

---

# 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](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 2406-6338 - MAANDBLAD

**Nr. 5 / SEPTEMBER 2015**

Afgiftekantoor: BRUSSEL X – Erk.nr. P918436

---

## KOPPELING DATA FOD VOLKSGEZONDHEID-DATAWAREHOUSE

### **NAAR EEN NAUWKEURIGE EN ERNSTIGE PLANNING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN OVEREENSTEMMING MET DE REALITEIT OP HET TERREIN?**

“De dynamische kadasters van de zorgberoepen brengen het huidige werkveld nauwkeurig in kaart”, aldus minister van Volksgezondheid, Maggie De Block. “Hoeveel professionals zijn er momenteel aan de slag, wat is hun activiteitsgraad, waar werken ze, hoe oud zijn ze, enzovoort? Ze laten de Planningscommissie toe om de toekomstige noden qua medisch aanbod te berekenen.”<sup>1</sup>

In mei jongstleden heeft de Planningscommissie Medisch Aanbod van de FOD Volksgezondheid het PlanCAD artsen 2004-2012, of dynamisch kadaster, voorgesteld.

Het gedetailleerde kadaster bestaat uit 52 documenten<sup>2</sup>. Er is ook een synthesesedocument, dat uit twee delen bestaat: in het eerste deel wordt de gevolgde methodologie uitgelegd, het tweede deel bevat voor elk specialisme een samenvattende tabel<sup>3</sup>. Om u een beeld te geven van de draagwijdte van dit kadaster dat moet helpen om de evolutie van het zorgaanbod te plannen, het aantal op te leiden specialisten te bepalen, en de onder- of overbezette specialismen te detecteren, stellen wij u het in dit artikel voor en belichten we tevens de statistische vertekeningen die er inherent aan zijn.

***Het kadaster maakt  
het mogelijk om de  
discussie te kaderen  
en per specialisme  
de noden en  
tendensen aan de  
aanbodzijde  
zichtbaar te maken***

#### **Waarom een dynamisch kadaster?**

Sinds een vijftiental jaar publiceert de FOD Volksgezondheid jaarlijks statistieken van de gezondheidszorgberoepen. Dit zijn ruwe statistieken, die geen enkele indicatie bevatten over de activiteit van de gerepertorieerde specialisten.

---

<sup>1</sup> <http://www.deblock.belgium.be/nl/installatie-nieuwe-planningscommissie>: op. cit.

<sup>2</sup> Voor elk specialisme heeft de planningscommissie een gedetailleerde studie uitgevoerd, die zich in de documenten van het kadaster bevindt. Om het u gemakkelijk te maken, hebben we een link naar deze documenten van de planningscommissie op de website van het VBS geplaatst. U kunt het overzicht vinden op [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) > NEWS > [19.08.2015 Dynamisch kadaster van artsen 2004-2012 \(FOD Volksgezondheid - mei 2015\)](#)

<sup>3</sup> U kunt het synthesesedocument op onze website raadplegen: [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) > NEWS > [18.06.2015 Syntheserapport: artsen op de arbeidsmarkt 2004-2012](#)

De invoering van een dynamisch kadaster moet het mogelijk maken om een zo nauwkeurig mogelijke raming te maken van de activiteitsgraad van de gezondheidszorgbeoefenaars, zodat het aantal verstrekkers in overeenstemming kan worden gebracht met de noden van de bevolking.

Het loutere aantal actieve specialisten geeft enkel de theoretische dichtheid van het aantal specialisten in België weer, maar is onvoldoende om de daadwerkelijk verrichte activiteit te achterhalen en enigszins betrouwbare projecties te maken.

Het dynamische kadaster is betrouwbaarder en zal aan een wiskundig model voor flowanalyse worden gekoppeld om solide prognoses te maken over de dichtheid van elk specialisme (het aantal specialisten per 10.000 inwoners) in een gegeven tijdshorizon, rekening houdend met de evolutie van de artsenpopulatie en de bevolking.

### **Hoe is het tot stand gekomen?**

De FOD Volksgezondheid heeft, in samenwerking met de Planningscommissie, data van het RIZIV over de activiteit "geïnjecteerd" (op basis van het aantal terugbetaalde verstrekkingen over de periode 2004-2012) en gecombineerd met gegevens afkomstig van andere bronnen (RSZ<sup>4</sup>...).

Om de activiteit in rekening te nemen moet het aantal specialisten in termen van VTE<sup>5</sup> worden bepaald.

Bij het onderling koppelen van de gegevens hebben de auteurs van het kadaster drempels moeten instellen om te bepalen of een arts-specialist actief is. Hij wordt als actief beschouwd in België als hij in de loop van een jaar minstens twee RIZIV-prestaties heeft uitgevoerd of als hij minstens 0,1 VTE heeft gepresteerd in het kader van de RSZ.

We stellen immers vast dat alle artsen-specialisten niet gedurende hun hele loopbaan op dezelfde manier werken, dat in sommige specialismen de specialisten hun activiteit beëindigen of sterk verminderen.

In het kadaster worden de VTE's berekend op basis van het mediaanaantal RIZIV-verstrekkingen uitgedrukt in euro in de leeftijdsgroep 45-54 jaar. Aan de hand daarvan kan per specialisme het gemiddelde VTE worden berekend en per regio opgesplitst.

De gegevenskoppeling maakt het in theorie mogelijk een nauwkeurig antwoord te geven op de volgende vragen:

- Wat is het aantal actieve personen per specialisme?
- Hoe ziet de leeftijds piramide van een specialisme eruit?
- Wat is het aantal prestaties in voltijds equivalent dat is verricht door deze specialisten?

Wij hebben tal van reacties ontvangen, waarvan er sommige in de pers zijn verschenen, naar het kabinet van minister De Block werden gestuurd of u werden meegedeeld in de vorm van een e-specialist. U vindt enkele van die reacties na dit artikel.

Waar we de FOD Volksgezondheid erkentelijk moeten zijn voor het samenstellen van dit kadaster, moet er toch ook worden aangestipt dat het tal van statistische vertekeningen bevat in de database en de gehanteerde drempels. Deze vertekeningen worden duidelijk vermeld in het hoofdstuk dat gewijd is aan de methodologie.

- Dit kadaster is eens te meer de bevestiging van de uitspraak dat de statistiek de moeder van de inexacte wetenschappen is. Sommige conclusies en cijfers geven aanleiding tot

---

<sup>4</sup> Rijksdienst voor Sociale Zekerheid

<sup>5</sup> Voltijds equivalent(schap). Het voltijds equivalent drukt de hoeveelheid werk uit die wordt verricht door een persoon in verhouding tot de hoeveelheid werk die een normale voltijdse bediende verricht.

verwarring, zijn discutabel of zelfs helemaal verkeerd, zonder dat er ook maar het minste bedrieglijk opzet was:

- De cartografie is verre van nauwkeurig, toch wat het regionale niveau betreft. Het geografische criterium is immers niet op de activiteitsplaats van de arts gebaseerd, maar op zijn woonplaats!
- Bij sommige specialismen zou het VTE slecht zijn ingeschat.
- De prestaties om het volume van het VTE te bepalen zijn uitsluitend berekend op basis van RIZIV-bedragen, hoewel het niet noodzakelijk zo is dat een specialist die over een gegeven periode in waarde minder dan de VTE-mediaan heeft gepresteerd niet voltijds werkt. Misschien moeten we zelfs besluiten dat de notie van VTE ongeschikt is voor beroepen waarin de arbeidstijd niet geregeld is!
- De activiteitsgraad is enigszins vertekend, omdat een arts-specialist maar twee verstrekingen in een jaar moet geattesteerd hebben om als actief te worden beschouwd.
- De door zelfstandige artsen buiten het systeem van RIZIV-zorgvergoeding verrichte activiteit is niet gerepertorieerd.

Ondanks dat alles mogen we het kind niet met het badwater weggooien. Het dynamisch kadaster is ernstig opgevat, precies en voldoende genuanceerd. Het maakt het mogelijk om de discussie te kaderen en per specialisme de noden en tendensen aan de aanbodzijde zichtbaar te maken, veel beter dan een kadaster dat totaal geen rekening houdt met de activiteit dat zou kunnen.

Dit dynamisch kadaster zou in de toekomst, wanneer de noden op het vlak van opleiding en het aantal op te leiden specialisten moeten worden gepland, verder kunnen worden verfijnd.

In weerwil van de statistische vertekeningen die het bevat, is het kadaster een essentieel instrument om de evolutie van het medisch aanbod in te schatten, en met meer facetten rekening te houden dan met zuiver financiële overwegingen. Het kadaster moet een zo afdoend mogelijk antwoord bieden op de vraag die enerzijds gepaard gaat met de veroudering van de artsenpopulatie en de evolutie van de beroepspraktijken van de artsen-specialisten (die steeds meer een evenwicht tussen professioneel en privéleven nastreven), en anderzijds met de demografische evolutie en de vergrijzing van de bevolking die een grotere vraag naar een bepaald soort zorg teweegbrengen.

Het dynamisch kadaster kan, gezien zijn beperkingen, niet het enige beslissingsinstrument vormen om het aanbod aan artsen-specialisten en de noden op het vlak van opleiding te plannen. De conclusies die eruit getrokken worden moeten worden gekruist met kwalitatieve analyses en met discussiepanels die representatief zijn voor de specialistische geneeskunde.

**Opiniestuk van Roger DETRY, Prof. emeritus chirurgie en voormalig voorzitter van de geneeskundeopleiding aan de UCL**

**ONTBREKEND KADASTER, TABOEKADASTER?**

*De opschudding en de media-aandacht waren groot toen bleek dat er geneeskundestudenten waren die na 7 jaar studies geen RIZIV-nummer zouden kunnen krijgen. De verantwoordelijkheid daarvoor berustte grotendeels bij de betrokkenen (Franstalige politici, universitaire overheden en studenten), die om diverse redenen afkerig stonden tegenover een regeling bij het begin van de studies, die in tal van buurlanden en Vlaanderen wel bestaat. Er werden voorstellen tot oplossing gedaan.*

*Het aangekondigde artsentekort is selectief, zoals bijvoorbeeld in de huisartsgeneeskunde, waarvoor minder dan de helft van de studenten (= artsen in beroepsopleiding, red.) kiest. Verhelpen buitenlandse artsen een reëel tekort, of pikken zij een deel van de plaatsen in in specialismen die in de ogen van de Belgen minder aantrekkelijk zijn? Een artsenkadaster is onontbeerlijk; het moet ook worden vergeleken met dat van de redelijke behoeften in de gezondheidszorg.*

*Eén fundamentele factor werd niet vermeld in het debat, en bleef verzwegen op alle niveaus. Talrijke studenten die vrije toegang eisen tot de universitaire opleiding laten niet na om, eenmaal ze hun diploma behaald hebben en soms zelfs tijdens hun studies, op het ontoereikende karakter ervan te wijzen; ze vinden dat ze 'door hun studies nauwelijks worden voorbereid om de maatschappelijke uitdagingen aan te gaan'.*

*Kennisoverdracht kan plaatsvinden in volgepakte reuzenaula's, via virtuele universiteiten of het internet. De beperkingen van dergelijk 'passief' onderwijs zijn algemeen bekend. Er is echter meer. Overdracht van theoretische kennis volstaat niet, maar moet worden aangevuld met een opleiding van de mens. Bekwaamheid, vindingrijkheid, communicatieve skills, kritische houding, sociale vaardigheden, vakkundigheid, leren leren vormen de specifieke uitdaging voor de universiteiten.*

*Deze dimensie is cruciaal in de geneeskunde. Iedereen wil het: de mens, te midden van de praktijk, moet te midden van de opleiding staan. Hoe een patiënt, dus niet louter de ziekte, moet worden benaderd, leer je niet in de eerste plaats op hoorcolleges ex cathedra. Dit vergt tijd en een uitgebreide menselijke omkadering, dicht bij de student, die artsen vormt tot individuen die in staat zijn te denken, te analyseren, hun emoties te beheren, de patiënt te benaderen in al zijn facetten, met zijn angsten en pijn, die de wereld kennen waarin patiënten, ziekten en zorgverstrekkers hun plaats hebben. Deze opleiding tot sociaal onderlegd en vakbekwaam beoefenaar is des te meer aangewezen bij jonge mensen, die volgens sommige studies kwetsbaarder zijn door een narcistisch virtueel gedachtegoed dat steeds terrein wint. Tegelijkertijd zal de mate aan contact van de student met de patiënten die als 'heilzaam' mag worden beschouwd alleen maar afnemen. Het aantal studenten explodeert, maar er worden geen cohorten van bekwame stagemeesters, noch van stageplaatsen tevoorschijn getoverd. De ziekenhuizen zien hun pedagogische capaciteit verminderd door de opgelegde vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en de duur ervan. Het zijn plaatsen geworden waar een steeds hogere graad van techniciteit heerst, vaak ten koste van het menselijke aspect, wat uitstekend is om technisch ingenieurs gespecialiseerd in de menselijke machinerie klaar te stomen, maar niet zozeer om complete artsen op te leiden. De alarmbel is op magistrale wijze geluid door de Franse Nationale Academie voor Geneeskunde (Rapport Michel, Parijs, 2011).*

*Het volstaat niet om te verkondigen dat we de beste artsen opleiden en zullen blijven opleiden met de huidige middelen en met steeds meer studenten. Het op elkaar afstemmen van het aantal studenten en de middelen die voor hun opleiding worden uitgetrokken is een noodzakelijke voorwaarde voor de kwaliteit van die opleiding. Alle pedagogische modellen die wereldwijd als voorbeelden worden aangehaald zijn slechts mogelijk op basis van een verhouding tussen onderwijzenden/onderwezenen die niet te vergelijken is met de onze.*

*Een artsenkadaster, aangevuld met een evaluatie van de redelijke behoeften, is nodig. Maar er moet ook dringend een kadaster worden opgesteld van wat de effectieve pedagogische mogelijkheden zijn om de artsen van vandaag op te leiden. Hoeveel bekwame artsen kunnen we opleiden met onze middelen is een belangrijke vraag die niemand stelt. Hier een antwoord op proberen te vinden is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid en plicht van de universiteiten, die niet gegijzeld mogen worden door dogmatische of cliëntelistische politici, protectionisme ten gunste van studenten of beroepsgroepen, of de wedloop naar marktaandeel. De pedagogische numerus clausus bestaat, het is zaak om hem zo snel mogelijk in het debat te betrekken, hoe vervelend dat ook kan zijn.*

*R. Detry*

## Analyse van het artsenkadaster door de Belgische Beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen

### NUTTIG WERKINSTRUMENT VOOR PROSPECTIEF BELEID, MAAR TE VROEG OM INZICHT TE KRIJGEN IN IN- EN UITSTROOM INTENSIVISTEN

De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft in mei 2015 een Syntheserapport Artsen op de arbeidsmarkt 2004-2012 gepubliceerd. Dit rapport is te consulteren op de website van het VBS ([www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org)) onder de topic News.

Dit rapport is een eerste versie van een Artsenkadaster waarin de verschillende artsenspecialismen in kaart worden gebracht. Dit kadaster is er gekomen door gegevens uit verschillende databanken te koppelen.

Die werkwijze geeft aanleiding tot verschillende onnauwkeurigheden en assumpties, maar het is de bedoeling om jaar na jaar het artsenkadaster meer correct en betrouwbaar te maken.

Vooraf de interpretatie van de cijfers over de bijzondere bekwaamheden na het basisspecialisme dient met enige omzichtigheid te gebeuren. Het feit dat vele intensivisten naast hun activiteit binnen de functie intensieve zorg ook een activiteit blijven uitoefenen binnen hun basisspecialisme bemoeilijkt aanzienlijk de interpretatie van de voorgestelde data.

De beroepsvereniging intensieve zorg heeft gepoogd enige toelichting te geven bij de gegevens over de bijzondere beroepstitel intensieve zorg. Deze analyse is de visie van de bestuursleden en kan vanzelfsprekend aangevuld worden met andere visies.

A. Het kadaster telt eind december 2012 801 artsen met de bijzondere beroepstitel intensieve zorg:

- 503 intensivisten in het Vlaamse Gewest,
- 197 intensivisten in het Waalse Gewest,
- 68 intensivisten in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest,
- 33 intensivisten in het buitenland of zonder gegevens.

Elke arts met de bijzondere beroepstitel intensieve zorg die minstens 2 prestaties per jaar uit de reanimatienomenclatuur (artikel 13 van de ZIV-wet) heeft uitgevoerd wordt beschouwd als "actief" intensivist. Het aantal "echte" intensivisten binnen de functie intensieve zorg wordt daardoor sterk overschat. De registratie is gebeurd in 2012, dus voor de specifieke nomenclatuur voor de intensivist in voege is getreden. Dit verklaart waarom 89,5 % van alle sinds 1996 erkende intensivisten nog als "actief" worden beschouwd.

Het aantal intensivisten werkzaam in de hoofdstad Brussel is sterk onderschat, omdat de woonplaats als criterium wordt gehanteerd en niet het ziekenhuis waar de arts werkzaam is. Volgens de kaart met de geografische spreiding blijken intensivisten vooral in residentiële gebieden te wonen.

Opgedeeld volgens basisspecialisme krijgen we volgende verhoudingen:

- 45,6 % anesthesisten
- 25,8 % internisten
- 12 % cardiologen
- 4,5 % pediaters
- 1,5 % chirurgen
- 10,6 % specialismen zonder RIZIV-prestaties in 2012

79,8 % van de intensivisten zijn geaccrediteerd. Aangezien er geen specifieke accreditatie bestaat voor de bijzondere erkenning in de intensieve zorg kunnen wij hieruit niet afleiden hoeveel artsen effectief hun hoofdactiviteit hebben binnen de functie intensieve zorg.

B. Het kadaster maakt een arbitraire berekening van het aantal voltijds equivalenten (VTE) intensivisten.

Er worden 785 VTE geteld binnen het RIZIV-systeem (zelfstandigen) en 168,9 VTE binnen het RSZ-systeem (gesalarieerden). Gesalarieerde artsen die ook prestaties factureren binnen het RIZIV worden in beide groepen geteld.

Om het aantal VTE volgens de gegevens van de Sociale Zekerheid te berekenen wordt rekening gehouden met het effectief aantal gepresteerde werkdagen in 2012 als gesalarieerde arts. De 168,9 VTE vertegenwoordigen een activiteit zowel binnen als buiten de intensieve zorg.

Voor de berekening van 1 VTE binnen het RIZIV wordt gekeken welke inkomsten de groep intensivisten met leeftijd tussen de 45 en 54 jaar hebben verkregen uit de RIZIV-terugbetalingen binnen of buiten de intensieve zorg (exclusief de vergoedingen voor medische permanentie).

De mediaan van dit bedrag (ongeveer 260.000 euro) komt overeen met 1 VTE. De artsen met een bijzondere erkenning in de intensieve zorg uit de verschillende basisspecialismen hebben een wisselend activiteitsniveau binnen de intensieve zorg. De verkregen mediaan is dus geen weergave van het inkomen uit de intensieve zorgactiviteit.

Het totaal aantal gepresteerde VTE wordt gedeeld door het totaal aantal intensivisten (785) en geeft het gemiddeld gepresteerd VTE per intensivist. Het nationaal gemiddelde VTE dat wordt gepresteerd in het kader van het RIZIV bedraagt 0,98 VTE.

- 1,13 VTE voor het Vlaamse gewest,
- 0,87 VTE voor het Waalse gewest,
- 0,61 VTE voor het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

De VTE-waarde heeft slechts een relatieve waarde en mag, zoals het kadaster zelf vermeldt, niet normatief worden gebruikt.

C. 96,4 % van de erkende intensivisten heeft de Belgische nationaliteit en 98,5 % van de erkende intensivisten heeft een artsendiploma behaald aan een Belgische universiteit.

Van de 801 intensivisten zijn er slechts 27,1 % vrouwelijke collega's. Hiermee zitten we sterk onder het gemiddelde van 39 % vrouwelijke artsen eind 2012.

- 42,3 % van de intensivisten is jonger dan 45 jaar,
- 55,1 % is tussen de 45 jaar en de 65 jaar,
- 2,6 % is ouder dan 65 jaar.

Het aantal intensivisten boven de 45 jaar is overschat, omdat in 1996-1998 een aantal artsen de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorgen hebben verkregen via de overgangsmaatregelen. Een onbekend deel van deze artsen is slechts beperkt actief binnen de intensieve geneeskunde.

D. Tussen 2004 en 2012 nam het aantal actieve intensivisten toe met 26,1 % t.o.v. 7,7 % bij de totale artsenpopulatie.

Omdat praktisch alle artsen die ooit erkend werden als intensivist nog als "actief" worden beschouwd is deze toename met 26 % waarschijnlijk sterk overschat.

Zoals eerder vermeld is dit artsenkadaster een nuttig werkinstrument om een prospectief beleid te kunnen voeren. Worden voldoende artsen-specialisten opgeleid en is het specialisme voldoende aantrekkelijk?

Om een inzicht te krijgen in de "toekomst van de intensivist" moeten we de jaarlijkse in- en uitstroom van IZ-artsen kunnen bepalen. Wij denken dat de meeste intensivisten een kortere beroeps carrière binnen de intensieve zorg volbrengen dan de andere specialismen. De beschikbare gegevens maken het nu nog niet mogelijk om hierin een correct inzicht te krijgen.

We stellen vast dat specialismen met een grote werklast 's nachts en tijdens het weekend minder aantrekkelijk zijn geworden. Het kadaster meldt dan ook in de aandachtspunten: "Een belangrijk punt is de continuïteit 24u/24u en 7/7. Patiënten die gehospitaliseerd zijn in de diensten voor intensieve zorg, zijn zeer complexe patiënten. Men dient ervoor te zorgen dat de continuïteit van de zorg aantrekkelijk blijft (voldoende verloning)". Anderzijds vermeldt het kadaster als aandachtspunt: "Er is waarschijnlijk nood aan echelonnering in de intensieve zorg, zoals dat het geval is in Nederland". Het is de beroepsvereniging niet duidelijk waarop deze bewering is gebaseerd.

Bij een volgende versie zullen de gegevens gebaseerd op de vernieuwde reanimatienomenclatuur van 2013 een meer realistisch beeld geven van de intensivisten als beroepsgroep.

### WET VAN 17.07.2015 HOUDENDE DIVERSE BEPALINGEN INZAKE GEZONDHEID

#### **FINANCIËLE TRANSPARANTIEMAATREGEL IN VOEGE VANAF 01.07.2015 ...OF 27.08.2015?**

De wet van 17.07.2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid bevat een afdeling omtrent de financiële transparantie<sup>6</sup>. De wet van 17.07.2015 treedt in werking op 27.08.2015. Artikel 23 van deze wet bepaalt nochtans dat deze afdeling in voege treedt op 1 juli 2015. De cruciale vraag die daarbij rijst, is hoe een arts nog vóór hij op 17 augustus 2015 in het Staatsblad de nieuwe wet van 17 juli 2015 ontdekte, al op de hoogte kon zijn van de verplichtingen over financiële transparantie die al op hem wogen sinds 1 juli 2015. Publicaties in de gespecialiseerde pers en op de RIZIV-website die deze maatregel aankondigden hebben immers nog steeds geen wettelijk afdwingbaar karakter.

De afdeling m.b.t. de financiële transparantie in het Belgisch Staatsblad moet samen gelezen worden met de verordening van 22 juni 2015 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994<sup>7</sup>. **Het gebruik van de nieuwe modellen van getuigschriften voor verstrekte hulp is verplicht vanaf 1 juli 2016.** Vanaf die datum moet een eenvormig attest worden gebruikt door de artsen die hun activiteit uitoefenen in eigen naam of in naam van een vennootschap. Het vroegere kleurverschil in de getuigschriften wordt weggewerkt.

Wat zijn de voornaamste wijzigingen? Voortaan dient iedere zorgverstrekker zijn nummer van de Kruispuntbank van Ondernemingen te vermelden op het getuigschrift voor verstrekte hulp. Kent u uw KBO-nummer niet, dan kunt u dit eenvoudig controleren op de website van de Kruispuntbank van Ondernemingen <http://kbopub.economie.fgov.be/kbopub/zoeknaamfonetischform.html>. Het KBO-nummer moet ingevoegd worden op het gedeelte van het ontvangstbewijs.

Op het ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp dient het totale ontvangen bedrag te worden vermeld zowel door de arts die int in eigen naam als door de arts die int voor rekening van derden. In tegenstelling tot het principe dat wil dat het getuigschrift voor verstrekte

<sup>6</sup> Wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (BS 17.08.2015) De volledige tekst is beschikbaar op de VBS-website: [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) > NEWS > 18.09.2015 Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

<sup>7</sup> BS 30.06.2015

hulp geen niet-voorgeschreven vermeldingen mag bevatten, en in de overgangsfase tot wanneer de nieuwe modellen van getuigschrift vlot ter beschikking zullen zijn (uiterlijk tot en met 30 juni 2016), moet de arts deze gegevens op het getuigschrift voor verstrekte hulp aanvullen.

De modellen voor de verschillende zorgverleners van het nieuwe eenvormige getuigschrift voor verstrekte hulp werden samen met de verordening van 22 juni 2015 in het Belgisch Staatsblad van 30 juni 2015 gepubliceerd.

Naast het getuigschrift voor verstrekte hulp moet de arts in sommige gevallen eveneens een bewijsstuk uitreiken waarin duidelijk het te betalen bedrag wordt vermeld:

1. Als de arts tegelijkertijd vergoedbare en niet-vergoedbare verstrekkingen aanrekent. Vanaf 1 juli 2015 moet de arts een bewijsstuk uitreiken als hij tegelijkertijd vergoedbare verstrekkingen en niet-vergoedbare verstrekkingen, waarin de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) niet tegemoetkomt, aanrekent.
2. Als de arts verstrekkingen elektronisch in de derdebetalersregeling factureert.

Op vraag van de rechthebbende bevat dit bewijsstuk voor de geneeskundige verstrekkingen en de medische hulpmiddelen als bedoeld in artikel 33, § 1, eerste lid, 11<sup>o</sup>, van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen, bepaald door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, het aankoopbedrag van de door de zorgverlener afgeleverde hulpmiddelen als die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering of deel uitmaken van een geneeskundige verstrekking die aanleiding geeft tot een dergelijke tegemoetkoming.

Tot op heden heeft het RIZIV Verzekeringscomité nog niet definitief het te gebruiken model van bewijsstuk vastgelegd. Totdat er een modelbewijsstuk wordt gepubliceerd, kan om het even welk bewijsstuk worden gebruikt.

#### **AFWIJKING ERKENNINGSVOORWAARDEN VOOR TMB EN MLT**

De wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (Belgisch Staatsblad 17.08.2015) voorziet in haar artikel 77 in volgende afwijking voor de erkenningsvoorwaarden voor Technologen Medische Beeldvorming (TMB) en Medisch Laboratorium Technologen (MLT):

"In afwijking van het eerste lid en in afwijking van artikel 72, § 1, mogen personen die niet voldoen aan de in artikel 72, § 2, tweede lid, gestelde kwalificatievoorwaarden voor de beroepen van technoloog medische beeldvorming of medisch laboratorium technoloog, maar die op 2 december 2013 gedurende minstens drie jaar handelingen van het beroep van technoloog medische beeldvorming of medisch laboratorium technoloog hebben uitgevoerd, dezelfde handelingen blijven verrichten onder dezelfde voorwaarden als de technologen medische beeldvorming of de medisch laboratorium technologen die deze handelingen uitvoeren."

Deze bepaling doet geen afbreuk aan de verplichting die deze personen hadden om hun aanvraag tot (voorlopige) erkenning in te dienen voor 2 december 2014. De ingediende dossiers zullen geëvalueerd worden mede in het licht van de bepaling hierboven.

#### **VERBOD OP ERELOONSUPPLEMENTEN IN TWEE- EN MEERPERSOONSKAMERS IN DAGZIEKENHUIS**

Ingevolge de wijzigingen gepubliceerd in art. 95 en volgende is het vanaf 27 augustus 2015 verboden om in daghospitalisatie nog langer ereloonsupplementen aan te rekenen aan patiënten opgenomen in twee- en meerpersoonskamers in dagziekenhuis.



**NIEUWE MAATREGELEN MAKEN TOEGANG  
TOT BELGISCH GERECHT NOG DUURDER**

Recent werden er 2 maatregelen genomen die tot nadenken stemmen want ze wegen zwaar door op de toegangskost tot de Belgische rechtbanken om geschillen op te lossen.

De eerste maatregel betreft de toepassing van de BTW van 21 % op de honoraria van de advocaten sinds 1 januari 2014.

De tweede slaat op de "rolrechten" gewijzigd door het koninklijk besluit van 12 mei 2015, in voege getreden op 1 juni 2015.

Zoals u wellicht weet zal iemand die beroep wil doen op ons gerechtelijk apparaat zijn zaak "op de rol zien gezet worden". De kost van het rolrecht werd gewijzigd. Het rolrecht wordt in de toekomst berekend in verhouding tot de definitieve vordering van de aanklager.

Gelet op de belangrijke verhoging van deze toegangskost tot het Gerecht te wijten aan de gecumuleerde toepassing van deze 2 maatregelen, is het afsluiten van een polis Rechtsbijstand meer dan ooit actueel.

Sinds vele jaren heeft het VBS erop toegezien om exclusief voor haar leden een verzekeringsformule ter beschikking te stellen onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij D.A.S. door bemiddeling van onze verzekeringsbemiddelaar Concordia.

Voor uw volledige informatie vindt u hierna:

- Een samenvatting van de modaliteiten betreffende de rolrechten;
- Een samenvatting van de verworven waarborgen in het kader van de verzekering "Rechtsbijstand – VBS formule".

De Rolrechten:

Het betreft de inschrijvingsrechten die moeten betaald worden wanneer een zaak op agenda wordt geplaatst.

Het doel van de wetgever bestaat enerzijds uit het feit dat de rolrechten proportioneel aan de werklust van het geding worden aangepast en, anderzijds, om lichtzinnige rokeloze procedures die de rechtbanken overbelasten te ontmoedigen.

Wat zijn de belangrijkste nieuwigheden van deze hervorming:

Een uniform tarief per jurisdictie en per rechtbank wordt ingevoerd. Voorheen was er een verschillend tarief voor de inschrijving op de algemene rol of op de bijzondere rollen (bv.: rol voor kort geding, rol voor verzoekschriften).

De rolrechten worden algemeen verhoogd. De taksen variëren tussen de 40 euro en 1.200 euro. Het bedrag van de rolrechten wordt gekoppeld aan het "bedrag van de vordering"

Hoe hoger deze is, hoe hoger de rolrechten.

Bij het neerleggen van het dossier moet de eiser een verklaring pro fisco afleggen met een redelijke schatting van de definitieve vordering. Ze zal dienen om de waarde van de rolrechten bij het neerleggen van de inleidende akte te bepalen.

De taks geldt per eiser. Elke fysische of morele persoon is gehouden om deze rolrechten te betalen in verhouding tot hun definitieve eis (voorheen gold de inschrijving per "zaak").

**De rechtsbijstandverzekering van het VBS:**

Ze komt tussen in alle geschillen die betrekking hebben tot de rechtsdomeinen die hieronder zijn vermeld, zowel in uw hoedanigheid van "eiser" als van "verdediger".

Het betreft een verzekeringsformule "alle risico's". Dit betekent dat alle voorvallen die niet expliciet uitgesloten zijn, verzekerd zijn in die mate dat de verzekeraars de bewijslast dragen om aan te tonen dat een zaak al dan niet tot het toepassingsdomein van de verzekering hoort. Deze omgekeerde bewijslast is uiteraard zeer comfortabel voor onze leden.

<u>Waarborgen</u>	<u>Maximale tussenkomst</u>
Burgerlijk verhaal	€ 50.000
Strafrechtelijke Verdediging	€ 50.000
Disciplinaire Verdediging	€ 15.000
Burgerlijke Verdediging	€ 50.000
Algemene Contracten	€ 15.000
Insolventie van Derden	€ 20.000
Insolventie van Derden	€ 20.000
Strafrechtelijke Borgstelling	€ 20.000
Arbeids- en sociaal recht	€ 15.000
Arbeids- en sociaal recht	€ 15.000
Administratief Recht	€ 15.000
Fiscaal recht	€ 15.000
Rechtsbijstand na brand	€ 50.000
Huurrechtsbijstand	€ 15.000
Prejudiciële vragen voor Europees Hof	€ 15.000

Het uitvoeringsproces van de verzekeraar D.A.S. is de volgende:

- In eerste instantie zal de verzekeraar zijn best doen om tot een minnelijke regeling te komen;
- In tweede instantie zal de zaak toevertrouwd worden aan een advocaat (die u vrij mag kiezen nadat de verzekeraar werd geïnformeerd en zijn akkoord heeft gegeven).

De voormelde maximale tussenkomsten betreffen tevens de kosten van deskundigen of deze van elke andere deelnemer en, uiteraard, de gerechtskosten.

De jaarpremie die fiscaal volledig aftrekbaar is, bedraagt € 261 taksen inbegrepen, wat in uw hoedanigheid als lid van het VBS een korting betekent van 25 % op het gebruikelijke tarief van de verzekeraar.

Concreet, indien u wil toetreden tot de reeds talrijke confraters die deze rechtsbijstand genieten volstaat het om bijgevoegd formulier te vervolledigen en te ondertekenen en deze over te maken aan onze bemiddelaar Concordia die het opstellen van de definitieve polis op zich neemt.

✂.....

**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:

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

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

## NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

### **BS 28.07.2015: ART. 18, § 2 (NUCLEAIRE GENEESKUNDE)**

#### INTERPRETATIEREGEL 6

##### VRAAG

Op welke manier dient de behandeling van levertumoren of levermetastasen met behulp van SIRT ("Selective Internal Radiation Therapy") onder vorm van Y-90 sferen aangerekend te worden ?

##### ANTWOORD

Het betreft hier een behandeling met een radioactief product onder vloeibare vorm.

De verstrekking 442013-442024 "Inspuiting(en) of absorptie(s) geldig voor drie maanden" wordt voor deze behandeling aangerekend.

Bestaande toepassingsregel:

"Het honorarium voor deze verstrekking omvat de kosten voor de controle op de producten en de absorptietests tijdens de behandeling".

Daaruit volgt dat de controle via scintigrafie na de toediening van de Y-90 sferen in deze verstrekking is vervat.

De hierboven vermelde interpretatieregel treedt in werking de dag na publicatie in het Belgisch Staatsblad.

## WIJZIGING INTERPRETATIEREGELS

### **BS 13.07.2015: ART. 14, H (OFTALMOLOGIE)**

Interpretatieregel 03<sup>8</sup> wordt opgeheven.

Deze opheffing treedt in werking op de dag van publicatie in het Belgisch Staatsblad.

## CONSENSUSVERGADERING 'RATIONEEL GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN BIJ ARTERIËLE HYPERTENSIE'

Het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen organiseert op donderdag 5 november 2015 een consensusvergadering rond het thema "Het rationeel gebruik van geneesmiddelen bij arteriële hypertensie" in het Auditorium Lippens van de Koninklijke Bibliotheek, Keizerslaan 2, 1000 Brussel. Inschrijven kan voor 15 oktober 2015 via e-mail [consensus@riziv.fgov.be](mailto:consensus@riziv.fgov.be) of per brief: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie farmaceutisch Beleid t.a.v. Dhr. Herman Beyers, Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel

Het programma vindt u op [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) > Agenda. Deelname is gratis. Accreditering (rubriek "ethiek en economie") is aangevraagd.

<sup>8</sup> VRAAG: Onder welk codenummer kan de intubatie van de traanwegen met plaatsen van siliconebuisjes worden geattesteerd ? ANTWOORD: In afwachting van de creatie van een specifieke verstrekking in de nomenclatuur kan hiervoor de verstrekking 245770-245781 Canthoplastiek N 125 worden aangerekend.

## AANKONDIGINGEN

**15131 BRUSSEL** - Het Fonds voor arbeidsongevallen zal binnenkort een hoofdtraadsgeneesheer aanstellen die de activiteiten van de raadsgeneesheren zal opvolgen en coördineren. De kandidaturen moeten het Fonds bereiken ten laatste op 5.10.2015 om 14 uur met het formulier dat beschikbaar is als bijlage bij de oproep tot kandidaturen ([www.publicprocurement.be](http://www.publicprocurement.be)) of bij mw. Torbeyns (tel. : 02/506 85 71).

**15130 BRUSSEL** - Het WIV-ISP werft aan: een arts/anatoom patholoog/doctor in (bio)meidsche wetenschappen - erkenningen, externe kwaliteitsevaluaties en inspecties laboratoria pathologische anatomie. Contract onbepaalde duur. Meer informatie: Stefaan Vernaev, service P&O - [stefaan.vernaeve@wiv-isp.be](mailto:stefaan.vernaeve@wiv-isp.be) - tel. 02/642 50 16. Kandidatuur: voor 15/09/2015 via <http://www.wiv-isp.be/jobs>

**15129 BRUSSEL** - CHIREC Kliniek St.-Anna St.-Remi, Graindorlaan 66 - 1070 Anderlecht, werft arts-specialist geriater aan, voltijds, om de geriatrische activiteit, de transversale projecten (geriatrische liaison, orthogeriatric, oncogeriatric) en transmurale projecten (samenwerking met de huisartsen en coördinatoren van RH en RVT) te ontwikkelen. Gelieve kandidatuur en cv te richten aan Dr. P. Mary, Hoofdgeneesheer van de site, tel. 02/434 26 90, e-mail: [paul.mary@chirec.be](mailto:paul.mary@chirec.be)

**15128 BRUSSEL** - Het UVC Brugmann zoekt een geneesheer-resident bij de dienst N.K.O. en cervico-faciale heekunde. Kandidatuur met ref. A26/15 ten laatste op 30/09/15. Info <http://www.uvcbrugmann.be>. Kandidatuur : [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) t.a.v. Dr Florence HUT, Alg. med. Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel.

**15120 OOSTENDE** - Het AZ Damiaan ([www.azdamiaan.be](http://www.azdamiaan.be)) zoekt een hoofdarts. Info : Peter Verhulst, algemeen directeur, 059416741. Kandidatuur : Stuur uw CV uiterlijk tegen 16/10/2015 naar mevr. G. Brugmans, voorzitter Raad van Bestuur, Gouwelozestraat 100 te 8400 Oostende ([gbrugmans@azdamiaan.be](mailto:gbrugmans@azdamiaan.be))

**15118 BRUSSEL** - Het UVC Brugmann zoekt

- een cardioloog M/V 11/11 voor niet-invasieve cardiologie. Kandidatuur met ref. A23-15 vóór 7/9/15
- een psychiater M/V 11/11 specialist in volwassen psychiatrie. Kandidatuur met ref. A20-15 vóór 31/10/15.
- een geneesheer specialist bij het departement inwendige geneeskunde. Kandidatuur met ref. A24/15 vóór 18/9/15.
- 4 geneesheren specialisten in gynaecologie-verloskunde M/V 11/11. Kandidatuur met ref. A25/15 vóór 18/09/15.

Info : <http://www.uvcbrugmann.be>. Kandidatuur: [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) t.a.v. Dr Florence HUT, Alg. med. Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel.

## TWEDE ENQUÊTE OVER INVLOED VAN WET MEDISCHE SCHADEGEVALLEN OP MEDISCHE PRAKTIJKVOERING (HERHALING)

In aansluiting op de eerste studie over de perceptie van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België die Tom Vandersteegen in het najaar 2013 voerde, verleent het VBS opnieuw zijn medewerking aan deze econoom van de Universiteit Hasselt in het kader van zijn doctoraat. De medewerking van de artsen is van groot belang, omdat gegevens over de impact van het vergoedingssysteem voor medische ongevallen op de praktijkvoering en besluitvorming van artsen in de Belgische context schaars zijn.

Als u nog niet aan de enquête deelgenomen hebt, kunt u ze terugvinden op onze website: [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) > E-SPECIALIST > [25.06.2015 e-specialist nr. 517: enquête over invloed vergoedingssysteem medische ongevallen op praktijkvoering artsen](#)

De resultaten van de eerste bevraging werden door de onderzoeker, samen met Mr. Tom De Gendt, gepresenteerd op het symposium "De specialistische geneeskunde – Van evolutie naar revolutie" op 11 oktober 2014.

## Inhoudstafel

• Analyse dynamisch artsenkadaster .....	1
• Ontbrekend kadaster, taboekadaster? – opiniestuk Prof. Dr. R. Detry .....	3
• Visie Beroepsvereniging Intensieve Zorgen op kadaster .....	5
• Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid: financiële transparantie .....	7
• Afwijking erkenningsvoorwaarden voor TMB en MLT .....	8
• Verbod op ereloon-supplementen in twee- en meerpersoonskamers in dagziekenhuis .....	8
• Artikel rechtsbijstand Concordia .....	9
• Nieuwe interpretatieregels .....	11
• Wijziging interpretatieregels.....	11
• Consensusvergadering arteriële hypertensie 05.11.2015.....	11
• Aankondigingen .....	12