
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 5 / OKTOBER 2009

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

“PRODUCTIEGAT” IN PATIËNTENZORG T.G.V. INVOERING VAN MASTERDIPLOMA IN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE

Op 18 en 21 september 2009 werden de besluiten van de Vlaamse Regering van 4 september 2009 gepubliceerd waarbij de invoering van de Master in de specialistische geneeskunde aan de 4 Vlaamse universiteiten werd goedgekeurd. Blijkbaar werden deze beslissingen met de nodige discretie genomen, want de door het VBS gecontacteerde bronnen waren niet op de hoogte. De Vlaamse regering heeft deze beslissing genomen na een positief advies van de NVAO¹. Het adviesrapport van de NVAO neemt regelmatig een loopje met de realiteit. Het VBS heeft een kritisch schrijven gericht tot de NVAO. U kunt de volledige brief hierna lezen.

De VLIR² heeft het VBS gedurende jaren aan het lijntje gehouden. Behoudens één gesprek op 4 mei 2007 met de belofte een overleg met het beroep te organiseren, werd het VBS, dat met zijn beroepsverenigingen ruim 8.000 geneesheren-specialisten vertegenwoordigt, straal genegeerd. Binnen de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen hebben de opeenvolgende voorzitters en de van rechtswege aangeduide ondervoorzitters het spel van de universitaire bank jarenlang meegespeeld. Nooit werd de informatie die ze van de VLIR kregen, doorgespeeld naar de leden van de Hoge raad. De VLIR liet angstvallig na een open gesprek te voeren. DE vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen hebben meermaals, maar zonder succes geprobeerd dit dossier ter discussie te brengen in de voltallige vergadering van de Hoge Raad. Nu de VLIR zijn buit op 4 september jongstleden heeft binnengehaald, kan er wel plots wel worden gepraat. Een VBS-delegatie werd op maandag 28 september 2009 door de VLIR werkgroep opleiding geneesheer-specialisten ontvangen. Ter voorbereiding mailde de voorzitter van die werkgroep, Prof. Dr. Wilfried DE BACKER (Universiteit Antwerpen), zaterdagavond 26.09.2009 om 19u15 ondergetekende zo'n 110 bladzijden nuttige informatie. Het VBS kreeg dus minder dan één werkdag de tijd om het geesteskind waar de VLIR 10 jaar aan had gewerkt door te nemen en te assimileren.

Op 31.08.2009 werd het VBS getipt dat de Vlaamse regering de Master Na Master ging goedkeuren op 04.09.2009. Ondanks ons aandringen om dringend de nieuwe Vlaamse minister van Onderwijs, de Heer Pascal SMET, te mogen ontmoeten, kon de afspraak slechts plaatsvinden op 14.09.2009. Hij zag niet in waarom de beroepsverenigingen deze beslissing van de Vlaamse Regering niet met open armen zouden ontvangen. Het was immers een dossier dat al jarenlang was voorbereid door zijn voorganger, Frank VANDENBROUCKE. De beslissing van de Vlaamse Regering was de laatste stap in een sinds lang voorbereid proces. De mededeling dat we ook al met Frank VANDENBROUCKE over inspraak waren gaan discussiëren, werd bevestigd door zijn

¹ Nederlands-Vlaamse Accrediteringsorganisatie

² Vlaamse Interuniversitaire Raad

medewerker, maar deed verder niets ter zake. De beslissing was genomen en allicht wist de minister dat de publicatie in het Belgisch Staatsblad imminent was.

Op 29.09.2009 deelde het VBS, tijdens een gesprek met Jo VANDEURZEN, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, hem ondermeer mee dat de impact van de volledige academisering niet onopgemerkt zou blijven voor de gezondheidszorg van de Vlaamse burger. Hij bleek helemaal niet op de hoogte en keek hoogst verbaasd bij het citeren van een passage uit het NVAO adviesrapport: *“De arts-specialist in opleiding moet gefaciliteerd worden meer tijd aan de opleiding en studie te besteden, derhalve moeten patiëntenzorgentaken door anderen worden overgenomen en moeten de instellingen nagaan hoe het zogenaamde productiegat in patiëntenzorg zal worden geaccommodeerd”*. Wie die “anderen” dan wel moeten zijn, daar had minister Pascal SMET ons niet op geantwoord. Minister J. VANDEURZEN was zich nog niet bewust dat zijn collega SMET hem met een majeur probleem had opgezadeld. De realisatie van de MaNaMa werd strikt geheim gehouden en tot vandaag³ werd er in de media geen aandacht aan geschonken en de door ons gecontacteerd politici waren helemaal niet op de hoogte. In bananenrepublieken heet dat een putsch. VANDEURZEN zou zijn collega SMET hierover interpellieren.

De Nederlandse “Orde van medische specialisten” heeft ons meegedeeld dat ze de NVAO helemaal niet kent, maar dat de academische wereld ook daar probeert de opleiding uit handen van de beroepsgroep te halen. De academische ziekenhuizen willen het primaat hebben over de opleiding en voornamelijk van de toewijzing van de *“assistent-geneeskundigen”*. De Nederlandse universiteiten zijn daar echter tot nu toe niet in geslaagd.

10,5 jaar na de Bologna-verklaring is, behalve voor enkele specialismen in Bulgarije en Italië en het masterdiploma in de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen, de Master na Master in de geneeskunde nog onbestaande in de EU. De Gentse professor huisartsgeneeskunde, Jan DE MAESENEER, was voorstander van die volledige academisering. Nochtans lijkt het er op dat er in Gent onder de pas afgestudeerde artsen een lagere instroom is naar de huisartsgeneeskunde dan aan de andere universiteiten, en dat er na vijf jaar een hogere uitstroom zou zijn. De realiteit van de huisartsgeneeskunde is misschien minder academisch dan er werd gedoceed. Het VBS wil een gelijkaardig scenario vermijden binnen de specialistische geneeskunde. Daarom moeten de beroepsverenigingen bij de volgende stap die de universiteiten willen zetten, de aanpassing van de federale wetgeving tot het verwerven van een specialistische beroepstitel, op hun strepen staan.

Na zeven jaar theoretische studie vergt de specialistische geneeskunde in de eerste plaats een praktische opleiding en niet een louter of voornamelijk theoretische studie die wordt uitgesmeerd tot de leeftijd van 30 tot 38 jaar (voor de stomatoloog-maxillo-faciaal chirurg). Het VBS heeft vernomen dat ook de ASO niet onverdeeld gelukkig zijn met deze academisering. Ze worden bijna “eeuwige studenten”, met verplicht te betalen inschrijvingsgeld. De vertegenwoordigers van de assistentenorganisaties werden voor de academische kar gespannen om de Master na Master-opleiding te steunen. In praktijk blijkt de invulling van de academisering ontvullend. Er zijn (nog) geen (studie-)programma's en er is geen financiering voorzien. De universiteiten wisten dat en dat staat ook zo genotuleerd in de NVAO-rapporten, die desondanks een “voldoening” gaven voor dat onderdeel. Ook sommige universiteitsprofessoren beginnen zich blijkbaar vragen te stellen over de praktische invulling. Zij vrezen dat de ASO niet langer genoeg praktische ervaring zal kunnen opdoen.

Onze eisen kunnen als volgt samengevat worden :

1. Het beroep eist betrokken te worden bij het opstellen van de eindtermen en bij het bepalen van het te bereiken profiel per specialisme. De plaats om deze eindtermen te bepalen is niet de VLIR of zijn Franstalige tegenhanger, maar de federale erkenningscommissies.

³ Dit editoriaal werd geschreven op 03.10.2009

2. Noch het eventuele Master-diploma, noch het reeds bestaande DESS aan Franstalige zijde kunnen een voorwaarde zijn om een federale erkenning te verwerven.
3. Minstens de helft van de stages dient doorlopen te worden in een niet-universitair ziekenhuis.
4. Zoals de federale regelgeving vandaag voorziet, moet de keuze van de ASO in de opstelling van zijn stageplan gerespecteerd worden en mag die niet ondergeschikt gemaakt worden aan de behoeften van sommige universitaire diensten.

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal

**BRIEF D.D. 25.09.2009 VAN HET VBS AAN HET BESTUUR VAN DE NVAO
(NEDERLANDS-VLAAMS ACCREDITERINGSORGANISATIE)**

Geachte Dames en Heren, Waarde Collegae,

Betreft: Evaluatie van de NVAO Toets Nieuwe Opleiding Master in de specialistische geneeskunde Universiteit Antwerpen. Adviesrapport 15 juni 2009.

Het Verbond van Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS) is een federatie van de verschillende monospecialistische beroepsverenigingen en vertegenwoordigt in Vlaanderen ongeveer 4.500 geneesheren-specialisten. Het kan dan ook terecht beschouwd worden als de belangrijkste actieve artsenorganisatie. Twee essentiële aspecten van het maatschappelijk doel van onze vereniging zijn:

- a) het verkrijgen dat de titel van geneesheer-specialist wettelijk zou erkend worden
- b) de bevordering van de uitoefening en de opleiding van de geneeskundige specialismen

Sedert meer dan 30 jaar wordt de opleiding en de erkenning van geneesheren-specialisten in dit land wettelijk geregeld via organen (Hoge Raad en Erkenningscommissies) waarvan de actoren op paritaire basis de professionele en de universitaire vleugel van het beroep vertegenwoordigen. De rol van deze organen willen de universiteiten nu klaarblijkelijk ondergeschikt maken aan hun academische belangen.

Recent ontvingen wij een kopij van het adviesrapport m.b.t. de Master in de specialistische geneeskunde (Master na Master) voor de Universiteit Antwerpen. Wij hebben dit verslag aandachtig doorgenomen.

Met verbazing hebben wij vastgesteld dat in dit verslag op verschillende plaatsen wordt gesteld dat de "beroepengroepen" van artsen en artsen-specialisten werden geraadpleegd en dat zij met deze voorstellen zouden akkoord gaan. Eventuele informele contacten met een paar individuele artsen of enkele leden van erkenningscommissies kunnen bezwaarlijk als "overleg met de beroepengroepen" doorgaan. Dat de representatieve organisaties van het medisch beroep betrokken zouden geweest zijn bij deze projecten is een flagrante leugen.

De NVAO moet er zich dus van bewust zijn dat er geen enkel overleg met de beroepsorganisaties als dusdanig geweest is. In het verleden is er twee maal een informeel contact geweest tussen vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties en de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) enerzijds en later met het College van Vlaamse Decanen, met het oog op het organiseren van overleg. Dat overleg kwam er nooit. De VLIR is een ernstig gesprek met het VBS in het verleden altijd uit de weg gegaan. Het is slechts nadat de universitaire centra zeker waren dat de Vlaamse Overheid hun master opleiding zou erkennen dat er contacten werden gelegd met het oog op ... de mededeling van een voldongen feit of op een of andere vorm van samenwerking?

Door het feit dat de NVAO uitsluitend benaderd is geweest vanuit academische kringen, en wegens het ontbreken van enig zinvol contact met niet-academische ziekenhuizen van formaat zoals er in Vlaanderen verscheidene zijn en waar medische innovatie een levende realiteit is, werden de besluiten van het evaluatieverslag van de Universiteit Antwerpen (het enige document in ons bezit) getrokken vanuit een onvolledig en vertekend beeld van de specialistische geneeskunde in Vlaanderen.

Het verbaast ons dat beslissingen van een zichzelf ernstig nemend evaluatieorganisme berusten op inaccurate gegevens.

In de tweede plaats moeten we vaststellen dat, hoewel ernstige kritiek wordt geformuleerd met betrekking tot de realisatie en implementering van deze nieuwe opleiding, ondermeer op financieel vlak, uiteindelijk elk onderwerp/facet steevast wordt afgesloten met een “voldoende”. We constateren ook dat er geen spoor terug te vinden is van de soms zeer gespannen relaties tussen het Antwerpse universitaire ziekenhuis en de naburige Antwerpse ziekenhuizen. Assistenten worden afgesnoept en stageplaatsen worden slechts toegekend op voorwaarde dat patiënten met bepaalde pathologieën uit het naburige ziekenhuis naar de universitaire diensten worden doorverwezen. Er gebeurde allicht geen visitatie bij die Antwerpse ziekenhuizen omdat de schone schijn niet zou kunnen blijven hooggehouden worden. Mogelijks werd de herhaalde twijfel die blijkt uit het NVAO rapport t.o.v. van de niet-academische ziekenhuizen door deze situatie geïnduceerd.

In het evaluatieverslag van de NVAO van de Universiteit Antwerpen wordt vastgesteld dat ingevolge de invoering van de Master na Master opleiding in de specialistische geneeskunde, het aantal uren dat de arts aan opleiding zal besteden, aan het bijwonen van cursussen en aan het aanleren van vaardigheden o.m. op het vlak van de communicatie en het management, ten koste gaat van uren besteed aan patiëntgerelateerde zorg. De NVAO stelt zich dan ook meerdere malen de vraag hoe het “productiegat”⁴, vooral in de niet academische ziekenhuizen, zal worden opgevangen. Er wordt blijkbaar geen of in ieder geval in mindere mate een “productiegat” voorzien in de academische ziekenhuizen.

Zullen artsen in opleiding nog meer dan thans reeds het geval is gebruikt worden als pasmunt in de relaties met perifere ziekenhuizen waarmee bevoorrechte relaties (begrijp doorverwijspatronen cfr. hoger) werden ontwikkeld? Zullen de artsen in opleiding nog de mogelijkheid hebben om in alle onafhankelijkheid een stage te lopen in een niet-universitair ziekenhuis zoals de Belgische wet garandeert, om alzo voeling te krijgen met de dagdagelijkse praktijk van hun specialisme? Of worden ze vanaf nu opgesloten in de ivoren toren van het universitaire ziekenhuis?

Ten einde een evenwichtige opleiding te geven aan de artsen specialisten in opleiding zou minstens de helft van de stages moeten doorlopen worden in niet-academische ziekenhuizen.

Het Verbond van Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten – de Belgische tegenhanger van de Nederlandse “Orde der Specialisten” – vindt het ethisch onverantwoord dat U “voldoende” geeft aan een systeem dat wetens en willens in België via de academisering een tekort aan medische zorg creëert door wat u het “productiegat” noemt. Uiteraard is het de verantwoordelijkheid van de talrijke Belgische overheden om dat al dan niet toe te laten, maar de universitaire overheden nemen hier een grote verantwoordelijkheid. Nederland probeert zijn wachtlijsten in de gezondheidszorg af te bouwen via privatisering, maar de NVAO zal met zijn “productiegat” wachtlijsten in Vlaanderen invoeren!

Tenslotte stellen wij vast dat het evaluatieverslag ervan uitgaat dat de verschillende aspecten van de academisering van de medisch-specialistische beroepsopleiding in overeenstemming zouden zijn met de bestaande regelgeving terzake, terwijl nochtans verscheidene componenten worden opgenomen die duidelijk strijdig zijn met onze Belgische federale regelgeving. Waarbij men zich dan terecht afvraagt of politieke beslissingen ook behoren tot de taak van een accreditatie-organisme. Het feit bvb. dat de nu door wettelijke organen erkende stagemeesters volgens de NVAO eerst zouden moeten erkend worden door één van de faculteiten is een optie die in strijd is met de vigerende Belgische wetgeving.

Het is een understatement van formaat als we u mededelen dat we uw toets nieuwe opleiding niet waarderen.

Dr. Marc MOENS
Secretaris-generaal

Prof. Dr. Jacques GRUWEZ
Ondervoorzitter

Dr. Jean-Luc DEMEERE
Voorzitter

⁴ “Productiegat”. NVAO Toets Nieuwe Opleiding. Adviesrapport Universiteit Antwerpen. 15.06.2009. Pagina’s 4, 30 en 31.

MASTER NA MASTER, OF DE DOODSTEEK VAN EEN GEDEGEN SPECIALISTISCHE OPLEIDING IN BELGIË

OPEN BRIEF VAN DE BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN

Als een dief in de nacht is de MaNaMa of de totale academisering van de specialistenopleiding binnengeslopen en heeft daarmee de toekomst van de startende specialisten een zware slag toegebracht. In de ons omringende landen en de landen die de democratie in hun vaandel drage, is de opleiding tot specialist een beroepsopleiding.

Als voorzitter van de Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen kan ik uiteraard slechts spreken voor de chirurgen. Chirurgie, en ik veronderstel dat dit geldt voor de andere specialiteiten, is een vak dat men leert aan de zijde van de patiënt. We leren een diagnose stellen, behandelingen in te stellen, communiceren met de patiënt onder leiding van een stagemeeester of diens medewerkers. Hiervoor moet men hard werken, zeer veel patiënten zien en behandelen, zeer veel patiënten opvolgen, zijn resultaten beoordelen, discuten met collega's en andere specialisten en huisartsen.

Hiervoor is geen schoolbank meer nodig.

Ik kan me voorstellen dat als eerst jaar chirurg men onmiddellijk een dégout krijgt wanneer men hoort dat men vanaf dit jaar niet enkel een belangrijke som mag storten (1000 € of meer de helft van een GSO wedde) om zich aan deze of gene universiteit in te schrijven en een leerprogramma voorgeschoteld krijgt waarbij een niet onbelangrijk aantal uren (180?) moeten doorgebracht worden op de schoolbanken. Dit na zeven jaar studie geneeskunde !!!

Destijds was men dokter in de genees – heel- en verloskunde nu arts, straks student specialist of student huisarts. Is de opleiding aan onze Universiteiten dan zodanig verwaterd dat men niet meer in staat is om onze studenten een grondige theoretische kennis bij te brengen van de geneeskunde?

Tot op heden werd de assistent chirurg opgeleid gedurende zes jaar waarvan gedurende de eerste twee jaar een achttal sessies van wetenschappelijke bagage werden gevolgd. Na het tweede jaar volgde een toetsing door de erkenningscommissie.

Voor de meesten méér dan voldoende. Nadien wordt op het einde van de opleiding dus na zes jaar, nog eens een mondelinge proef afgelegd. Tot mijn voldoening als examinerator blijken de Collega' s tot op heden correct opgeleid wanneer men de praktische voorbeelden op het examen aangehaald worden.

Wat krijgen wen nu: assistenten die plots enkele dagen zullen moeten vertrekken naar de schoolbanken. Dit wil zeggen hun klinische activiteit stoppen, de diensten zomaar achterlaten, hun patiënten zomaar in de steek laten. Dit ter meerdere eer en glorie van enkele academische nitwits. Wellicht degenen aan de universiteiten die niets te maken hebben met gezondheidszorg en patiëntenzorg.

De jonge assistenten zijn daarenboven een gemakkelijke prooi: pas een opleiding mogen beginnen, best zwijgen of men zal misschien de opleiding moeten stopzetten, opleiders die zelf moeten luisteren naar hun academische overheden, perifere opleiders die braaf moeten zijn tegenover hun universiteit, en ga zo maar door.

Gelukkig meen ik dat sommigen zich niet akkoord kunnen verklaren met de gang van zaken, maar dan zullen ze de steun nodig hebben van zowel niet academische of academische opleiders. Wij steunen zeker het initiatief tot boycot dat door de eerste jaars assistenten in opleiding gevoerd wordt. Stort zeker geen 1000 € in de bodemloze universitaire put !

Is het kalf verdronken ? Ik hoop van niet. We krijgen een opleiding die sterk doet denken aan de maatschappij die Orwell schetste in zijn boek 1984. Sommige linkse huisarts"professoren" zijn er

reeds in geslaagd om de huisartsopleiding in een universitair keurslijf te krijgen, nu heeft men zijn zinnen gezet op de specialistische opleiding. Wrikt daar misschien het schoentje?

Men schotelt om het even welke minister iets voor en die zal wel toehappen. Te horen naar de mensen die hem hierover hebben gesproken snapt hij er geen jota van. Van Ministers mag men dat immers niet verwachten. Zij omringen zich steeds met de verkeerde adviseurs: mislukte clinici. Echte clinici hebben geen tijd om zich bezig te houden met adviseren. Clinici werken voor hun patiënten.

Dr. Luc Haeck
Voorzitter Beroepsvereniging de Belgische Chirurgen

E.B.M. - ECONOMICS BASED MEDICINE

Openingstoespraak van Dr. J.L. DEMEERE, voorzitter van het VBS, in het kader van het VBS-symposium van 19.09.2009 "De referentiebedragen"

Een rapport van de A.M.C.⁵ van april 2009 dat de gezondheidssystemen in de E.U.-landen met elkaar vergelijkt, stelt: "Het Belgische gezondheidszorgsysteem is interessant omwille van de snelle toegang tot de zorgen, de hoge tevredenheidsgraad van de patiënten, evenals de hervormingen in de financiering van de ziekenhuizen en het geneesmiddelenbeleid⁶".

De tevredenheid van de patiënt is relatief en is gebaseerd op zijn perceptie van de medische zorgverlening en het contact dat hij heeft met de arts. Dat we een snelle zorgtoegang hebben, staat buiten kijf. Het medisch overaanbod draagt ertoe bij. Eén Belg op vier is echter ontevreden over het gezondheidssysteem, omdat het hem geld kost en omdat de financiering ervan momenteel voor 29% door de patiënt wordt verzekerd. Mede door de crisis wachten sommige patiënten om naar de raadpleging te gaan, besparen ze op geneesmiddelen en vermijden ze medische zorgen, zowel met het oog op preventie als voor een behandeling. In termen van performantie, morbiditeit en mortaliteit behoort het Belgische systeem van gezondheidszorg niet meer tot de top, hoewel het jarenlang als model werd beschouwd. Hoe is het zover kunnen komen?

Historisch gezien is het Belgische systeem gestoeld op de vrije keuze van arts en therapie, een dekking van de ziekenhuiskosten op basis van de reële kosten, en ten slotte een nomenclatuur van akten waarvan de geldelijke waarde het resultaat is van onderhandelingen tussen de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen of ziekenfondsen. Deze basisprincipes van de uit 1963 stammende Z.I.V. hebben een dusdanige evolutie gekend, dat ze ondertussen niet meer worden gerespecteerd. Het basisprincipe is het boekhoudkundig beheer binnen een gesloten budget geworden. De onderhandelingen vinden plaats in een context van financiële, en vooral politieke macht. Politieke beslissingen dwingen de onderhandelingen in een bepaald keurslijf en schrijven voor wat de financiering zal zijn van de geneesmiddelensector, de ziekenhuiskosten en de honoraria. Zo steunt de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen op een gemiddelde kost per activiteit in functie van een gemiddelde verblijfsduur. Er wordt gewerkt met gesloten budgetten of budgettaire enveloppes. Men spreekt niet meer over reële kosten, maar over een deel van een budget berekend op een nationaal gemiddelde van 2 jaar terug. Het gemiddelde is de norm. De therapeutische vrijheid is aan banden gelegd. Men forfaitariseert, de therapeutische vrijheid is gestandaardiseerd. Geen enkel bedrijf zou het aanvaarden om in een dergelijk systeem te werken, tenzij het een beroep zou kunnen doen op een andere bron van financiering: de afhouding op de medische honoraria. Het gemiddelde wordt de referentie, men vergeet de patiënt. Men houdt geen rekening met de doeltreffendheid en de kwaliteit van de zorgen. Voor de geneesmiddelen hanteert men ziekenhuisforfaits per aandoening. Ook hier baseert men de gemiddelden op berekeningen van twee jaar geleden. Laatste nieuwigheid zijn de referentiebedragen met een theoretische gemiddelde kost volgens aandoening. De onrechtvaardigheid van deze nieuwe financiële theorie ligt in het feit dat deze berekening

⁵ Association Médicale Canadienne.

⁶ R. Ouelet, Rapport au Conseil Général, avril 2009, Association médicale Canadienne. A2-4

gebaseerd is op een onderhandelde en vastgestelde nomenclatuur. De terugbetaling van de bedragen die boven het gemiddelde (en de mediaan) liggen, is voor rekening van het ziekenhuis. Divide et impera. De ziekenhuisbeheerder wendt zich tot de zorgverstrekkers. De artsen moeten terugbetalen. Ondertussen heeft de beheerder al een deel van hun honoraria afgehouden. Men stelt een terugbetaling voor in een verhouding van 25%-75% tussen beheerder en artsen. Schandalig als men weet dat de ziekenhuizen in de sectoren radiologie en klinische biologie vaak meer dan 25% afhouden en de artsen hen soms tot 80% prijsgeven. Schandalig, want deze twee specialismen zijn al onderworpen aan budgettaire beperkingen, met knipperlichten, algebraïsche correcties en andere berekeningen. Schandalig, want de goed presterende ziekenhuizen voelen zich niet aangemoedigd, doordat hun verschil met de gemiddelde ziekenhuizen genegeerd wordt. Schandalig, want dit systeem is er alleen voor het welzijn van het budget en niet dat van de patiënt. Schandalig, want de verzekeringsinstellingen vergelijken enkel de kosten, niet de verstrekte zorgen. 'Kwaliteit' is niet het sleutelwoord, wel 'uitgaven'. Men zou haast geloven dat de uitoefening van de geneeskunde een financiële belegging geworden is. E.B.M.: economics based medicine zonder evidence... Wanneer is het de beurt aan het streven naar efficiëntie en kwaliteit? Arme patiënt...

REFERENTIEBEDRAGEN VOOR MEER DOELMATIGE ZORGVERLENING IN HET ZIEKENHUIS ?

Toespraak van Dr. Rob van den Oever, LCM, in het kader van het VBS-symposium van 19.09.2009 "De referentiebedragen"

Om niet-verantwoorde vormen (ZIV-uitgaven) van praktijkvariabiliteit bij het verrichten van routinematig en in groot aantal uitgevoerde behandelingen weg te werken werd in 2002 een systeem van de REFERENTIEBEDRAGEN uitgewerkt.

Met de wet van 22.08.2002 (BS 10.09.02) werd dit zogenaamde systeem van referentiebedragen ingevoerd voor een beperkte lijst routinematig uitgevoerde heelkundige ingrepen (cataractoperatie, amygdalectomie, varices, heup- en knieprotheseplaatsing, meniscectomie, TUR-prostaat, hysterectomie, bevalling, sectio, tubaligatuur, cholecystectomie, liesbreuk en ingrepen op adnexen en wegname interne fixator) en veel ambitieuzer voor een aantal vrij variabele internistische pathologievormen (myocardinfarct, CVA, pneumonie, TIA, angor, syncope, diverticulitis, nierstenen met en zonder ESWL en longcarcinoom). Vanaf dit ogenblik zullen de ziekenhuizen bij uitvoering van voornoemde ingrepen voor de honoraria voor medische beeldvorming, klinische biologie en technische verstrekkingen post-factum een gelijk bedrag vergoed krijgen.

Voor de vaststelling van de eerste berekeningsgegevens voor deze verstrekkingen werden de opnamegegevens van 1.10.2002 t/m 31.12.2003 voor genoemde ingrepen en pathologieën gebruikt. Slechts de severityklassen 1 en 2 worden in aanmerking genomen en de gemiddelde jaarlijkse uitgaven per opname (uit de limitatieve reeks) vermeerderd met 10 % vormt dan het referentiebedrag.

Indien de uitgaven voor bepaalde verstrekkingen uitgevoerd bij een van deze referentiepathologieën in een ziekenhuis tenminste 10 % hoger liggen, moet het verschilbedrag in mindering worden gebracht van de aan de ziekteverzekering aangerekende bedragen van honoraria.

Ogenschijnlijk leek de invoering van het systeem van de referentiebedragen als instrument om niet-verantwoorde vormen van weg te werken een juiste maatregel maar methodologisch vertoonde deze methode van post-factum recuperatie zoveel nadelen dat de toepassing van dit model bij voorkeur wordt vervangen door andere manieren om de praktijkvariabiliteit tussen de ziekenhuizen te doen afnemen.

Bij de methodologische bezwaren tegen het recuperatiemodel van de referentiebedragen citeren wij de betwiste berekeningswijze, de laattijdigheid (maatregel gebaseerd steeds op niet-recente cijfers) tegenover de snelle wijzigingen van medische praktijk, de ambulante en extra-muros verrichte deelen, de juridische betwistingen inzake terugvordering bij voorschrijver/verstrekker, arts/beheerder, de verdeling van de gevorderde bedragen onder de verschillende interveniërende artsen, de DRG-codering en severity-upgrading, de gebrekkige toepasbaarheid op internistische pathologie, het perverse karakter van steeds afnemende gemiddelde kost en het gebrek aan enige beloning voor de meest zuinige en doelmatig werkende ziekenhuizen.

Onze voorkeur gaat uit naar een model van beloning voor het ziekenhuis en voor de ziekenhuisartsen in plaats van een penalisierend systeem.

Deze beloning wil een aanmoediging zijn voor het verhogen van performantie en kwaliteit van de geleverde zorg.

Naast een gunstige score op het gebied van de referentiebedragen (een zeer beperkte lijst van bij voorkeur gestandaardiseerde behandelingen) kan deze performantietoelage verder bepaald worden door de score op verschillende andere kwaliteitsparameters, zoals mortaliteit, heropname, veiligheidsbeleid, infectiepreventie, transfusiebeleid, antibiotica-beleid, decubitus-preventie, enz.

Deze performantiebeloning kan vergoed worden aan het ziekenhuis als een bepaald onderdeel van het BFM berekend op basis van de individuele score van het ziekenhuis en aan de artsen via de nomenclatuur onder vorm van een soort performantieforfait (honorarium) per opname. Een - in consensus bepaalde - reeks van objectieve kwaliteitsparameters, duidelijke en vooraf vastgelegde spelregels en een onafhankelijk beoordelings- en toekenningsorgaan zijn uiteraard noodzakelijke voorwaarden voor het welslagen van een bonusmodel.

EEN (KOM-) KOMMERLOZE ZOMER
(gepubliceerd in Trends voor specialisten van 08.09.2009)

De komkommerkwekers waren er aan voor hun moeite. De media konden zowaar echt nieuws melden. We waanden ons een warme zomer lang in een openluchtcinema, met gangstermeisjes, raids op het grootste justitiepaleis van Europa, ontsnappingen uit allerlei gevangenissen, per helikopter, per ladder of per (schoon-)moeder, politiek benoemde gewestelijke directeurs van de belastingen of handelsrechters die plots echte of vermeende fraudeurs blijken, kortom, een journalist kon het zo gek niet bedenken of het werd hem op een gouden schoteltje gepresenteerd. De bevoegde minister van justitie kreeg nauwelijks de tijd om zijn cipiersplunje uit te trekken dat hij bij een werkbezoek voor een televisieopname in een gevangenis had aangetrokken, of een voortvarende journaliste van dezelfde zender praamde hem om zijn ambt neer te leggen, zoals hij dat 10 jaar eerder ook al had moeten doen na de ontsnapping van een kindermoordenaar en -verkrachter.

Ondertussen zou een mens vergeten dat de mondiale economische crisis verre van voorbij is en dat de Belgische politiek zich meer bezighoudt met stoelendansen ter herschikking van de vele regeringen die ons landje rijk is dan met het bijsturen of opstellen van begrotingen die van dag tot dag meer deficitair worden. Weinige politici weten nog dat "minister" het Latijn is voor dienaar. Men wordt minister als beloning voor de goede diensten aan de partij, of omdat een gewestregering een al te vrolijke Frans beu is en hem dus doorschuift naar het federale niveau. Het ambt kan ook ontnomen worden, niet door de kiezer, maar door een partijtop die de minister als te weinig populistisch beoordeelt en hem uit opportuniteitsredenen inruilt voor bijvoorbeeld een olijke jonge moeder met drie kinderen van drie verschillende vaders, waarvan één bewust onbekend.

We kunnen al die regeringen geen luiheid aanwrijven. Als het Belgisch Staatsblad aan het huidig tempo alle hersenspinsels van de Overheden blijft publiceren, wordt het absolute record van 87.430 pagina's uit 2004 moeiteloos verpulverd. Als de 296 van de zowat 7.700 regerings- en parlementsleden, provinciegouverneurs, burgemeesters, schepenen en OCMW-voorzitters in ons land ook nog via het Rekenhof hun mandaten hadden bekendgemaakt in het Staatsblad⁷ zoals de wet dat voorschrijft dan telde die uitgave allicht 1.000 bladzijden en geen 956. Een gemiste recordkans? Niet getreurd want we zitten aan bijna 250 bladzijden B.S. per kalenderdag of dagelijks gemiddeld 30 % meer dan vorig jaar. Nochtans ziet een blinde dat er noch meer, noch beter bestuurd wordt dan voorheen.

⁷ B.S. 14.08.2009

Waar ik vruchteloos naar uitkeek in een wetenschappelijk medisch kwaliteitsblad was de bevestiging van de biomedische oorzaak van het chronisch vermoeidheidssyndroom. Als een middeleeuwse pisbezieër sierde de foto van een Belgische professor begin juni de media met de mededeling dat zwavelsulfide bij CVS patiënten urine van geel naar blauw doet omslaan. Menig sceptisch wetenschapper mocht al ondervinden dat kritiek leveren op alternatieve geneeswijzen hachelijk wordt, want ze slepen je voor het gerecht⁸. Ondertussen blijven alterneuten hier grof geld vragen aan radeloze patiënten voor nutteloze testen en worden in de derde wereld patiënten met TBC, diarree, griep, malaria en HIV met homeopathie behandeld, ondanks het recente verbod door de Wereldgezondheidsorganisatie. Minder onschuldig dan onze homeopathie, nochtans ook veroordeeld door de Koninklijke Academie voor geneeskunde van België⁹, maar wel terugbetaald door de mutualiteiten. Er blijft dus werk aan de winkel, hier en elders.

Dr. Marc Moens, Nederlandstalig ondervoorzitter BVAS, secretaris-generaal VBS.

BELANGRIJK BERICHT AAN DE GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN DE INWENDIGE GENEESKUNDE MET RIZIV-NUMMER 580 MET EEN HOOFDZAKELIJKE ACTIVITEIT IN DE REUMATOLOGIE

De geneesheren-specialisten erkend in de inwendige geneeskunde die gedurende ten minste zes jaar hoofdzakelijk de reumatologie beoefenen kunnen afzien van hun erkenning in de inwendige geneeskunde om erkend te worden als geneesheer specialist in de reumatologie. De geneesheren specialisten in de reumatologie moeten hun dossiers bij de bevoegde erkenningscommissie indienen uiterlijk op 5 december 2009. Op deze data wordt deze mogelijkheid voor desbetreffende specialismen opgeheven.

Tot op heden waren er voor de geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde niet zo veel redenen voorhanden om te opteren voor de erkenning in een of ander subspecialisme van de inwendige geneeskunde en bijgevolg af te zien van hun erkenning. Wel integendeel. Het behoud van de erkenning als geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde vergemakkelijkte de organisatie van de permanentie op de spoedgevallen diensten. Voor een aantal geneesheren specialisten inwendige geneeskunde is het behoud van het 580 Riziv-nummer eveneens belangrijk in het kader van hun erkenning als stagemester in de inwendige geneeskunde.

Sedert een aantal jaren wordt er binnen de Technisch Geneeskunde Raad van het RIZIV in de werkgroep inwendige geneeskunde gewerkt aan een fundamentele verandering van de regels van de connexiteit binnen de nomenclatuur van de inwendige geneeskunde. Tot nu toe hadden de verschillende specialismen van de inwendige geneeskunde een quasi onbepaalde toegang tot de volledige nomenclatuur van art. 20. Daar zal in de toekomst een einde aan komen. Samengevat zullen de prestaties van de verschillende specialismen van de inwendige geneeskunde opgesplitst worden in a) prestaties die toegankelijk zijn voor alle geneesheren specialisten van de inwendige disciplines en in b) prestaties die enkel toegankelijk zijn voor de geneesheren specialisten van de desbetreffende specialiteit. De geneesheren specialisten in de inwendige geneeskunde zullen dus elk voor zich hun praktijk onder de loep moeten nemen en uitmaken of zij hun oorspronkelijke erkenning wensen te behouden ofwel dat sommigen in de nabije toekomst zullen moeten opteren om erkend te worden in de ene of andere discipline van de interne geneeskunde.

DE BIJZONDERE BEROEPSTITEL IN DE ONCOLOGIE

In het speciale juli nummer van De Geneesheer-specialist heeft het VBS een oproep gedaan aan alle geneesheren die aanspraak kunnen maken op de bijzondere beroepstitel in de oncologie om uiterlijk op 2 november 2009 hun aanvraag voor het bekomen van deze bijzondere beroepstitel 'in de oncologie' in te dienen in het kader van de overgangsmaatregelen.

Het dossier van de oncologie werd opnieuw besproken op de vergadering van 17 september 2009 van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen. Het staat vast dat de bijzondere criteria per discipline waaraan de geneesheren die deze bijzondere beroepstitel wensen te bekomen niet voor 2 november 2009 in het Belgisch Staatsblad zullen gepubliceerd worden. Immers de Hoge Raad dient nog een advies te verstrekken omtrent de voorgelegde ontwerpen. De volgende vergadering van de Hoge Raad is geprogrammeerd op 10 december 2009. Ook de administratie heeft zich nu eveneens rekenschap gegeven dat deze criteria niet meer tijdig gepubliceerd kunnen worden.

⁸ "Don't criticise, or we'll sue". New Scientist No 708, 16 May 09

⁹ "Advies omtrent homeopathie". Tijdschrift voor Geneeskunde 65, nr. 10, 15.05.2009.

De Hoge Raad heeft positief gereageerd op het operationele voorstel van advies van de administratie van de FOD Volksgezondheid om de overgangsmaatregelen te verlengen tot twee jaar na publicatie van de ministeriële besluiten die de specifieke criteria per discipline vastleggen.

Zolang deze wijziging aan het besluit van het MB van 26 september 2007 niet gepubliceerd wordt in het Belgisch Staatsblad blijft ons advies echter het enig juridisch correcte advies. Het VBS kan U enkel aanraden om alle nodige documenten te verzamelen om - indien het uitstel niet tijdig wordt gepubliceerd - uw aanvraag op de valreep, dat is uiterlijk op 2 november 2009, in te dienen.

Het VBS volgt de toestand dagelijks op. Indien u onverwijld op de hoogte wenst gehouden te worden via onze elektronische nieuwsbrief vergeet dan niet om ons uw emailadres mee te delen.
(tel : 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 of per e-mail aan pierre@vbs-gbs.org)

BESCHIKBAARHEIDSHONORARIUM IN HET KADER VAN DE IN EEN ZIEKENHUIS GEORGANISEERDE WACHTDIENSTEN : WIJZIGINGEN IN VOEGE OP 01.04.2009 EN 01.10.2009

20 SEPTEMBER 2009. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten (B.S. d.d. 30.09.2009)

Artikel 1. In artikel 3 van het koninklijk besluit van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in de inleidende zin wordt het woord « tien » vervangen door het woord « elf »;

2° in punt 10° worden de woorden « of de neurologie » geschrapt;

3° het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 11°, luidende :

« 11° geneesheer specialist in de neurologie of de neuropsychiatrie ».

Art. 2. In artikel 4 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het eerste lid, 3°, wordt aangevuld met de woorden « afhankelijk van het feit of de centrale inning van de honoraria door de medische Raad of door het ziekenhuis wordt georganiseerd »;

2° dit artikel wordt aangevuld met een lid, luidende :

« Als een geneesheer-specialist in de neuropsychiatrie gedurende een wettelijke feestdag of een weekend tegelijkertijd beschikbaar is voor de basisspecialismen bedoeld in 10° en 11° van artikel 3, dan kan deze beschikbaarheid slechts voor één van deze twee basisspecialismen worden meegedeeld. »

Art. 3. In artikel 6 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In het tweede lid, 1°, wordt het woord « tien » vervangen door het woord « elf »;

2° tussen het tweede en het derde lid wordt een lid ingevoegd, luidende :

« Als een geneesheer-specialist gedurende een wettelijke feestdag of een weekend tegelijkertijd beschikbaar is voor meerdere ziekenhuizen, dan dienen afspraken te worden gemaakt tussen de hoofdgeneesheren van de betrokken ziekenhuizen over de daadwerkelijke beschikbaarheid bij gelijktijdige dringende oproepen in de betrokken ziekenhuizen. In dit geval betaalt het RIZIV slechts één van de ziekenhuizen of medische raden voor deze wettelijke feestdag of dit weekend. Daartoe spreken de hoofdgeneesheren onder elkaar af voor welk ziekenhuis de beschikbaarheid van deze geneesheer-specialist gedurende deze feestdag of dit weekend zal worden meegedeeld. »

Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 2009, met uitzondering van artikel 3, 2°, dat uitwerking heeft met ingang van 1 oktober 2009.

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 18, § 2, B, d)quater
(nucleaire geneeskunde)
(in voege op 01.11.2009)

21 AUGUSTUS 2009. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 18, § 2, B, d)quater, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 18.09.2009)

Artikel 1. In artikel 18, § 2, B, d)quater, 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, [...], wordt het laatste lid van 1. door de volgende bepaling vervangen :

« De verstrekking 442971-442982 is slechts cumuleerbaar met één enkele van de technische verstrekkingen van artikelen 17, 17bis, 17ter of 17quater, voor dezelfde indicatie bij dezelfde patiënt, met dezelfde pathologie. »

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

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 20, § 1, a)
(inwendige geneeskunde)
(in voege op 01.11.2009)

10 SEPTEMBER 2009. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 20, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 28.09.2009)

Artikel 1. In het artikel 20, § 1, a), 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, [...], wordt de verstrekking 470035-470046 opgeheven.

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

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 34
(Percutane Interventionele Verstrekkingen)
(ERRATUM)

in voege op 01.09.2009

18 MAART 2009. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 34, § 1, a), 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. - Erratum (B.S. d.d. 24.09.2009 – p. 63560)

In het Belgisch Staatsblad nr. 256 van 30 juli 2009^(*), in de Nederlandse tekst, in artikel 1, in punt B, op pagina 51409, dient het tweede lid te worden vervangen door de volgende tekst : « De aanvraag tot terugbetaling moet worden ondertekend door twee vaatchirurgen en één interventionele radioloog die verbonden zijn aan het centrum. ».

^(*) cf. *De Geneesheer-Specialist* n° 4 / augustus 2009 p. 16

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

Artikelen 3, § 1, 18, § 2, 24, § 1 en 33bis (Klinische biologie) : K.B. van 31.08.2009 (B.S. d.d. 28.09.2009 – p. 63966)

Artikelen 28, § 1 & 35bis (Bloedvatenheelkunde) : K.B. van 10.09.2009 (B.S. d.d. 25.09.2009 – p. 63808)

Artikel 35 (Bloedvatenheelkunde) : K.B. van 18.03.2009 (B.S. d.d. 25.09.2009 – p. 63816) – **ERRATUM**

Artikel 35 (Oto-rhino-laryngologie) : K.B. van 10.09.2009 (B.S. d.d. 25.09.2009 – p. 63809)

Artikel 35 (Orthopedie en traumatologie) : K.B. van 10.09.2009 (B.S. d.d. 25.09.2009 – p. 63811)

Artikel 35 (Neurochirurgie) : K.B. van 10.09.2009 (B.S. d.d. 25.09.2009 – p. 63813)

Artikel 35bis (Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel) : K.B. van 10.09.2009 (B.S. d.d. 25.09.2009 – p. 63812)

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

INTERPRETATIEREGEL GEWIJZIGD ARTIKELEN 5 EN 6 (Tandverzorging)

Op 27 juli 2009 heeft het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging de interpretatieregel 1 betreffende de '**conserverende verzorging**' als volgt aangepast :

INTERPRETATIEREGEL 1 (in voege d.d. 01.06.2007) (B.S. d.d. 25.09.2009)

VRAAG

Wat omvatten de verstrekkingen « behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen van éénzelfde tand » ?

ANTWOORD

De verstrekkingen « behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen van eenzelfde tand » omvatten :

- het openen en ruimen van de pulpakamer,
- elke radiografie genomen na opening van de pulpakamer in het kader van een wortelkanaalbehandeling,
- het bepalen van de wortelkanaallengte ongeacht de gebruikte techniek,
- het ruimen en vullen van de wortelkanalen,
- de controleradiografie(ën) die aantoon/aantonen dat elk zichtbaar kanaal volgens de vereisten van de nomenclatuur werd gevuld.

NIEUWE INTERPRETATIEREGELS ARTIKEL 28, § 8 (mobiliteitshulpmiddelen)

INTERPRETATIEREGEL 2 (in voege d.d. 01.01.2007) (B.S. d.d. 24.08.2009)

VRAAG

Aan welke voorwaarden moet de rechthebbende voldoen om in aanmerking te komen voor een terugbetaling voor elektrisch verstelbare beensteunen of een elektrisch kantelbare zit of een elektrisch in hoek verstelbare rug bij de elektronische binnen/buiten rolstoel of bij de elektronische buitenrolstoel ?

Moet de rechthebbende over een gestoorde zithouding (minimaal typering 3) beschikken en moet tegelijkertijd een permanente verandering van de algemene zithouding noodzakelijk zijn of is één van deze twee voorwaarden voldoende?

ANTWOORD

Om in aanmerking te komen voor een terugbetaling van elektrisch verstelbare beensteunen of een elektrisch kantelbare zit of een elektrisch in hoek verstelbare rug bij een elektronische binnen/buiten rolstoel of bij een elektronische buitenrolstoel moet de rechthebbende beschikken over een gestoorde zithouding (minimaal typering 3) OF is een permanente verandering van de algemene zithouding medisch noodzakelijk.

De noodzaak moet duidelijk blijken uit het motiveringsrapport van de verstrekker en/of het multidisciplinaire functioneringsrapport.

INTERPRETATIEREGEL 3 (in voege d.d. 01.01.2007) (B.S. d.d. 24.08.2009)

VRAAG

Wanneer kan een rolstoel voor volwassenen aan een kind terugbetaald worden ?

ANTWOORD

Een rolstoel voor volwassenen kan aan een kind terugbetaald worden wanneer dit kind om technische of functionele redenen nood heeft aan een rolstoel met volwassen maatvoering qua breedte en/of diepte.

De noodzaak moet duidelijk blijken uit het motiveringsrapport van de verstrekker en/of het multidisciplinair functioneringsrapport.

De rolstoel met volwassen maatvoering heeft een zitbreedte van meer dan 36 cm en is opgenomen op de lijst van erkende mobiliteitshulpmiddelen onder de doelgroep volwassenen.

**NIEUWE INTERPRETATIEREGEL
ARTIKEL 29, § 1 (Orthopedisten)**

INTERPRETATIEREGEL 26 (in voege d.d. 01.01.2007) (B.S. d.d. 24.08.2009)

VRAAG

Hoe moeten de verstrekkingen 651092 (Bijslag per geleding) en 651114 (Bijslag per grendel) getarifeerd worden ?

ANTWOORD

De verstrekkingen 651092 (Bijslag per geleding) en 651114 (Bijslag per grendel) mogen elk slechts één keer per anatomisch gewricht getarifeerd worden.

**BERICHT BETREFFENDE GRAS SAVOYE BELGIUM,
DE VERZEKERINGSMAKELAAR VAN HET VBS**

Brussel, 22 september 2009

Geachte Collega,

De huidige wijzigingen in de financiële wereld hebben Gras Savoye Belgium, de verzekeringsmakelaar van het VBS, ertoe aangezet om de perimeter van zijn activiteiten te herzien.

Het VBS werd op de hoogte gebracht dat vanaf 1 oktober 2009 Gras Savoye Belgium de entiteit van raadgevers en deskundigen die het verzekeringsprogramma van het VBS beheert overdraagt aan Concordia.

De keuze viel op deze verzekeringsmakelaar op basis van belangrijke criteria als professionalisme, financiële soliditeit en bekwaamheid om onze activiteiten in optimale omstandigheden voor u over te nemen.

Concordia, dat 90 medewerkers telt staat, zonder rekening te houden met de filialen in Nederland en Frankrijk, op de 7^{de} plaats van verzekeringsmakelaars in België. Op internationaal vlak maakt Concordia deel uit van het Wells Fargo netwerk.

De harmonieuze opvolging van de behartiging van uw belangen is gewaarborgd, aangezien Concordia het volledige medewerkersteam van Gras Savoye Belgium, dat zich in het verleden voor u heeft ingezet, overneemt. De continuïteit is dus verzekerd.

Wij voegen hierbij de coördinaten van het kantoor van Concordia^(*), waar uw dossier zal worden beheerd en waar u vanaf 1 oktober 2009 terecht kunt.

Met collegiale hoogachting.

Dr. M. MOENS
Secretaris generaal

Dr. J.L. DEMEERE
Voorzitter

^(*) De coördinaten van het kantoor van Concordia vindt U op de website van het VBS onder de rubriek 'Partners'.

**KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË :
OVERZICHT PRIJZEN 2009**

	BEDRAG	INDIENEN DER KANDIDATUREN
PRIJS VAN DE VLAAMSE WETENSCHAPPELIJKE STICHTING voor de biomedische wetenschappen	10.000 euro	tot 29-12-2009
PRIJS EDMOND SECQ EN ANDRÉ HOUSSIAU voor de studie van erfelijke bloedingsziekten	5.000 euro	tot 31-12-2009
PRIJZEN GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS voor vaccinologie en immunologie	17.500 euro	tot 31-12-2009

Inlichtingen: Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België - Hertogsstraat 1 - 1000 Brussel:
fax 02/550.23.05 of e-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
of website: www.academiegeneeskunde.be

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

**VAS-Symposium
FINANCIEEL-ECONOMISCHE CRISIS: OOK IN DE GEZONDHEIDSSECTOR?
zaterdag 17 oktober 2009 – Antwerpen**

Accreditering aangevraagd in de rubriek Ethiek en Economie
Meer informatie en programma vindt u op www.vlaamsartsensyndicaat.be.

**16th SYMPOSIUM of the MEDICAL WOMEN'S ASSOCIATION of BELGIUM :
DOES MEDICINE TREAT WOMEN and MEN THE SAME?
in diagnosis, treatment, research
Saturday 14th of November 2009 – Brussels**

Nederlands/français: simultaan vertaling/traduction simultanée
Accreditation: Ethic/Economic: C.P. 6
www.mwab.be

*Inscription: Secretariat: Lydie Schumacher/Lieve Geerts, Deurnestraat 170 B15, 2640 Mortsel – Tel. : 03/449 54 62 –
E-mail: medical.women.mwabe@gmail.com*

**Oncology
International Symposium on Lung Metastasis
Friday 20 November 2009 – Leuven**

Lung metastasis reflects a complex pathological process often generating controversial opinions when defining therapeutic strategies and their indications. Guidelines are lacking and as a result outcome of therapy in particular metastasectomy is debatable.

This symposium addresses in an indepth way the different aspects of pathogenesis, diagnosis and therapy by a panel of national and international experts.

Participants will observe live interventions.

*Information: <http://www.uzleuven.be/nl/symposium-thoraxheekunde>
Contact: Mrs. Bea Libert, Secretariat of Thoracic Surgery, University Hospitals Leuven, Herestraat 49,
3000 Leuven. Tel. 016 34 68 22 Fax 016 34 68 21 – Bea.Libert@uzleuven.be*

AANKONDIGINGEN

04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73

05151* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.

- 07068* **ANESTHESIST** met ruime ervaring in algemene en locoregionale technieken, pijnkliniek en intensieve zorgen, is bereid om vervangingen, inslapende wachten en urgentiewachten te doen over heel het land. Tel. 0477/45.29.50
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 09008* **WEGENS PENSIONERING** zoek ik een overnemer van mijn private praktijk **RADIOLOGIE** in de Gentse regio. Voor meer informatie: 0477 487283.
- 09010 **OOGARTS** (tweetalig, 10 jaar ervaring, ook cataractchirurgie) zoekt vervanging (geheel België) vanaf maart 2009 tel. 0477/444.777
- 09067 **HEUSDEN-ZOLDER** : het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **VOLTIJDS ANESTHESIST** in contractueel associatieverband. Meer info via www.caz.be (verder klikken naar Sint-Franciskusziekenhuis), bij Dr. Patricia Ruts, diensthoofd anesthesie (011/57.99.51 – patricia.ruts@caz.be) of bij Dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/57.98.65 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid C.V., vóór 01/09/2009 te worden gericht aan Dhr. Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, P. Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder, erwin.bormans@caz.be.
- 09077 **RIXENSART : TE KOOP**, in rustige en pittoreske straat, op 600 m van centrum (winkels, scholen, bioscoop, station) buitenshuis Engelse stijl beschut midden een wilde tuin van 28 a. tel. 02/653.80.57
- 09083 **BRUSSEL** : Het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola werft aan : een Geneesheer Resident of Adjunct Kliniekhoofd (M/V) voor de Dienst **STOMATOLOGIE** (4 à 5/11).
Aard en profiel van de functie : • Erkend zijn als stomatoloog met een bijkomende bekwaamheid in de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie; • Het diploma van de European Board of Oral and Maxillofacial Surgery is een pluspunt; • Het verzekeren van consultaties gedurende één of twee halve dagen per week en een chirurgische activiteit gedurende twee halve dagen per week; • Deelnemen aan de oproepbare wachtdienst en de intramuros oproepen beantwoorden; • Deelnemen aan de klinische studies en aan wetenschappelijk werk; • In goede verstandhouding samenwerken met de geneesheren, de orthodontisten en de pedodontisten; • Deelnemen aan de supervisie van de kandidaat-specialisten in de stomatologie en de studenten tandheelkunde.
Indien u zich kandidaat wil stellen voor deze vacature, kunt u uw motivatiebrief en Curriculum Vitae richten aan Dr Blaise Kovacs, Kliniekhoofd – Stomatologie UKZKF, J.J. Crocqalaan 15 te 1020 Brussel, blaise.kovacs@huderf.be
- 09084 **ANTWERPEN EN OMSTREKEN** : **ANESTHESISTE** erkend in 2007 en 2 jaar werkervaring als algemeen anesthesist, woonachtig te Berchem wenst vanaf 1 oktober 2009 vervangingen te doen in Antwerpen en omstreken . Tel 0479/32.84.64 of 03/297.75.69.
- 09085 **HERENTALS** : Het AZ St.-Elisabeth, Nederrij 133 te 2200 Herentals, heeft een vacature voor een **DIENSTHOOFD SPOEDGEVALLEN**. Het AZ St.-Elisabeth beschikt over 243 bedden, verdeeld over de diensten heelkunde, inwendige ziekten, revalidatie (Sp), geriatrie, pediatrie, materniteit met een bijbehorende afdeling voor vroeg-geboren baby's. Verder beschikt het ziekenhuis over een chirurgisch en internistisch daghospitaal, een dienst intensieve zorgen, een gespecialiseerde spoedgevallendienst en een MUG-functie. Sinds 2005 is er een ambulancedienst continu binnen het ziekenhuis aanwezig en in juni 2009 werd een nieuwe MUG-wagen in dienst genomen. Eind 2009 zal in het AZ St.-Elisabeth een NMR-toestel beschikbaar zijn. Er zijn ongeveer 520 personeelsleden tewerkgesteld en een 75-tal geneesheer-specialisten. Voor verdere inlichtingen kunt u contact opnemen met Dr. Paul Storms, paul.storms@azherentals.be, tel. 014/24 61 11. Gelieve uw schriftelijke sollicitatie met CV te richten aan: Dr. Paul Storms, diensthoofd heelkunde, Dr. Stef Verfaillie, voorzitter van de medische raad en Dhr. Michel Detailleur, algemeen directeur.
- 09091 **BRUSSEL** : Medisch centrum ten noorden van Brussel zoekt **GYNAECOLOOG** (m/v). Om de team te versterken. Tel. 02/267.97.78. Contactpersoon : Mevr. Florence Lopez – cmsmutsaert@skynet.be
- 09092 **HEUSDEN-ZOLDER** : het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **VOLTIJDS KINDERARTS**. Meer info via www.caz.be (verder klikken naar Sint-Franciskusziekenhuis), bij dr. Fons Henckens, diensthoofd pediatrie (011/57.91.11 – fons.henckens@caz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/579.409 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – erwin.bormans@caz.be.
- 09093 **HEUSDEN-ZOLDER** : het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **VOLTIJDS INTERNIST-GERIATER**, binnen de groep inwendige ziekten. Meer info via www.caz.be (verder klikken naar Sint-Franciskusziekenhuis), bij dr. Dirk Degraeve, diensthoofd inwendige ziekten (011/57.91.11 – dirk.degraeve@caz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/579.409 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – erwin.bormans@caz.be.
- 09096 **63 JARIGE VASCULAIRE CHIRURG IN PREPENSIOEN UIT DE GENTSE REGIO** zoekt interessante en verlonde part-time job. Onmiddellijk beschikbaar. Tel. : 0472/44.90.51, E-Mail : christiaan.vanloon@gmail.com
- 09100 **FRANKRIJK : GENEESHEER RADIOLOOG** gezocht voor opvolging en overname in een groepspraktijk met drie radiologen in de agglomeratie van 'LILLE' (RIJSEL) FRANKRIJK. Deelname in gebruik van Scanner en I.R.M. Tel. 00.33.3.20.01.53.12 (vanuit België).
- 09101 **ZELFSTANDIGE INSTRUMENTERENDE** heeft nog een paar dagen vrij om te assisteren. Indien interesse contacteer me gerust : Margaretha.emmerechts@telenet.be – 0476768910.
- 09103 **DENDERMONDE – BUGGENHOUT** : Blijdorp vzw is een dienstverleningscentrum voor jongeren en volwassenen met verstandelijke en of meervoudige beperking in de regio Dendermonde – Buggenhout. Voor onze jongerenwerking te Buggenhout zijn wij op zoek naar een **KINDER- EN JEUGDPSYCHIATER (M/V)** in loondienst, tewerkstellingsbreuk (4/24u) (of 8/24u indien u het haalbaar acht om het pakket uit te breiden in de

afdeling volwassenen). Profiel : • U bent verantwoordelijk voor een gespecialiseerde diagnose van individuele kinderen en jongeren met een beperking. • U draagt zorg voor een goed overleg met de coördinerende kinderarts. • U geeft therapeutische richtlijnen aan medische dienst en medewerkers. • U bent eventueel ter beschikking voor een overleg met ouders indien nodig. • U bent geïnteresseerd in het werken met kinderen en jongeren met een verstandelijke of meervoudige beperking. Ons aanbod : • Verloning volgens barema geneesheerspecialist van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). • Een multidisciplinair team, intens samenwerkend. • Een medisch team met twee kinderartsen en drie verpleegkundigen in ruggespraak. • Opleidingsfaciliteiten. Info en sollicitatie : Geert Beullens, algemeen directeur, Blijdorp vzw, Blijdorpstraat 3, 9255 Buggenhout – 052 / 39 99 90 – geert.beullens@blijdorp.be

09104 **DENDERMONDE – BUGGENHOUT** : Blijdorp vzw is een dienstverleningscentrum voor jongeren en volwassenen met verstandelijke en of meervoudige beperking in de regio Dendermonde – Buggenhout. Voor onze volwassenenwerking te Dendermonde zijn wij op zoek naar een **PSYCHIATER (M/V)** in loondienst, tewerkstellingsbreuk (4/24) (of 8/24u indien u het haalbaar acht om het pakket uit te breiden in de afdeling jongeren). Profiel : • U bent verantwoordelijk voor een gespecialiseerde diagnose van individuele volwassenen met een beperking. • U draagt zorg voor een goed overleg met de coördinerende arts. • U geeft therapeutische richtlijnen aan medische dienst en medewerkers. • U bent eventueel ter beschikking voor een overleg met ouders indien nodig. • U bent geïnteresseerd in het werken met personen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking. Ons aanbod : • Verloning volgens barema geneesheer - specialist van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). • Een multidisciplinair team, intens samenwerkend. • Een medisch team met coördinerend arts en drie verpleegkundigen in ruggespraak. • Opleidingsfaciliteiten. Info en sollicitatie : Geert Beullens, algemeen directeur, Blijdorp vzw, Blijdorpstraat 3, 9255 Buggenhout – 052/39 99 90 – geert.beullens@blijdorp.be

Inhoudstafel

• “Productiegat” in patiëntenzorg t.g.v. invoering van masterdiploma in de specialistische geneeskunde	1
• Brief d.d. 25.09.2009 van het VBS aan het bestuur van de NVAO (Nederlands-Vlaams accrediteringsorganisatie)	3
• Master Na Master, of de doodsteek van een gedegen specialistische opleiding in België : Open brief van de Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen	5
• E.B.M. - Economics Based Medicine	6
• Referentiebedragen voor meer doelmatige zorgverlening in het ziekenhuis ?.....	7
• Een (kom-) kommerloze zomer (gepubliceerd in Trends voor specialisten van 08.09.2009).....	8
• Belangrijk bericht aan de geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde met RIZIV-nummer 580 met een hoofdzakelijke activiteit in de reumatologie.....	9
• De bijzondere beroepstitel in de oncologie	9
• Beschikbaarheidshonorarium in het kader van de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten : Wijzigingen in voege op 01.04.2009 en 01.10.2009	10
• Nomenclatuur : artikel 18, § 2, B, d)quater (nucleaire geneeskunde)	11
• Nomenclatuur : artikel 20, § 1, a) (inwendige geneeskunde).....	11
• Nomenclatuur : artikel 34 (percutane interventionele verstrekkingen) (erratum).....	11
• Overzicht diverse nomenclatuurwijzigingen.....	12
• Interpretatieregels gewijzigd : artikelen 5 en 6 (tandverzorging)	12
• Nieuwe interpretatieregels artikel 28, § 8 (mobiliteitshulpmiddelen)	12
• Nieuwe interpretatieregels artikel 29, § 1 (orthopedisten)	13
• Bericht betreffende Gras Savoye Belgium, de verzekeringsmakelaar van het VBS.....	13
• Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België : Overzicht prijzen 2009.....	14
• Wetenschappelijke vergaderingen	14
• Aankondigingen	14