten en de concrete toepassingen ervan in de forensische context;
- Communicatievaardigheden met het oog op overleg met zorgverleners, patiënten en familie.

5° nauw samenwerkt met andere geneesheren-specialisten en andere gezondheidszorgbeoefenaars, betrokken bij de multidisciplinaire benadering van de forensische psychiatrie;

6° nauw samenwerkt met gerechtelijke en penitentiaire instanties.

Art. 3. De specifieke opleiding in de forensische psychiatrie bestaat uit een theoretisch en een praktisch gedeelte.

Art. 4. § 1. De theoretische opleiding omvat een universitaire opleiding van minstens 12 studiepunten bestaande uit minstens volgende modules :

- Inleiding tot het strafrecht en het procedureel recht;
- Inleiding tot het jeugd-en familierecht, met inbegrip van de uithandengeving;
- Forensische kaart;
- Multidisciplinair werken;
- Forensische psychopathologie;
- Forensische psychodiagnostiek;
- Risicotaxatie;
- Behandeling zowel in een buiten-penitentiaire als penitentiaire setting;
- Psychofarmacotherapie in forensische context;
- Beeldvorming van het centraal zenuwstelsel;
- Ethiek en deontologie;

⁴ Ingevoerd in art. 2 van het KB van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde door het KB van 26.10.2015 (BS 10.11.2015).

- Deskundigenonderzoek bij slachtoffers;
- Capita selecta.

Art. 5. § 1. De praktische opleiding bestaat uit een professionele stage van twee jaar die voltijds wordt uitgeoefend en gecumuleerd kan worden met de theoretische opleiding als bedoeld in artikel 4..

Het eerste jaar van de stage kan bovendien gecumuleerd worden met de basisopleiding psychiatrie.

§ 2. De professionele stage bevat twee componenten, met name de diagnose en behandeling van patiënten in een forensische setting enerzijds en het uitvoeren van forensisch psychiatrische deskundigenonderzoeken anderzijds.

Tijdens zijn eerste stagejaar dient de stagiair gedurende één jaar voltijds patiëntencontacten te verrichten.

Daarnaast voert de stagiair tijdens de stageperiode minstens 40 forensisch psychiatrische deskundigenonderzoeken uit.

§ 3. Het uitvoeren van forensisch psychiatrische deskundigenonderzoeken door een stagiair forensisch psychiater veronderstelt een door de rechtsmacht bevolen expertise onder supervisie van een erkend stagemeeester, als bedoeld in artikel 6.

§ 4. De stage stelt de stagiair in staat om volgende klinische vaardigheden te verwerven :

- Het stellen van een adequate anamnese met respect voor de patiënt, rekening houdend met de toepasselijke reglementaire en deontologische bepalingen;
 - Het klinisch onderzoek van personen met een geestesstoornis die in aanraking komen met een gerechtelijke instantie/justitie;
 - De klinische observatie en analyse van forensisch psychiatrische problematieken;
- Gebruik van relevante diagnostische metingen om de klinische toestand van de patiënt te interpreteren, conclusies te trekken en een geschikte behandeling op te starten;
- Testen van het risico op recidive.

§ 5. De stagiair komt tijdens zijn volledige stageperiode sequentieel onder toezicht te staan van minstens 2 verschillende stagemeeesters.

HOOFDSTUK 3. - Criteria voor de erkenning van stagemeeesters

Art. 6. § 1. Wie erkend wenst te worden als stagemeeester in de forensische psychiatrie, moet :
1° sedert minstens vijf jaar erkend zijn als geneesheer-specialist in de forensische psychiatrie;
2° minstens halftijds de forensische psychiatrie beoefenen;

§ 2. Per stagemeeester wordt één stagiair toegewezen.

HOOFDSTUK 4. - Criteria voor de erkenning van stagediensten

Art. 7. § 1. Om als stagedienst in de forensische psychiatrie te worden erkend, moet de dienst:

- Beschikken over een methodologie voor kwaliteitsborging van de opleiding;
- Beschikken over een systeembreed kwaliteits-en veiligheidsbeleid voor zorgprocessen;
- Voldoende turnover van patiënten genereren;
- Een voldoende divers pathologieaanbod bieden.

HOOFDSTUK 5. - Overgangsbepalingen

Art. 8. In afwijking van artikel 2, 2°, kan als geneesheer-specialist in de forensische psychiatrie worden erkend iedere geneesheer-specialist in de psychiatrie die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam in de forensische psychiatrie gedurende de laatste 5 jaren, voorafgaand aan de datum van inwerkingtreding van dit besluit.

Het bewijs dat hij algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam, kan onder meer worden geleverd aan de hand van persoonlijke publicaties, zijn actieve deelname aan (inter)nationale congressen, aan wetenschappelijke vergaderingen met betrekking tot de forensische psychiatrie, alsook aan activiteiten die kenmerkend zijn voor deze discipline.

Art. 9. Een termijn van 1 jaar voltijdse professionele stage, die beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 5, wordt gevalideerd als een halve opleidingstermijn met dien verstande dat de theoretische vorming bedoeld in artikel 4 wordt volbracht tijdens het geheel van de opleiding.

Art. 10. De anciënniteit van de stagemeeester zoals bedoeld in artikel 6, § 1, 1°, zal slechts worden vereist op een door de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid nader te bepalen datum.

Art. 11. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2016.

NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

ARTIKEL 6 (TANDVERZORGING) (IN VOEGE OP 01.12.2015)

2 OKTOBER 2015 - Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van artikel 6 van de nomenclatuur (B.S. d.d. 26.10.2015)

Artikel 1. In artikel 6, § 5, 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 5 april 2011, wordt het eerste lid van 2.2. vervangen als volgt :

"2.2. Deze leeftijdsvoorwaarde vervalt voor de rechthebbende die aan een van de volgende aandoeningen lijdt of zich in een van de volgende toestanden bevindt :

- 1) Malabsorptiesyndromen en colorectale ziekten;
- 2) Mutilerende ingre(e)p(en) op het spijsverteringsstelsel;
- 3) verlies en/of extractie van tanden wegens osteomyelitis, osteonecrose door bisfosfonaten, radiotherapie (tandaantasting en/of osteoradionecrose), antitumorale chemotherapie of behandeling met immunosuppressie-agens.
- 4) extracties van tanden ter preventie van endocarditis, tijdens de op punt stelling vóór een openhartoperatie of een orgaantransplantatie, antitumorale chemotherapie, behandeling met immunosuppressie-agens, radiotherapie of behandeling met bisfosfonaten.
- 5) congenitale agenesie van minstens DRIE blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van tanden.
- 6) tandverlies ten gevolge van een tandtrauma bij een patiënt in behandeling voor epilepsie, veroorzaakt door een epileptische aanval."

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

ARTIKEL 5 EN 6 (TANDVERZORGING)

27 SEPTEMBER 2015 - Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur (B.S. d.d. 01.10.2015)

De volledige tekst kunt u op eenvoudige vraag verkrijgen via het secretariaat: tel. 02/649.21.47, fax 02/649.26.90 of e-mail info@vbs-gbs.org.

WIJZIGING INTERPRETATIEREGELS

BS 20.10.2015:

ART. 20, § 1, C (GASTRO-ENTEROLOGIE)

Interpretatieregel 01 wordt opgeheven.

Deze opheffing heeft uitwerking op 1 juli 2003.

NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

BS 14.09.2015:

VERSTREKKINGEN VAN VERGOEDBARE IMPLANTATEN EN INVASIEVE MEDISCHE HULPMIDDELEN

"INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Mag verstrekking 167871-167882 aangerekend worden wanneer een fusie van de falangen wordt gerealiseerd?

ANTWOORD

Nee, de verstrekking 167871-167882 mag niet aangerekend worden voor fusie van de falangen. De hulpmiddelen gebruikt tijdens een fusie van de falangen moeten aangerekend worden via de verstrekkingen voor de osteosyntheseschroeven of peg."

De interpretatieregel 14 heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014.

AANKONDIGINGEN

15164 BRUSSEL- Watermaal-Bosvoorde: Te huur, al dan niet gemeubeld: bel-etagewoning: gelijkvloers geschikt voor medisch beroep + 3 verdiepingen in residentiële rustige omgeving. Contact: Y. Baeten, yo.baeten@skynet.be (0495/23.15.17 na 17 u). Meer info op Immoweb 6009570

15159 BRUSSEL - Polikliniek in Sint-Gillis zoekt 1 OFTALMOLOOG en 1 DERMATOLOOG. Tel.: 0495/51 18 17.

15149 SINT-NIKLAAS - Het AZ Nikolaas zoekt een ANATOOM-PATHOLOOG halftijds, niet exclusief. Indiensttreding: 01/01/2017. Info : Dr. Saskia Deprez – Med. diensthoofd Pathol. Anat. 03 760 23 08 - saskia.deprez@aznikolaas.be; Med. Dir. Dr. P. Nieberding 03 760 27 52. Kandidatuur tot 6 weken na deze publicatie aan Dr P. Nieberding en de gedelegeerd bestuurder, dhr. K.Michiels AZ Nikolaas Moerlandstraat 1 -9100 Sint-Niklaas of via www.aznikolaas.be

15148 NEDERLAND - Polikliniek de Blaak (Rotterdam) zoekt per direct een PLASTISCH CHIRURG voor 8 uur per week met mogelijkheden voor uitbreiding van het aantal uren. Meer info : www.polikliniekdeblaak.nl/het-bedrijf/vacature. Sollicitatiebrief en CV per e-mail naar personeelszaken. E-mail adres: pz@polikliniekdeblaak.nl

15147 - Over te nemen en af te halen: audiometrische kabine (Z.G.S.) – Afmetingen : 208x100x100 + tablet 78x95x45 alsook een NKO onderzoek zetel elektrisch (G.S.). Tel. 's avonds : 0475/667678.

15145 WOLUWE - Revalidatiecentrum Zeplin CAR Woluwe, Georges Henrilaan 278, 1200 Brussel, zoekt een: Geneesheer-specialist in NEUS- KEEL en OORZIEKTEN met interesse in otologie en audiofonologie als bediende binnen een RIZIV-conventie. 8 uur/week. Multidisciplinaire benadering en consultaties. Meer informatie kan opgevraagd worden via het secretariaat 02 736 55 46 of hilde.vanwilderode@zeplin.be. Sollicitatiebrieven en CV naar jos.vaneygen@zeplin.be

15142 MALLE - Het AZ St-Jozef zoekt een ANESTHESIST met bijkomende erkenning in de INTENSIEVE ZORGEN (voltijds). Info : Dr Gerlinde Adriaenssens, diensthoofd anesthesie 03 380 24 78 of via e-mail gerlinde.adriaenssens@emmaus.be. Kandidaturen met uitg. CV : Dr Gerlinde Adriaenssens,diensthoofd anesthesie; Dr Christel Depestel, hoofdgeneesheer-med. Dir. en Koen Vancraeynest,Alg. Dir., AZ Sint Jozef, Oude Liersebaan 4 te 2390 Malle.

➔ Bezoek de JOBS-rubriek op onze website – www.vbs-qbs.org/publicaties/advertenties

Inhoudstafel

• MAHA-studie 2015	1
• Esthetische chirurgie: eerste slachtoffer van de taxshift.....	3
• Beschouwingen over het kadaster van artsen-specialisten in de klinische biologie	4
• De rechtsbijstandsverzekering en de verzekering van de burgerlijke verdediging	5
• Symposium 'Polymedicatie bij ouderen' 03.12.2015	6
• Erkenningscriteria bijzondere beroepstitel Forensische psychiatrie.....	7
• Nomenclatuurwijzigingen	9
• Interpretatieregels.....	9
• Aankondigingen	10