

---

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**Nr. 6 / SEPTEMBER 2014**

Afgiftekantoor: BRUSSEL

---

## STANDPUNT VAN HET VBS OVER DE KCE-VOORSTELLEN TOT HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

De in het stappenplan 2025 voorgestelde herstructurering stelt het hele Belgische gezondheidszorgsysteem in vraag en beoogt op die manier de transformatie van een zorgsysteem dat, als het al niet het beste systeem is, dan toch datgene dat sinds jaren veruit het hoogst scoort op het vlak van patiëntentevredenheid in Europa<sup>1</sup>. Als het noodzakelijk is om het systeem te verbeteren, om oplossingen te zoeken om de efficiëntie, toegankelijkheid en kwaliteit ervan nog te verhogen, en het systeem transparanter te maken, moet het daarom eerst tot op het bot worden afgebroken? De keuze voor een revolutionaire weg verontrust het VBS, dat in eigen schoot over de conclusies van de routekaart heeft gedebatteerd.

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

**Voorzitter Dr. J.-L. Demeere nam op 26/06 deel aan de consultatievergadering van de stakeholders inzake de hervorming van de ziekenhuis-financiering. Deze tekst bevat de bedenkingen die het VBS naar aanleiding daarvan aan het KCE bezorgde.**

Cijfermateriaal afkomstig van de OESO, de WHO en Health Consumer Power House toont aan dat het Belgische gezondheidssysteem weliswaar duur is, maar wel beslist minder duur dan dat van sommige omliggende landen, waar ofwel de zorgverstrekking wordt gerantsoeneerd, ofwel er wachtlijsten bestaan, ofwel de voor de Belgen zo dierbare vrije keuze van zorgverstrekker en ziekenhuis sterk wordt ingeperkt, zo niet onbestaande is.

Daar komt nog bij dat het Belgische systeem prat kan gaan op een zorgkwaliteit die door zijn gebruikers als zeer hoogstaand wordt ervaren.

De omvorming van het systeem zou gestoeld zijn op 7 topics, nl. Ziekenhuisbudget, Vergoeding van artsen, Zorglandschap, Universitaire ziekenhuizen, Macro gouvernance, Kwaliteit en Innovatie.

Het VBS betreurt het dat deze nota tot zijn verbazing verkeerdelijk wordt voorgesteld als berustend op een consensus, en vraagt zich af wat er uiteindelijk de bedoeling van is, behalve het oppoken van een debat dat bijna niets meer van doen heeft met de kwaliteit van de

---

<sup>1</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

geneeskunde, noch met het doelmatig beheer van de beschikbare middelen om de bevolking te verzorgen.

Beschikt het Kenniscentrum over de nodige middelen om zijn ambities waar te maken? Voldoet de gevolgde methodologie? Werden de conclusies van het KCE getoetst aan de realiteit op het terrein, aan de realiteit van de statistieken, de boekhoudkundige resultaten, de prestaties van het gezondheidszorgsysteem? Het VBS maakt het grootste voorbehoud over de deugdelijkheid van de statistieken en de "evidence based" argumentatie die in de conclusies van het voorontwerp van KCE-rapport worden aangehaald.

De oprichting van focus groups is een puur sociologische methodologie. Stel nu nog dat ze noodzakelijk is om een goed beeld van het zorgsysteem te krijgen, volstaat dit dan? Is het als werkwijze niet te fragmentarisch om een reflectie op gang te brengen over de toekomst van de financiering van de gezondheidszorg?

Het KCE heeft twintig personen geïnterviewd. Volstaat de mening van deze beperkte groep van mensen om zich rekenschap te geven over het volledige zorglandschap? Had men geen grondige analyse moeten maken van de financiële en kwantitatieve informatie van meerdere boekjaren alvorens de voorgestelde conclusies te trekken?

Het VBS vindt dat andere denkpistes in de hervormingen moeten kunnen worden onderzocht, met name op basis van becijferde sectoranalyses en niet enkel op basis van diepte-interviews. Wanneer de regering in 2015 een beslissing zal moeten nemen, zal ze die niet louter aan de hand van een overzicht van de buitenlandse vakliteratuur over de zorgstelsels en een sociologisch onderzoek kunnen verantwoorden. Er zullen cijfers moeten getoond worden.

Nu wordt er geen enkel cijfer gegeven, niet over inkomsten, noch over uitgaven, besparingsdoelstellingen of de omvorming van het zorgaanbod. Er moet daarentegen wel 2 % van het budget voor kwaliteit worden uitgetrokken.

In dat verband wenst het VBS er de aandacht op te vestigen dat de recentste MAHA-enquête over de ziekenhuizen aantoont dat deze met moeite het hoofd boven water kunnen houden op financieel vlak. De invoering van een nieuw financieringssysteem houdt in dat er extra investeringen moeten gedaan worden, waar dan nog eens de 2 % van het budget zal moeten worden bijgeteld dat naar kwaliteit moet gaan.

De invoering van een kwaliteitsmeetsysteem en de aanpak van de kostenefficiëntie door de invoering van een ziekenhuisfinanciering op basis van DRG 's zouden een groot aantal ziekenhuizen kunnen bedreigen, die nu al een structureel deficit hebben, aldus de MAHA-enquête.

Het huidige systeem – per verstrekking – heeft slechts één nadeel: het kan leiden tot overconsumptie. Het biedt echter wel een kwaliteitsgeneeskunde tegen een lagere prijs per inwoner dan in onze buurlanden (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk, Denemarken). Aangevuld met prospectieve referentiebedragen voor een beperkt aantal gestandaardiseerde heelkundige ingrepen zou het de artsen nog meer verantwoordelijk maken voor de efficiëntie van het systeem: de artsen zouden in die specifieke gevallen verplicht zijn hun patiënten de economisch meest voordelige oplossing aan te bieden.

De gepercipieerde kwaliteit van het systeem wordt verzekerd door de mogelijkheid voor de patiënt om zijn arts en het ziekenhuis waar hij werkt vrij te kunnen kiezen.

De medische act blijft een intellectuele act, en het VBS heeft twijfels over de efficiëntie van bijkomende dure instrumenten om de kwaliteit ervan te meten, zeker in een krappe budgettaire context.

De financiële deelname van de artsen is ook een waarborg voor de doeltreffende ontwikkeling van innoverende medische technologieën.

Het door het KCE voorgestelde mechanisme zou de financiële efficiëntie, de dynamiek en de kwaliteit van de ziekenhuizen zwaar hypothekeren.

De nieuwe technologieën dreigen voorbehouden te blijven voor referentiecentra of academische ziekenhuizen, waardoor sommige van onze medeburgers niet meer, of slechts na lange tijd, toegang zouden kunnen krijgen tot geneeskundige verzorging.

Het kenniscentrum baseert bovendien sommige van zijn voorstellen op een "brede" consensus die erover zou bestaan, terwijl die er absoluut niet is.

Heerst er over de antwoorden die worden aangebracht in de enquête werkelijk een consensus? Hoe worden de stakeholders daarover ingelicht? Het VBS betreurt in elk geval dat het niet op de gestelde vragen heeft kunnen antwoorden.

Het VBS is bereid om een grootschalige bevraging te houden onder zijn leden. Zou men niet op dezelfde manier tewerk moeten gaan voor alle zorglandschappen van het land, om de complexiteit van de diverse problemen te kunnen doorgronden en op alle uitdagingen van de projectie voor 2025 een antwoord te kunnen bieden?

Het VBS is categorisch gekant forfaitaire financiering per Het KCE stelt voor de combineren, om tot een tegenstrijdige doelstellingen te toegankelijkheid en efficiëntie

***Door de inperking van het zorgaanbod dreigen sommige van onze medeburgers niet meer, of slechts na lange tijd, toegang te kunnen krijgen tot geneeskundige zorg***

tegen de invoering van een pathologie. financieringssystemen te compromis te komen en behalen: kwaliteit, van de verstrekte zorg.

De financiering per gesloten DRG anders dan een inperking van het effecten zou kunnen hebben, niet alleen door de afbouw van het zorgaanbod, maar ook door de weerslag ervan op de zorgkwaliteit<sup>2</sup>.

is in de ogen van het VBS niets zorgaanbod, die perverse

De inperking van het zorgaanbod en de eruit voortvloeiende rantsoenering van de zorg kunnen nefaste gevolgen hebben, die in de literatuur worden belicht en niet noodzakelijk tot besparingen hebben geleid: de kosten worden overgeheveld van de zorg naar de administratieve diensten. Het VBS wijst erop dat, indien een dergelijk systeem wordt ingevoerd, de volgende effecten zich dreigen voor te doen:

- Te klein zorgaanbod als er zich risico's voor de volksgezondheid voordoen: epidemieën, manifestaties, industriële of milieu-ongevallen...
- Langere wachttijden: mogelijke complicaties voor patiënten die moeten gehospitaliseerd worden. Een gevolg daarvan zal zijn dat patiënten die op de wachtlijst staan voor hospitalisatie niet altijd productief zullen zijn als ze tot hun opname werkonbekwaam moeten verklaard worden, wat, rekening houdend met de kosten van langdurige invaliditeit, onvermijdelijk nadelig zal zijn voor de financiering van de sociale zekerheid als geheel.
- Gevaar voor het financiële evenwicht van de reeds goedgekeurde investeringen. Risico op faillissement van ziekenhuizen.

<sup>2</sup> De inefficiënties die worden veroorzaakt door de invoering van een zuiver forfaitaire financiering in het buitenland zijn uitgebreid bestudeerd en gedocumenteerd; de landen die deze vorm van financiering gebruiken, hebben hogere werkingskosten dan België en meerdere inefficiënties werden geïdentificeerd. Het VBS verwijst naar het matige succes van de invoering van de forfaitarisering in Frankrijk: Cordier A., un projet global pour la stratégie nationale de santé, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>, juni 2013. In dit rapport over de resultaten van de invoering van een geforfaitariseerde ziekenhuisfinanciering in Frankrijk blijken dit de effecten van de forfaitarisering te zijn: een rente-effect, dat in strijd is met de medische en zorgkundige ethiek; het opdrijven van de inkomsten volgens activiteit als gangbare praktijk in de openbare ziekenhuizen; een verdere toename van het wantrouwen van de artsen t.o.v. de administratie; een versterking van de onevenwichten tussen regio's; een stijging van de beheers- en controlekosten.

- Politisering van het per DRG toegekende budget: hoe ervoor zorgen dat de raming van het aanbod per zone werkelijk is afgestemd op de behoeften van de patiënten?
- Totale afschaffing van de vrije keuze van de patiënt: de patiënt zal zich daar laten verzorgen waar zijn ziektebeeld behandeld mag worden, waardoor hij zijn gewoonten en overtuigingen ingrijpend zal moeten veranderen.
- Einde van de vergelijkingen tussen ziekenhuizen op basis van de kosten: in een dergelijk systeem zal het begrip referentiebedrag al zijn betekenis verliezen, aangezien elk ziekenhuis een gesloten budget zal toegekend krijgen op basis van DRG 's.

Bovendien is het niet ondenkbaar dat deze herschikking van het zorgaanbod zal leiden tot een verslechtering van het sociale klimaat in de gezondheidszorg, want de artsen zullen niet als enigen getroffen worden. Er zullen vele banen verloren gaan bij verpleegkundigen, kinesitherapeuten en paramedici ...

De geformuleerde financiële doelstellingen zijn uiterst vaag en nooit becijferd; nergens wordt aangetoond dat er besparingen zouden kunnen worden verwezenlijkt. De nota maakt ook geen gewag van de stappen die zouden moeten worden gezet om de overgang van het huidige stelsel naar het door het KCE voorgestelde systeem goed te laten verlopen.

Het VBS verdedigt het huidige overlegsysteem in de diverse besluitvormingsorganen.

Tot slot erkent het VBS de noodzaak om de effectiviteit en efficiëntie van het zorgsysteem met het oog op 2025 te verbeteren. Het VBS kan alleen maar vaststellen dat de routekaart 2025 even ambitieus als incoherent van opzet is, want het is moeilijk om voorstellen tot verandering te formuleren als de beoordeling ervan op puur kwalitatieve gegevens berust. In dit stappenplan treffen we slechts slogans aan, geen behoorlijk becijferd, geëvalueerd en gevalideerd concreet voorstel.

## ► Reflectie over de door het KCE voorgestelde ziekenhuisfinanciering

Zal een ziekenhuis dat de hem toegestane maximale activiteitsgrens heeft bereikt ermee instemmen om een, soms noodzakelijke, overtallige ingreep uit te voeren, ook al is zijn budget uitgeput? Waarschijnlijk niet, want de ziekenhuisbeheerder moet waken over de efficiëntie van de medische activiteit.

De redenering is de volgende:

### Geval 1: Huidige situatie

De artsenhonoraria bekostigen een deel van de investeringen van het ziekenhuis, door afstand van honoraria. In dit model zou hun activiteit, die bijdraagt tot de financiering van het ziekenhuis, overconsumptie tot stand brengen als de artsen tijdens de ziekenhuisopname meer verstrekkingen zouden aanrekenen dan nodig voor een bepaalde ingreep. In theorie is het aanbod elastisch en past het zich aan de vraag aan in de mate dat de capaciteit van het ziekenhuis het toelaat.

Het ziekenhuis is in budgettair evenwicht als en alleen als zijn inkomsten gelijk zijn aan zijn kosten, of:

$$A + \left( \sum_{i=0}^n N_i * \text{honorarium } i \right) * B = C + \sum_{i=0}^n W_i * \text{verstrekking } i$$

Waarbij

A = ziekenhuisfinanciering die niet samenhangt met de verstrekking  
 honorarium i = bedrag dat effectief per verstrekking ontvangen wordt  
 B = % van de honoraria dat afgestaan wordt

C = vaste kosten van het ziekenhuis  
Wi = variabele kosten per verstrekking i

Voordelen van dit systeem:

- De artsen staan door hun activiteit garant voor de financiële gezondheid van het ziekenhuis en de efficiëntie van de activiteit, omdat hun vergoeding ervan afhangt: het systeem van de vergoeding per verstrekking omvat een P4P-mechanisme.
- Ondernemerssysteem: het ziekenhuis kan zich op eigen initiatief voorzien van nieuwe technieken die de gemeenschap ten goede komen en de patiënten, zonder van de gemeenschap een bovenmatige financiering te vragen door zijn vaste kosten (A):

$$C + \sum_{i=0}^n Wi * verstrekking i > A + \left( \sum_{i=0}^n Ni * honorarium i \right) * B.$$

Nadelen van dit systeem:

- Het aanbod creëert de vraag, waardoor overconsumptie mogelijk is.

### Geval 2: financiering per DRG

De invoering van een systeem van financiering per DRG zal de regel van het budgettair evenwicht niet fundamenteel wijzigen als met het geïnde bedrag per DRG gemiddeld genomen alle in de DRG opgenomen acts kunnen bekostigd worden; zo niet zal er een aanpassing tot stand komen waarbij in een bepaalde DRG de verstrekkers ertoe zouden worden aangezet om uitsluitend de strikt noodzakelijke verstrekkingen uit te voeren die door de DRG gefinancierd worden; in theorie is het aanbod elastisch, in die mate dat het ziekenhuis voldoende capaciteit heeft om een bijkomende patiënt op te vangen.

De vergelijking van het budgettair evenwicht is dus de volgende:

$$A' + \sum_{i=0}^n Ni * DRGi = C' + \sum_{i=0}^n Wi * verstrekking i$$

Waarbij

A' = ziekenhuisfinanciering die niet samenhangt met de DRG

DRGi = bedrag dat effectief per DRG ontvangen wordt

C' = vaste kosten van het ziekenhuis

Wi = variabele kosten per verstrekking i

Inkomsten =  $\sum_{i=0}^n Ni * DRGi$  + ziekenhuisfinanciering die niet samenhangt met DRG<sup>3</sup>

Kosten = Vaste kosten  $\sum_{i=0}^n Wi * DRGi$

Waarbij Wi de directe kosten<sup>4</sup> voor een DRGi voorstelt.

Voordelen van dit systeem:

- De financiële stabiliteit wordt gewaarborgd door het type aandoeningen dat het ziekenhuis mag behandelen.
- Transparanter systeem dat de praktijken normaal gezien moet homogeniseren.

Nadeel van dit systeem:

- DRG 's zijn verzamelingen: de traceerbaarheid neemt af

---

<sup>3</sup> Delen van het BFM die al dan niet geforfaitariseerd zijn en die samenhangen met de medische verstrekking.

<sup>4</sup> Wi kan worden uitgesplitst om alle directe kosten van een DRG te identificeren: kosten van de arts, kosten van de specifiek gebruikte apparatuur, kosten van het verzorgend personeel, kosten van het niet-verzorgend personeel, apotheek, ziekenhuismateriaal, administratie/opname...

### Geval 3: mix DRG – globaal budget

We wijzigen het evenwichtsmodel op de volgende manier:

Voor het aantal gebudgetteerde DRG 's:

$$A' + X = C' + \sum_{i=0}^n Wi * verstrekking i$$

A' = ziekenhuisfinanciering die niet samenhangt met de DRG

X = globaal budget toegekend aan het ziekenhuis: dit wordt arbitrair vastgesteld:  $\sum_{n i=0} Ni * DRGi$

C' = vaste kosten van het ziekenhuis

Wi = variabele kosten per verstrekking i

In dit model staat de ziekenhuisfinanciering los van het aantal verrichte verstrekkingen; iedere rationele beslisser zal dus proberen zijn kosten perfect te laten overeenkomen met zijn budget (vooral voor personeel en technische investeringen), tenzij dat het ziekenhuis een begrotingsoverschot heeft, t.t.z. als:

$$A' + X > C' + \sum_{i=0}^n Wi * verstrekking i$$

$$X + (A' - C') > + \sum_{i=0}^n Wi * verstrekking i$$

In een dergelijk model:

Kan het ziekenhuis dat een overschot heeft "in theorie" andere patiënten toelaten.

Dit moet om de volgende redenen genuanceerd worden:

- over de jaren heen worden de ziekenhuisinkomsten geraamd op basis van een bepaald aantal verstrekkingen, en de financiële lasten op basis van inkomsten die samenhangen met een bepaald aantal verstrekkingen;
- (A'-C') is niet altijd > 0: want vandaag financieren de artsenhonoraria een deel van de ziekenhuisactiviteit en soms van bepaalde investeringen.

Om andere ziekenhuisopnames te financieren rest er een x% (Ni\*DRGi) om een operatie te bekostigen die middelen opsloopt (Wi \* DRGi) die in alle geval hoger zullen liggen, tenzij de financiering van bepaalde DRG's het sommige ziekenhuizen mogelijk maakt om een ruime marge te verkrijgen.

Anderzijds, als de raming van het (arbitrair) op basis van DRG toegekende budget voor een ziekenhuis niet minstens gelijk is met de zorgvraag, dan zal dit ziekenhuis zich genoodzaakt zien om ofwel zijn zorgaanbod, ofwel zijn kostenstructuur te reduceren, ofwel simpelweg alle zorg te weigeren die een overschrijding meebrengt van de de kostenstructuur, die onveranderlijk is op korte termijn, licht aanpasbaar op middellange termijn, en aanpasbaar op lange termijn. De ziekenhuisbeheerder moet dus het risico dragen van een kwaliteitsvermindering in de begrote DRG 's om het aantal opnames boven het begrote aantal opnames te doen stijgen.

Besluiten: de invoering van dit mechanisme brengt perverse effecten tot stand, waarvoor de beslissers moeten opletten voor:

- Te klein zorgaanbod als er zich risico's voor de volksgezondheid voordoen: epidemieën, manifestaties, industriële of milieu-ongevallen...
- Langere wachttijden: mogelijke complicaties voor patiënten die moeten gehospitaliseerd worden. Een gevolg daarvan zal zijn dat patiënten die op de wachtlijst staan voor hospitalisatie niet altijd productief zullen zijn als ze tot hun opname werkonbekwaam

moeten verklaard worden, wat, rekening houdend met de kosten van langdurige invaliditeit, onvermijdelijk nadelig zal zijn voor de financiering van sociale zekerheid als geheel.

- Gevaar voor het financiële evenwicht van de reeds goedgekeurde investeringen. Risico op faillissement van ziekenhuizen.
- Politisering van het per DRG toegekende budget: hoe ervoor zorgen dat de raming van het aanbod per zone werkelijk is afgestemd op de behoeften van de patiënten?
- Totale afschaffing van de vrije keuze van de patiënt: de patiënt zal zich daar laten verzorgen waar zijn ziektebeeld behandeld mag worden, wat zijn gewoonten en overtuigingen ingrijpend kan veranderen.

## ➤ In verband met de hervorming van de medische honoraria

**D**e voorgestelde hervorming van de medische honoraria gaat zeker niet in de richting die door vele artsen-specialisten gewenst is.

Wij hebben er in het voorgaande punt op gewezen dat in het huidige financieringssysteem de artsen deelnemen aan de financiering van het ziekenhuis, wat spanningen veroorzaakt tussen artsen en beheerders.

Het economisch dirigisme strookt niet met de liberale opvatting die de arts heeft over zijn beroep. Het systeem dat nu wordt voorgesteld neemt de spanningen die er tussen artsen en beheerders bestaan over de afdracht van honoraria niet weg; in tegendeel, doordat het verband tussen de activiteit en de honoraria van de artsen wegvalt, zou de door de artsen-specialisten geproduceerde zorg kunnen afnemen en dus ook de toegankelijkheid van de zorg kunnen verminderen, wat ten koste gaat van de tevredenheid van de patiënten.

Studie nr. 178 van het KCE<sup>5</sup> over de artsenvergoedingen is niet representatief, en dus niet geloofwaardig, want ze heeft maar betrekking op 13 ziekenhuizen (5 Vlaamse, 6 Waalse en 2 Brusselse), en voor een deel van de studie zelfs maar 11 ziekenhuizen (omdat de 2 Brusselse ziekenhuizen, om redenen van anonimiteit, niet werden opgenomen). Het is dan ook onmogelijk om op basis van deze studie juiste conclusies te trekken over de artsenvergoedingen.

De oprichting en financiering van een kwaliteitsfonds dreigen vooral een verspilling van middelen te worden en tot fors meer vergaderingen te leiden tussen het artsencorps en de beheerder, die nog steeds niet in staat zal zijn om de behoeften van de medische diensten aan investeringen in nieuw materiaal in te schatten en nog steeds keuzes kan maken die vanuit medisch oogpunt niet verantwoord zijn. Het zorgaanbod dreigt in sommige regio's of ziekenhuizen dus inadequaat te zijn.

Het VBS is verheugd over de idee van het KCE om een structuur van co-beheer op poten te zetten waar de artsen bij de beslissingen over investeringen en kwaliteit worden betrokken. Dat is echter verre van voldoende. Voor het VBS moeten de artsen absoluut worden betrokken bij het algemene beheer van het ziekenhuis en bij de directie. Om een efficiënt en gezond co-beheer van een ziekenhuis mogelijk te maken, moeten de artsen-specialisten niet alleen deelnemen aan de fondsen van het ziekenhuis, hun oordeel moet ook beslissingskracht hebben, en niet alleen raadgevend zijn. Zo niet moeten we het nut van de invoering van dergelijke fondsen en comités in het ziekenhuis in vraag stellen.

## ➤ In verband met de ziekenhuishervorming en zorglandschappen

**D**e jongste maanden hebben de bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen niet nagelaten de medische, en in sommige gevallen de algemene pers te waarschuwen over de risico's van een te grote concentratie van het zorgaanbod.

---

<sup>5</sup> [KCE Report 178 Manual for cost-based pricing of hospital interventions](#) (31.05.2012)

Het VBS pleit voor een doelmatige herverdeling van het zorgaanbod en verzet zich tegen de concentratie van dat aanbod, tenzij wanneer er voor een medische activiteit een zekere frequentie vereist is om de kwaliteit ervan te kunnen garanderen, vb. de zeldzame kankers tijdens de zwangerschap en protontherapie.

In andere domeinen, zoals de urgentiegeneeskunde, intensieve zorg en de zorg voor kritisch zieke kinderen, leidt een centralisatie van geneeskundige prestaties niet noodzakelijk tot schaalvoordelen, noch tot een hogere kwaliteit. In bepaalde situaties kunnen de risico's voor de patiënten zelfs toenemen.

Een te grote concentratie kan op middellange termijn ook een negatieve weerslag hebben op de kwaliteit van de zorg, omdat de verstrekkers die hun patiënt moeten laten overbrengen de noodzakelijke ervaring om spoedgevallen te behandelen kwijtraken.

Ten slotte zullen er wachtlijsten ontstaan in de referentiecentra, waardoor de gezondheidstoestand van sommige patiënten zal verslechteren.

Het VBS verzet zich tegen een stringente programmering die tot wetenschappelijk immobilisme leidt en die met zich meebrengt dat de patiënten (en hun naasten) zich veelvuldig moeten verplaatsen, maar verzet zich niet tegen een concentratie van zorg voor een beperkt aantal pathologieën, op basis van objectieve en meetbare criteria.

## ▼ In verband met de hervorming van de universitaire ziekenhuizen

Het ministerieel besluit van 23.04.2014<sup>6</sup> decreteert de opleiding van de kandidaat-geneesheerspecialisten in verschillende ziekenhuisomgevingen. Ze wordt volbracht in verschillende soorten ziekenhuizen, zowel academische als niet-academische. Een universitair of academisch ziekenhuis moet ook meewerken aan de permanente opleiding van erkende artsen-specialisten in het gebruik van nieuwe technieken waarvan het de efficiëntie en de toepasbaarheid in de praktijk heeft aangetoond, ook als dat universitaire ziekenhuis het enige zou zijn dat deze technieken toepast.

Het VBS wenst echter te benadrukken dat de nieuwe medische technieken niet altijd het voorrecht van de academische ziekenhuizen zijn (denken we onder meer aan laparoscopische chirurgie, robotchirurgie e.d.).

Het VBS wijst op het feit dat er momenteel te veel universitaire bedden zijn in België en dat die bedden te veel kosten.

Ter vergelijking, het percentage universitaire bedden in Frankrijk bedraagt 10,23 % (psychiatrische bedden uitgezonderd)<sup>7</sup>, in België 13,56%<sup>8</sup>.

De activiteit van de academische ziekenhuizen berust op 3 pijlers: onderzoek, onderwijs, en wisselwerking regionaal ziekenhuis / referentiecentrum.

Het VBS steunt volledig de idee dat de resultaten van toegepast onderzoek moeten worden bekendgemaakt. De bekostiging van het fundamenteel onderzoek, daarentegen, valt buiten de financiering van de gezondheidszorg.

Voorts is het VBS van mening dat het academisch ziekenhuis moet worden gefinancierd omwille van zijn academische rol, los van zijn rol als zorgverstrekker.

---

<sup>6</sup> 23 APRIL 2014. – Ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeesters en stagediensten (BS 27.05.2014, Ed. 1)

<sup>7</sup> <http://etablisements.fhf.fr/annuaire/statistiques.php?item=lits>

<sup>8</sup> <http://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=199&LANG=nl>



## ➤ In verband met de hervorming van de beheersstructuur

Het VBS verzet zich tegen de beëindiging van het huidige overlegmodel. Het mag dan wel complexe structuren hebben, die structuren werken en beantwoorden aan de hoge techniciteit van de gezondheidszorg.

Het VBS verzet zich niet tegen een uitbreiding van het huidige overlegmodel naar de patiëntenverenigingen.

### ANNUAL SYMPOSIUM OF THE BELGIAN SOCIETY OF RADIOLOGY (BSR) 'MEDICAL IMAGING IN ONCOLOGY' - 15.11.2014

• 08:30 – 16:50

• With contributions from:

E. Coche (UCL Bruxelles), R. Hustinx (Ulg Sart Tilman), V. Vandecaveye (KU Leuven), J. Golzarian (Minneapolis University), H. Kobeiter (CHU Henri-Mondor Paris), S. Pans (KU Leuven), F. Lecouvet (UCL Bruxelles), L. Annemans (Ghent University), D. Tack (CH Epicura Baudour), Birgit Ertl-Wagner (ESR Education Committee Chairman), G. Villeirs (BSR President), R. Oyen (UZ Leuven), P. Aerts (OLV Aalst), G. Vandenbosch (GhdC), H. Jaspers, M. Grieten (ZOL) and O. Ghekiere (CHC Liège)



<u>Venue:</u> Military Hospital Brussels Rue Bruynstraat 1 1120 Brussels	<u>Registration fee</u> (including lunch): members BSR : €80 Non members : €100 Radiologists in training : €35 Deadline: 31.10.2014
<u>Registration :</u> BSR Kroonlaan 20 Avenue de la Couronne 1050 Brussels	<u>For more information on the program:</u> tel: 081/42.30.21 – fax: 081/42.30.23 e-mail: <a href="mailto:uss(at)uclouvain.be">uss(at)uclouvain.be</a>

### ALGEMEEN MANAGEMENT VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN ACADEMIEJAAR 2014-2015

In samenwerking met het VBS start EHSAL Management School in oktober 2014 opnieuw met het opleidingsprogramma Algemeen Management voor Geneesheren-specialisten.

De opleiding omvat 11 sessies (dagen), gegroepeerd in 4 modules: **Juridische context** (3 sessies – thema's: *Wetgevend kader, Aansprakelijkheid*), **Algemeen beleid** (2 sessies – thema's: *Strategische planning en kwaliteitsbeleid, Balanced scorecard en Quality assurance in health care*), **Financiële informatie en beleid** (3 sessies – thema's: *Boekhoudkundige begrippen (balans, resultatenrekening, jaarrekening, kostenregelingen), Ziekenhuisfinanciering (incl. referentiebedragen), Financieel management (investerings, begroting...)*) en **Persoonlijke financiële planning** (3 sessies - *Werken met een vennootschap, Fiscale optimalisatie, Gezond beleggersgedrag, Vermogens- en successieplanning*).

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

**VBS-leden genieten een verlaagde inschrijvingsprijs**, alsook geneesheren-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 [www.hubrussel.net/EMS\\_Site](http://www.hubrussel.net/EMS_Site) (Home > Opleidingen professionals > Opleiding zoeken > Gezondheidsmanagement > Algemeen Management voor Geneesheren-Specialisten)

Contact: Raymonde Wauters, Programmacoördinator EHSAL Management School, tel.: 02-210 16 21, [raymonde.wauters\(at\)hubkaho.be](mailto:raymonde.wauters(at)hubkaho.be)

### "DE MEDISCHE RAAD GEADVISEERD: VERSIE 2.0" - 04.10.2014

Infosessie voor leden van Medische Raden in de KBC Boerentoren, Eiermarkt 20, 2000 Antwerpen.

Programma en inschrijving via [www.vlaamsartsensyndicaat.be/agenda](http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/agenda). Gratis voor leden van het VAS, € 65 voor niet-leden. Accreditering aangevraagd in ethiek & economie (3 C.P.).

**VBS-SYMPIOSIUM – 11.10.2014  
DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE:  
VAN EVOLUTIE NAAR REVOLUTIE**

8.30-9.30	Buitengewone algemene vergadering VBS	
9.15-9.30	Onthaal	
9.30-9.40	De specialistische geneeskunde: van evolutie naar revolutie	Dr. J.-L. Demeere
9.40-10.05	De invloed van de wet medische ongevallen op de medische praktijk	Mr. T. De Gendt
10.05-10.30	De uitdagingen van de XXI <sup>ste</sup> eeuw voor een duurzaam gezondheidssysteem	Dhr. F. Daue
10.30-10.55	Hippocrates 8.0.1 – een bio van digitaal	Prof. K. Kas
10.55-11.05	Vragen en discussie	
11.05-11.30	Koffiepauze	
Flitspresentaties – Voorbeelden uit de praktijk:		
11.30-11.40	Gynaecologie, een huis met vele kamers?	Dr. J. Van Wiemeersch
11.40-11.50	De l'électroradiologie de papa à l'Imagerie médicale clinique, fonctionnelle et interventionnelle de demain : les défis de la multidisciplinarité disciplinée	Dr. J.-P. Joris
11.50-12.00	Klinische biologie of Laboratoriumgeneeskunde? Klinisch Lab of Diagnostisch Platform?	Dr. J. Frans
12.00-12.10	Van anesthesie door de zuster tot een volwaardig specialisme	Dr. J.-L. Demeere
12.10-12.20	Cardiologie voor dummies, dummies voor cardioloog...	Dr. M. Vrolix
12.20-12.30	3D technologie bij de correctie van malunion: van "ongeveer juist" naar "heel precieze correctie"	Dr. F. Verstreken
12.30-12.40	La chirurgie de demain : comment s'y préparer	Dr. B. Mansvelt
12.40-12.50	RIZIV- versus niet-RIZIV-vergoede (r)evolutie in de MKA-chirurgie	Prof. C. Politis
12.50-13.00	Vragen en discussie	
13.00	Feestelijke drink met hapje	

**Accreditering in Ethiek & Economie aangevraagd**

✕ -----

**INSCHRIJVINGSSTROOK**

**RIZIV-nr.:** ..... **Adres:** .....  
**Naam:** ..... **Postcode:** .....  
**Voornaam:** ..... **Gemeente:** .....  
**Specialisme:** ..... **E-mail:** .....

Ik neem deel aan het symposium van 11.10.2014 en stort het bedrag van:

	<u>tot 23.09.2014</u>	<u>na 23.09.2014</u>
Leden	55 €	70 €
Niet-leden	90 €	105 €
Kandidaat-specialisten	10 €	10 €
Ter plaatse	130 €	

**op rekening IBAN: BE95 0000 7035 0258 (BIC: BPOTBEB1XXX) van het VBS met vermelding van de naam van de deelnemer en "Symposium 11.10.2014"**

Ik neem deel aan de feestelijke drink

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

**Plaats**

Koninklijke Bibliotheek van België  
Keizerslaan 4  
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\(at\)gbs-vbs.org](mailto:loubna(at)gbs-vbs.org)

## NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

### ART. 2, E, (KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE) EN 25, §§ 1, 2 EN 3BIS (TOEZICHT OP DE IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN RECHTHEBBENDEN) (IN VOEGE 01.10.2014)

**19 APRIL 2014 - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 2, E, en 25, §§ 1, 2 en 3bis, van de nomenclatuur (B.S. d.d. 06.08.2014)**

*De volledige tekst werd per e-specialist als bijlage verstuurd naar de leden van de Beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de Psychiatrie. en is op aanvraag verkrijgbaar op het VBS-secretariaat (tel.: 02/649.21.47 – fax: 02/649.26.90 – info@vbs-gbs.org).*

### ARTIKEL 17, § 1, 11° (RADIOLOGIE – COMPUTERGESTUURDE TOMOGRAFIEËN), EN § 11 (VERGUNNING FANC) (IN VOEGE 01.10.2014)

**25 APRIL 2014 - Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, §§ 1, 11°, en 11, van de nomenclatuur (B.S. d.d. 06.08.2014)**

Artikel 1. (...)

1° in § 1, onder de bepaling 11°,

a) in de verstrekking 458894-458905,

1. wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking opgeheven;

2. wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd :

“De verstrekking 458894-458905 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekking 455711-455722 noch met de verstrekking 458872-458883”;

b) wordt het derde lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 458592-458603 vervangen als volgt :

“Een verstrekking uitgevoerd met een computergestuurde tomografie (CT) of met een Cone Beam computergestuurde tomografie (CBCT) mag pas na een tijdvak van 30 dagen opnieuw worden aangerekend.”;

2° in § 11, tweede lid, worden de woorden “heeft erkend” na de woorden “van het algemeen reglement” ingevoegd.

### ARTIKEL 24, § 1 (KLINISCHE BIOLOGIE) (IN VOEGE OP 01.10.2014)

**27 MEI 2014 - Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1 van de nomenclatuur (B.S. d.d. 26.08.2014)**

Artikel 1. In artikel 24, § 1 (...) laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 maart 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in de rubriek 5/Microbiologie wordt de omschrijving van de verstrekking 549850-549861 als volgt vervangen :

“Opsporen van toxinogeen Clostridium difficile in faeces

(Maximum 1) ( Diagnoseregel 37)”;

2° in de rubriek “Diagnoseregels”, in de bepalingen van de regel 37 worden de woorden “, tenzij na transplantatie” opgeheven.

## AANKONDIGINGEN

14110 In het Universitair Ziekenhuis Brussel is volgende functie vacant (m/v): **KLINIEKHOOFD / RESIDENT ANATOMO-PATHOLOGIE**. Solliciteren kan door uw schriftelijke sollicitatie samen met een uitgebreid cv te richten aan: UZ Brussel, Dienst Personeel, Werving & Selectie, Laarbeeklaan 101, 1090 BRUSSEL. Voor bijkomende info: Dr. Laurette Steenssens, Medisch Directeur UZ Brussel ([laurette.steenssens@uzbrussel.be](mailto:laurette.steenssens@uzbrussel.be) – 02/4775501). Voor de aanwervingscriteria en om online te solliciteren kunt u op de [website](#) terecht.

14109 **HEUSDEN-ZOLDER** -Het St-Franciskus Ziekenhuis zoekt: • een allround **GYNAECOLOOG**, mogelijkheid tot deeltijdse betrekking. Bijkomende inlichtingen: website [www.sfz.be](http://www.sfz.be) en Dr. Luc Buekenhout, arts diensthoofd gynaecologie, [luc.buekenhout@sfz.be](mailto:luc.buekenhout@sfz.be) en dr. Luc Geutjens,

- hoofdgeneesheer, [luc.geutjens@sfz.be](mailto:luc.geutjens@sfz.be) • een **OFTALMOLOOG** voor klinische en poliklinische activiteiten. Meer info: website [www.sfz.be](http://www.sfz.be) en Dr. André Van den Bergh, diensthoofd oftalmologie, telefoon 0478/40 69 55 of via mail [andre.vandenbergh@sfz.be](mailto:andre.vandenbergh@sfz.be), Dr. Luc Geutjens, medisch directeur, telefoon 011715 407 of via mail [luc.geutjens@sfz.be](mailto:luc.geutjens@sfz.be) • een voltijds geneesheer-specialist in de **NEUROLOGIE**. Bijkomende inlichtingen: Dr. Marika Doberenz, diensthoofd neurologie, 011/715852 / [marika.doberenz@sfz.be](mailto:marika.doberenz@sfz.be) of bij dr. Luc Geutjens, medisch directeur 011/715407 / [luc.geutjens@sfz.be](mailto:luc.geutjens@sfz.be). Kandidatuur met uitgebreid CV: Dr M. Geboers, alg. directeur, St-Franciscus Zh vzw, Pastoor Paquaylaan 129, 3550 Heusden-Zolder, [marc.geboers@sfz.be](mailto:marc.geboers@sfz.be)
- 14107 **BRUSSEL** - Het Univ. Verplegingscentrum Brugmann werft aan: • een geneesheer resident bij de dienst **OFTALMOLOGIE** - 11/11. Afsluitingsdatum: 05/10/2014. • - een adjunct kliniekhoofd bij de dienst **RADIOLOGIE** - 11/11. Afsluitingsdatum: 09/10/2014. Uw kandidatuur (motivatiebrief en CV) opsturen naar [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) t.a.v. Dr. Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel) met vermelding van de referentie. Bijkomende informatie: <http://www.uvc-brugmann.be>
- 14105 **LEUVEN** - UZ Leuven zoekt 2 medische stafleden **FYSISCHE GENEESKUNDE** en **REVALIDATIE** (ref. nr 203047). Kandidatuur: sollicitatiebrief met CV vóór 15/10/2014 naar UZ Leuven - Herestraat 49 - 3000 Leuven, zowel naar de Algemene Directie, t.a.v. de hoofdgeneesheer prof. dr. J. Van Eldere (e-mail: [johan.vaneldere@uzleuven.be](mailto:johan.vaneldere@uzleuven.be)) als t.a.v. het medisch diensthoofd fysische geneeskunde en revalidatie prof. dr. Koen Peers (e-mail: [koen.peers@uzleuven.be](mailto:koen.peers@uzleuven.be)). Meer info vindt u op [www.uzleuven.be](http://www.uzleuven.be) > Diensten > Werken in UZ Leuven > Artsen.
- 14104 **BRUSSEL** - 1060 Polikliniek in Sint-Gillis zoekt: **KINDERARTS**: geen wacht, geen bezoek; **RADIOLOOG**: uitgerust radiokabinet, echo-doppler, mammo; **DERMATOLOOG**; **OFTALMOLOOG**: uitgerust kabinet; **ALLERGOLOOG** (pneumoloog, kinderarts of andere specialist). Secretariaat: 0495/51 18 17.
- 14102 **BRUSSEL** - Het UVC Brugmann zoekt een adjunct kliniekhoofd bij het departement interne geneeskunde - **PNEUMOLOGIE** kliniek (M/V) - 11/11 - interne/externe vacature. Kandidatuur: motivatiebrief en CV opsturen naar [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) t.a.v. Dr. Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel) met vermelding van de referentie. Info: <http://www.uvc-brugmann.be>. Afsluitingsdatum: 31/12/2014
- 14096 **OVERPELT** - Het Mariaziekenhuis vzw heeft openstaande vacatures voor **PSYCHIATER, GERIATER, NEUROLOOG, ALL-ROUND CARDIOLOOG, INTERVENTIONEEL CARDIOLOOG, GYNAECOLOOG, KINDERPSYCHIATER, URGENTIST/DIENSTHOOFD SPOEDGEVALLEN, DERMATOLOOG, REUMATOLOOG**. Info: [www.mariaziekenhuis.be/vacatures](http://www.mariaziekenhuis.be/vacatures). Uw schriftelijke kandidatuur, samen met een uitgebreid cv, richten aan: dhr. R. Luyten, algemeen directeur; dr. M. Goethals, medisch directeur, Mariaziekenhuis vzw - Maesensveld 1 - 3900 OVERPELT.
- 14095 **BRUSSEL** - Het UVC Brugmann werft aan: een adjunct-kliniekhoofd voor de dienst **HUIDZIEKTEN** (11/11). Voor meer inlichtingen: [www.chu-brugmann.be](http://www.chu-brugmann.be). Geïnteresseerden die aan de toelatingsvoorwaarden voldoen, kunnen hun kandidatuur (motivatiebrief en cv) sturen naar [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) ter attentie van Dr. Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel) met vermelding van de referentie (A 24/14).
- 14094 **BRUSSEL** - Het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZF) werft aan: een diensthoofd voor de dienst **PEDIATRIE** (11/11) en een geneesheer-resident voor de dienst **ORTHOPEDISCHE KINDERHEELKUNDE** (11/11). Voor meer info: [www.ukzfk.be](http://www.ukzfk.be). Artsen die aan de vereiste voorwaarden voldoen en die hun kandidatuur wensen te stellen, moeten Prof. G. CASIMIR, Medisch Directeur-generaal van het UKZ Koningin Fabiola, J.-J. Crocqlaan 15 - 1020 Brussel (e-mail: [georges.casimir@huderf.be](mailto:georges.casimir@huderf.be)) hiervan op de hoogte brengen vóór 30/09/2014.
- 14093 **STROMBEEK-BEVER** - Medisch Centrum ten noorden van Brussel zoekt wegens pensionering een **NEUROLOOG**. Tel. 02/267.97.78. E- mail: [cmsmutsaert@skynet.be](mailto:cmsmutsaert@skynet.be) Contact: Dr. VAN DEN HOVE Benoît of Mevr. Lopez Florence.
- 14085 **ZUID-WEST-VLAANDEREN** - Gezocht: permanente vervanging of laagdrempelige overname van niet voltijdse **PRIVAATRADIOLOGIE** in Zuid-West-Vlaanderen, erkend mammografisch screeningscentrum. 0475/45.31.42. [go.geo@skynet.be](mailto:go.geo@skynet.be)

## Inhoudstafel

• <b>VBS-standpunt over de KCE-voorstellen tot hervorming van de ziekenhuisfinanciering.....</b>	<b>1</b>
• <b>Annual symposium BSR: 'Medical Imaging in Oncology' – 15.11.2014 .....</b>	<b>9</b>
• <b>Algemeen management voor geneesheren specialisten – academiejaar 2014-2015 .....</b>	<b>9</b>
• <b>Infosessie voor leden van Medische Raden – 04.10.2014 .....</b>	<b>9</b>
• <b>VBS-symposium: De specialistische geneeskunde – Van evolutie naar revolutie .....</b>	<b>10</b>
• <b>Nomenclatuurwijzigingen .....</b>	<b>11</b>
• <b>Aankondigingen .....</b>	<b>11</b>